S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge maligner Ovarialtumoren

**Kurzversion** 1.0 – Juni 2013

AWMF-Registernummer: 032/035OL
Inhaltsverzeichnis

1. Informationen zu dieser Kurzversion ................................................................. 5
   1.1. Herausgeber ........................................................................................................... 5
   1.2. Federführende Fachgesellschaft .......................................................................... 5
   1.3. Finanzierung der Leitlinie .................................................................................... 5
   1.4. Kontakt .................................................................................................................. 5
   1.5. Zitierweise .............................................................................................................. 5
   1.6. Besonderer Hinweis ............................................................................................... 6
   1.7. Weitere Leitliniendokumente .............................................................................. 6
   1.8. Verantwortlichkeiten ........................................................................................... 7
      1.8.1. Autoren dieser Leitlinie .................................................................................. 7

2. Einführung ................................................................................................................. 9
   2.1. Adressaten ............................................................................................................ 9
   2.2. Grundlagen der Methodik ..................................................................................... 9
      2.2.1. Schema der Evidenzgraduierung nach ......................................................... 9
      2.2.2. Schema der Empfehlungsgraduierung .......................................................... 10
      2.2.3. Statements .................................................................................................... 10
      2.2.4. Klinischer Konsenspunkt (KKP) ................................................................. 11
      2.2.5. Unabhängigkeit und Darlegung möglicher Interessenkonflikte .................. 11
      2.2.6. Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren .......................................... 11
   2.3. Verwendete Abkürzungen .................................................................................... 12

3. Epidemiologie, Früherkennung und Diagnostik ..................................................... 13
   3.1. Früherkennung .................................................................................................... 13
   3.2. Diagnostik .......................................................................................................... 13
   3.3. Rezidivdiagnostik ............................................................................................... 14

4. Patientinnenaufklärung und Information ............................................................... 15

5. Genetik, Prävention und Risikofaktoren ................................................................. 16

© Leitlinienprogramm Onkologie | S3-Leitlinie Ovarialkarzinom Kurzversion | Juni 2013
6. Pathologische Diagnostik und Prognosefaktoren ......................... 16

7. Operative Therapie ........................................................................ 17
7.1. Operative Therapie des frühen Ovarialkarzinoms ...................... 17
7.2. Operative Therapie des fortgeschrittenen Ovarialkarzinoms ....... 17

8. Systemische Primärtherapie ......................................................... 18
8.1. Systemische Primärtherapie frühes Ovarialkarzinom ............... 18
8.2. Systemische Primärtherapie des fortgeschrittenen Ovarialkarzinoms 19

9. Rezidivtherapie .......................................................................... 19
9.1. Rezidivpopulationen ............................................................... 19
9.2. Systemische Rezidivtherapie .................................................. 20
9.2.1. Platin–resistentes Rezidiv ............................................... 20
9.2.2. Platin–sensitives Rezidiv .................................................. 20
9.3. Operative Rezidivtherapie ...................................................... 20

10. Nachsorge, Rehabilitation, Psychoonkologie, Palliativmedizin ...... 21
10.1. Nachsorge und Rehabilitation ............................................... 21
10.2. Psychoonkologie ................................................................. 22
10.3. Palliativmedizin ................................................................. 22

11. Borderlinetumoren (BOT) ......................................................... 23

12. Keimstrangstromatumoren des Ovars ...................................... 24

13. Keimzelltumoren des Ovars ...................................................... 25

14. Versorgungsstrukturen ............................................................. 25

15. Qualitätsindikatoren ............................................................... 26

16. Tabellenverzeichnis ............................................................... 30
17. Literatur ........................................................................................................30
1. **Informationen zu dieser Kurzversion**

1.1. **Herausgeber**

Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, Deutschen Krebsgesellschaft e.V. und Deutschen Krebshilfe e.V.

1.2. **Federführende Fachgesellschaft**

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)

![DGOG](image)

1.3. **Finanzierung der Leitlinie**

Diese Leitlinie wurde von der Deutschen Krebshilfe im Rahmen des Leitlinienprogramms Onkologie gefördert.

1.4. **Kontakt**

Office Leitlinienprogramm Onkologie

c/o Deutsche Krebshilfe e.V.

Kuno-Fischer-Straße 8

14057 Berlin

leitlinienprogramm@krebsgesellschaft.de

www.leitlinienprogramm-onkologie.de

1.5. **Zitierweise**

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge maligner Ovarialtumoren, Kurzversion 1.0, AWMF Registrierungsnummer: 032-035OL, http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Leitlinien.7.0.html
1.6. Besonderer Hinweis


Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische und therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In dieser Leitlinie sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.


1.7. Weitere Leitliniendokumente

Die Inhalte dieser Kurzversion beziehen sich auf die Langversion der S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge maligner Ovarialtumoren, welche über folgende Seiten zugänglich ist:

- AWMF (http://www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien.html)
- Leitlinienprogramm Onkologie http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/OL/leitlinien.html
- Deutsche Krebsgesellschaft http://www.krebsgesellschaft.de/wub_llevidenzbasiert,120884.html
- Deutsche Krebshilfe (http://www.krebshilfe.de/)
- Guidelines International Network (www.g-i-n.net)
- Beteiligte Fachgesellschaften (z. B. http://www.dgqq.de/leitlinien/)

Neben der Kurzversion gibt es folgende ergänzende Dokumente:

- Leitlinienreport zur Erstellung der Leitlinie
- Langversion
1.8 Verantwortlichkeiten

1.8.1. Autoren dieser Leitlinie

Redaktionsteam

- Prof. Dr. Uwe Wagner (Koordinator, DGGG), Uni-Frauenklinik, Baldingerstraße, 35043 Marburg
- Dr. Philipp Harter, Kliniken Essen-Mitte, Henricistr. 92, 45136 Essen
- PD Dr. Felix Hilpert, Universitätsklinikum Schleswig Holstein, Campus Kiel, Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Arnold-Heller-Str. 3, Haus 24, 24105 Kiel
- PD Dr. Sven Mahner, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik für Gynäkologie, Martinistr. 52, 20246 Hamburg
- Alexander Reuß, Koordinierungszentrum für Klinische Studien, Philipps-Universität Marburg, Karl-von Frisch-Str. 4, 35043 Marburg

Beteiligte Fachgesellschaften und Autoren

- Prof. Dr. Andreas du Bois – Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie e.V. (AGO)
- Prof. Dr. Edgar Petru – Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Onkologie Österreich (AGO AT)
- Prof. Dr. Werner Meier – AGO Studiengruppe
- Dr. Petra Ortner – Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie, Rehabilitation und Sozialmedizin (ASORS)
- Dr. Klaus König – Berufsverband der Frauenärzte e. V. (BVF)
- PD Dr. Katja Lindel – Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO)
- Prof. Dr. Dieter Grab – Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin e.V. (DEGUM)
- Prof. Dr. Pompiliu Piso – Deutsche Gesellschaft für Allgemein- u. Viszeralchirurgie (DGAZ)
- Prof. Dr. Olaf Ortmann – Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)
- Prof. Dr. Ingo Runnebaum – Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)
- Prof. Dr. Jacobus Pfisterer – Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)
- PD Dr. Diana Lüftner – Deutsche Gesellschaft f. Hämatologie und Onkologie e.V. (DGHO)
- Prof. Dr. Norbert Frickhofen – Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DEGIM)
- Prof. Dr. Frank Grünwald – Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin e.V. (DGN)
- Dr. Bernd Oliver Maier – Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP)
- Prof. Dr. Joachim Diebold, Prof. Dr. Steffen Hauptmann, Prof. Dr. Friedrich Kommos – Deutsche Gesellschaft für Pathologie e.V. (DGP)
- Prof. Dr. Günter Emons – Deutsche Menopausengesellschaft e.V. (DMG)
- Dr. Boris Radeleff – Deutsche Röntgengesellschaft (DRG)
1.8 Verantwortlichkeiten

- Marion Gebhardt (Patientinnenvertreterin) - Bundesverband der Frauenselbsthilfe nach Krebs e. V.
- Prof. Dr. Norbert Arnold – Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH)
- Dr. Gabriele Calaminus – Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH)
- Isolde Weisse – Konferenz Onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege (KOK)
- Prof. Dr. Joachim Weis – Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie (PSO)
- Prof. Dr. Jalid Sehouli – Nord-Ostdeutsche Gesellschaft für Gynäkologische Onkologie (NOGGO)
- Prof. Dr. Daniel Fink – Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG)
- Dr. Alexander Burges – als Experte ad personam
- Prof. Dr. Annette Hasenburg – als Expertin ad personam
- Darüber beteiligte sich Dr. C. Eggert vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung in Hessen (MDK Hessen) an den Diskussionen der Konsensuskonferenzen als nicht stimmberechtigte Expertin.

Methodische Begleitung

1. durch das Leitlinienprogramm Onkologie
   - Prof. Dr. Ina Kopp, Marburg (AWMF),
   - Dr. Markus Follmann MPH MSc, Berlin (DKG),
   - Dipl.-Soz.Wiss Thomas Langer (DKG).

2. durch externe Auftragnehmer:
   - Koordinierungszentrum für Klinische Studien der Philipps Universität Marburg, A. Reuß, Dr. D. Lubbe
   - Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS), Dr. K. Giersiepen

3. durch die federführende Fachgesellschaft:
   - Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Prof. Dr. R. Kreienberg

© Leitlinienprogramm Onkologie | S3-Leitlinie Ovarialkarzinom Kurzversion | Juni 2013
2. Einführung

2.1. Adressaten


Erstmalig sind bei dieser Leitlinie auch die Fachgesellschaften aus der Schweiz und Österreich einbezogen, so dass sich der Geltungsbereich damit ausdehnt.

2.2. Grundlagen der Methodik


2.2.1. Schema der Evidenzgraduierung nach


**Tabelle 1: Schema der Evidenzgraduierung nach**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Grad</th>
<th>Beschreibung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1++</td>
<td>Qualitativ hochwertige Metaanalysen, Systematische Übersichten von RCTs, oder RCTs mit sehr geringem Risiko systematischer Fehler (Bias)</td>
</tr>
<tr>
<td>1+</td>
<td>Gut durchgeführte Metaanalysen, Systematische Übersichten von RCTs, oder RCTs mit geringem Risiko systematischer Fehler (Bias)</td>
</tr>
<tr>
<td>1-</td>
<td>Metaanalysen, Systematische Übersichten von RCTs, oder RCTs mit hohem Risiko systematischer Fehler (Bias)</td>
</tr>
<tr>
<td>2++</td>
<td>Qualitativ hochwertige systematische Übersichten von Fall-Kontroll- oder Kohortenstudien oder Qualitativ hochwertige Fall-Kontroll- oder Kohortenstudien mit sehr niedrigem Risiko</td>
</tr>
</tbody>
</table>
2.2 Grundlagen der Methodik

<table>
<thead>
<tr>
<th>Grad</th>
<th>Beschreibung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2+</td>
<td>Gut durchgeführte Fall-Kontroll-Studien oder Kohortenstudien mit niedrigem Risiko systematischer Verzerrungen (Confounding, Bias, „Chance“) und moderater Wahrscheinlichkeit, dass die Beziehung ursächlich ist</td>
</tr>
<tr>
<td>2-</td>
<td>Fall-Kontroll-Studien oder Kohortenstudien mit einem hohen Risiko systematischer Verzerrungen (Confounding, Bias, „Chance“) und signifikantem Risiko, dass die Beziehung nicht ursächlich ist</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Nicht-analytische Studien, z.B. Fallberichte, Fallserien</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Expertenmeinung</td>
</tr>
</tbody>
</table>

2.2.2. Schema der Empfehlungsgraduierung

Die OL-Methodik sieht eine Vergabe von Empfehlungsgraden durch die Leitlinien-Autoren im Rahmen eines formalen Konsensusverfahrens vor. Dementsprechend wurde ein durch die AWMF moderierter, mehrteiliger nominaler Gruppenprozess durchgeführt.

In der Leitlinie werden zu allen evidenzbasierten Statements (siehe Kapitel 2.2.3) und Empfehlungen das Evidenzlevel (nach , siehe 2.2.1) der zugrunde liegenden Studien sowie Empfehlungen zusätzlich die Stärke der Empfehlung (Empfehlungsgrad) ausgewiesen. Hinsichtlich der Stärke der Empfehlung werden in dieser Leitlinie drei Empfehlungsgrade unterschieden (siehe Tabelle 2), die sich auch in der Formulierung der Empfehlungen jeweils widerspiegeln.

Tabelle 2: verwendete Empfehlungsgrade

<table>
<thead>
<tr>
<th>Empfehlungsgrad</th>
<th>Beschreibung</th>
<th>Syntax</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>A</td>
<td>Starke Empfehlung</td>
<td>soll</td>
</tr>
<tr>
<td>B</td>
<td>Empfehlung</td>
<td>sollte</td>
</tr>
<tr>
<td>0</td>
<td>Empfehlung offen</td>
<td>kann</td>
</tr>
</tbody>
</table>

2.2.3. Statements

Als Statements werden Darlegungen oder Erläuterungen von spezifischen Sachverhalten oder Fragestellungen ohne unmittelbare Handlungsaufforderung bezeichnet. Sie werden entsprechend der Vorgehensweise bei den Empfehlungen im Rahmen eines formalen Konsensusverfahrens verabschiedet und können entweder auf Studienergebnissen oder auf Expertenmeinungen beruhen.
2.2.4. **Klinischer Konsenspunkt (KKP)**

Statements/Empfehlungen, für die eine Bearbeitung auf der Grundlage von Expertenkonsens der Leitliniengruppe beschlossen wurde, sind als „Klinischer Konsenspunkt“ ausgewiesen. Für die Graduierung der klinischen Konsenspunkte wurden keine Symbole verwendet, die Stärke des Konsenspunktes ergibt sich aus der verwendeten Formulierung (soll/sollte/kann) entsprechend der Abstufung in Tabelle 2.

2.2.5. **Unabhängigkeit und Darlegung möglicher Interessenkonflikte**


2.2.6. **Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren**

Die S3-Leitlinie ist bis zur nächsten Aktualisierung gültig, die Gültigkeitsdauer wird auf 3 Jahre geschätzt. Vorgesehen sind regelmäßige Aktualisierungen, bei dringendem Änderungsbedarf, werden diese gesondert publiziert. Kommentare und Hinweise für den Aktualisierungsprozess sind ausdrücklich erwünscht und können an die folgende Adresse gesendet werden:

Prof. Dr. Uwe Wagner, Klinik für Gynäkologie, gynäkologische Endokrinologie und Onkologie; Baldingerstraße; 35043 Marburg, Tel.: 06421-58-66211, Fax: 0642158-68969, Email: wagneru@med.uni-marburg.de
### 2.3. Verwendete Abkürzungen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Abkürzung</th>
<th>Bedeutung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>AUC</td>
<td>Area under the Curve</td>
</tr>
<tr>
<td>EG</td>
<td>Empfehlungsgrad, A = starke Empfehlung, B = Empfehlung, 0 = offene Empfehlung,</td>
</tr>
<tr>
<td>HIPEC</td>
<td>Hypertherme Intraperitoneale Chemotherapie</td>
</tr>
<tr>
<td>HT</td>
<td>Hormontherapie</td>
</tr>
<tr>
<td>KKP</td>
<td>Klinischer Konsenspunkt</td>
</tr>
<tr>
<td>LL</td>
<td>Leitlinie</td>
</tr>
<tr>
<td>LoE</td>
<td>Level of Evidence</td>
</tr>
<tr>
<td>OL</td>
<td>Leitlinienprogramm Onkologie</td>
</tr>
<tr>
<td>OP</td>
<td>Operation</td>
</tr>
<tr>
<td>ST</td>
<td>Statement</td>
</tr>
<tr>
<td>TVS</td>
<td>Transvaginalsonographie</td>
</tr>
<tr>
<td>WHO</td>
<td>Welt-Gesundheitsorganisation</td>
</tr>
</tbody>
</table>
3. Epidemiologie, Früherkennung und Diagnostik

3.1. Früherkennung

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Empfehlungen/Statements</th>
<th>EG</th>
<th>LoE</th>
<th>Quellen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>3.1</td>
<td>Screening mit CA125 und TVS konnte bisher keine Reduktion der Mortalität nachweisen.</td>
<td>ST</td>
<td>1++</td>
<td>Leitlinien: [1, 2] Primärstudien: [3-9]</td>
</tr>
<tr>
<td>3.2</td>
<td>Ein generelles Screening soll nicht durchgeführt werden.</td>
<td>A</td>
<td>1++</td>
<td>Leitlinien: [1, 2] Primärstudien: [3-9]</td>
</tr>
<tr>
<td>3.3</td>
<td>Eine multidisziplinäre Beratung (Gynäkologe und Humangenetiker) und genetische Testung soll angeboten werden, wenn eine Patientin zu einer Risikopopulation gehört.</td>
<td>KKP</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3.4</td>
<td>Screening mit CA125 und TVS konnte in Risikogruppen keine Reduktion der Mortalität nachweisen.</td>
<td>ST</td>
<td>3</td>
<td>Leitlinien: [1] Primärstudien: [10-13]</td>
</tr>
<tr>
<td>3.5</td>
<td>Ein Screening in Risikogruppen soll nicht durchgeführt werden.</td>
<td>A</td>
<td>3</td>
<td>Leitlinien: [1] Primärstudien: [10-13]</td>
</tr>
</tbody>
</table>

3.2. Diagnostik

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Empfehlungen/Statements</th>
<th>EG</th>
<th>LoE</th>
<th>Quellen</th>
</tr>
</thead>
</table>
| 3.6 | Weitergehende Untersuchungen sollten eingeleitet werden, wenn folgende Symptome wiederholt und anhaltend insbesondere bei Frauen über 50 Lebensjahren auftreten: 
- Völlegefühl,
- Blähungen,
- Unklare abdominelle Schmerzen oder Beschwerden,
- Zunahme der Miktionsfrequenz, | KKP |
| 3.7 | Bei dem Verdacht auf eine ovarielle Raumforderung soll eine gynäkologische Spiegel- und Tastuntersuchung und als erste apparative Maßnahme eine Transvaginalsonographie durchgeführt werden. | KKP |
| 3.8 | Es existiert keine apparative diagnostische Maßnahme, die ein operatives Staging beim Ovarialkarzinom ersetzen und die Operabilität verlässlich einschätzen kann. | KKP |
### 3.3. Rezidivdiagnostik

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Empfehlungen/Statements</th>
<th>EG</th>
<th>LoE</th>
<th>Quellen</th>
</tr>
</thead>
</table>
## 4. Patientinnenaufklärung und Information

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Empfehlungen/Statements</th>
<th>EG</th>
<th>LoE</th>
<th>Quellen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>4.1</td>
<td>Die ärztliche Aufklärung der Patientin soll Informationen über die Krankheit, erhobene Untersuchungsergebnisse, den bisherigen Behandlungsverlauf, Diagnose- und Therapieoptionen einschließlich der zu erwartenden Nebenwirkungen sowie die Einschätzungen über die damit verbundenen Prognosen und der Einfluss auf die Lebensplanung und -qualität der Patientin umfassen. Zur Unterstützung des Aufklärungsprozesses und der Entscheidungsfindung können schriftliche Materialien oder andere geeignete Medien eingesetzt werden.</td>
<td>KKP</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
| 4.2 | Die Vermittlung von Informationen und die Aufklärung der Patientin soll nach folgenden Grundprinzipien einer patientenzentrierten Kommunikation erfolgen:  
- Ausdruck von Empathie und aktives Zuhören,  
- direktes und einfühlsames Ansprechen schwieriger Themen,  
- Vermeidung von medizinischem Fachvokabular, ggf. Erklärung von Fachbegriffen,  
- Strategien, um das Verständnis zu verbessern (Wiederholung, Zusammenfassung wichtiger Informationen, Nutzung von Graphiken u.ä.),  
- Ermutigung, Fragen zu stellen,  
- Erlaubnis und Ermutigung, Gefühle vor allem Befürchtungen und Ängste auszudrücken,  
- weiterführende Hilfe anbieten. | KKP |     |         |
| 4.3 | Die Wünsche der Patientin hinsichtlich der Einbeziehung in die medizinische Entscheidungsfindung sollen berücksichtigt werden.                                                                                  | KKP |     |         |
5. Genetik, Prävention und Risikofaktoren

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Empfehlungen/Statements</th>
<th>EG</th>
<th>LoE</th>
<th>Quellen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>5.1</td>
<td>Die bilaterale Salpingo-Oophorektomie ist die effektivste Methode zur Senkung des Erkrankungsrisikos und der Mortalität bei hereditärem Ovarialkarzinom.</td>
<td>ST</td>
<td>2+</td>
<td>Leitlinien: [1, 2] Primärstudien: [11, 24-39]</td>
</tr>
</tbody>
</table>

6. Pathologische Diagnostik und Prognosefaktoren

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Empfehlungen/Statements</th>
<th>EG</th>
<th>LoE</th>
<th>Quellen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>6.1</td>
<td>Für keinen der bisher untersuchten biochemischen Parameter lässt sich eine hinreichende Assoziation zwischen Nachweis und Prädiktion/Prognose darstellen.</td>
<td>ST</td>
<td>2+</td>
<td>Primärstudien: [40-50]</td>
</tr>
<tr>
<td>6.2</td>
<td>Als etablierte Prognosefaktoren des Ovarialkarzinoms sollen verwendet werden:</td>
<td></td>
<td></td>
<td>KKP</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Tumorstadium,</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• postoperativer Tumorrest,</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Alter,</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Allgemeinzustand,</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Histologischer Typ,</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Tumorgrading,</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Leitlinien-gerechte Therapie.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
7. **Operative Therapie**

7.1. **Operative Therapie des frühen Ovarialkarzinoms**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Empfehlungen/Statements</th>
<th>EG</th>
<th>LoE</th>
<th>Quellen</th>
</tr>
</thead>
</table>
| 7.1. | Ein optimales Staging soll folgende Operationsschritte umfassen:  
- Längsschnittlaparotomie,  
- Inspektion und Palpation der gesamten Abdominalhöhle,  
- Peritonealzytologie,  
- Biopsien aus allen auffälligen Stellen,  
- Peritonealbiopsien aus unauffälligen Regionen,  
- Adnexexstirpation beidseits,  
- Hysterektomie, ggf. extraperitoneales Vorgehen,  
- Omentektomie mind. Infrakolisch,  
- Appendektomie (bei muzinösem/unklarem Tumortyp),  
- Bds. pelvine und paraaortale Lymphonodektomie. | | | KKP |
| 7.2. | Im Falle einer unerwarteten Diagnose eines Ovarialkarzinoms soll eine histologische Sicherung und Beschreibung der Ausbreitung erfolgen. Die definitive Behandlung soll dann durch einen Gynäkoonkologen erfolgen. | | | KKP |
| 7.3. | Bei unilateralem Tumor im Stadium FIGO I kann unter der Voraussetzung eines adäquaten Stagings ein fertilitätserhaltendes operatives Vorgehen gewählt werden. | 0 | 4 | Primärstudien: [51-65] |
| 7.4. | Die Patientin mit einem frühen Ovarialkarzinom soll über ein in Abhängigkeit der Prognosefaktoren erhöhtes Risiko eines fertilitätserhaltenden Vorgehens aufgeklärt werden. | | | KKP |
Primärstudien: [66-72] |

7.2. **Operative Therapie des fortgeschrittenen Ovarialkarzinoms**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Empfehlungen/Statements</th>
<th>EG</th>
<th>LoE</th>
<th>Quellen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>7.6.</td>
<td>Das Ziel der Primär-OP bei einem fortgeschrittenen Ovarialkarzinom soll eine makroskopisch vollständige Resektion sein.</td>
<td></td>
<td></td>
<td>KKP</td>
</tr>
<tr>
<td>7.7.</td>
<td>Multiviszerale Resektionen sollen dann zum Einsatz kommen, wenn dadurch eine Komplettresektion (makroskopisch</td>
<td></td>
<td></td>
<td>KKP</td>
</tr>
</tbody>
</table>
8. Systemische Primärtherapie

8.1. Systemische Primärtherapie frühes Ovarialkarzinom

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Empfehlungen/Statements</th>
<th>EG</th>
<th>LoE</th>
<th>Quellen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>8.1.</td>
<td>Bei Patientinnen mit Ovarialkarzinom im Stadium IA Grad 1 nach komplettem operativem Staging soll keine adjuvante Chemotherapie durchgeführt werden.</td>
<td>A</td>
<td>1+</td>
<td>Primärstudien: [96-104]</td>
</tr>
<tr>
<td>8.2.</td>
<td>Patientinnen mit Ovarialkarzinom im Stadium IC oder IA/B und Grad 3 sollen eine platinhaltige Chemotherapie über 6 Zyklen erhalten.</td>
<td>A</td>
<td>1+</td>
<td>Primärstudien: [96-104]</td>
</tr>
<tr>
<td>8.3.</td>
<td>Bei Patientinnen mit Ovarialkarzinom im Stadium IAG2, IB G1/2 kann eine platinhaltige Chemotherapie angeboten werden.</td>
<td>O</td>
<td>1+</td>
<td>Primärstudien: [96-104]</td>
</tr>
</tbody>
</table>
8.2. Systemische Primärtherapie des fortgeschrittenen Ovarialkarzinoms

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Empfehlungen/Statements</th>
<th>EG</th>
<th>LoE</th>
<th>Quellen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>8.5</td>
<td>Die First-Line Chemotherapie für Patientinnen mit fortgeschrittenem Ovarialkarzinom (IIb-IV) soll aus Carboplatin AUC 5 und Paclitaxel 175 mg/m² über 3 h iv. für insgesamt 6 Zyklen alle 3 Wochen bestehen.</td>
<td>A</td>
<td>1++</td>
<td>Leitlinien: [118, 119] Primärstudien: [120-131]</td>
</tr>
<tr>
<td>8.6</td>
<td>Beim fortgeschrittenen Ovarialkarzinom (IIIb-IV) kann eine zusätzliche Behandlung mit Bevacizumab erwogen werden.</td>
<td>0</td>
<td>1+</td>
<td>Primärstudien: [132, 133]</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| 8.8  | Erhaltungs-/Konsolidierungstherapien nach Abschluss der Primärtherapie sollen nicht durchgeführt werden*  
  *Für die Wirksamkeit einer Konsolidierungs- oder Erhaltungstherapie im Hinblick auf PFS liegen nur Daten für Bevacizumab vor (siehe 8.6.) | A   | 1+  | Primärstudien: [132, 133, 147-154]          |
| 8.9  | Zur Identifikation von Schwierigkeiten in der Behandlung kann die systematische Erfassung der Lebensqualität der Patientin hilfreich sein. |             |     | KKP                                         |

9. Rezidivtherapie

9.1. Rezidivpopulationen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Empfehlungen/Statements</th>
<th>EG</th>
<th>LoE</th>
<th>Quellen</th>
</tr>
</thead>
</table>
  **Platin-resistentes Ovarialkarzinom**: Erkrankung zeigt ein Rezidiv innerhalb der ersten 6 Monate nach Abschluss der initialen platinhaltigen Chemotherapie. Darin enthalten ist die Subgruppe mit platin-refraktärem Ovarialkarzinom-Rezidiv. Hierbei spricht die Erkrankung nicht auf eine platinhaltige Chemotherapie an oder ist innerhalb von 4 Wochen nach Ende der Therapie progredient. | ST  | 1+  | Leitlinien: [1, 119] Primärstudien: [14, 155-163] |
9.2. **Systemische Rezidivtherapie**

9.2.1. **Platin-resistentes Rezidiv**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Empfehlungen/Statements</th>
<th>EG</th>
<th>LoE</th>
<th>Quellen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>9.2</td>
<td>Eine Kombinationstherapie bietet keinen Vorteil gegenüber einer Monotherapie</td>
<td>ST</td>
<td>1+</td>
<td>Leitlinien: [119] Primärstudien: [155, 156, 158, 164-171]</td>
</tr>
<tr>
<td>9.3</td>
<td>Endokrine Therapien sind einer Monochemotherapie unterlegen</td>
<td>ST</td>
<td>1+</td>
<td>Leitlinien: [119] Primärstudien: [155, 156, 158, 164-171]</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| 9.4 | Patientinnen mit platin-resistentem und/oder -refraktärem Ovarialkarzinomrezidiv sollen, wenn eine Indikation zur Chemotherapie besteht, eine nicht-platinhaltige Monotherapie erhalten. Folgende Zytostatika können in Betracht gezogen werden:  
  - Pegyliertes liposomales Doxorubicin  
  - Topotecan  
  - Gemcitabine  
  - Paclitaxel wöchentlich | A | 1+ | Leitlinien: [119] Primärstudien: [155, 156, 158, 164-171] |

9.2.2. **Platin-sensitives Rezidiv**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Empfehlungen/Statements</th>
<th>EG</th>
<th>LoE</th>
<th>Quellen</th>
</tr>
</thead>
</table>
| 9.5 | Patientinnen mit platin-sensitivem Ovarialkarzinomrezidiv sollen, wenn eine Indikation zur Chemotherapie besteht, eine platinhaltige Kombinationstherapie erhalten. Folgende Kombinationen können in Betracht gezogen werden:  
  - Carboplatin / Gemcitabin /Bevacizumab*  
  - Carboplatin/Peg.lip.Doxorubicin  
  - Carboplatin / Paclitaxel  
  - Carboplatin / Gemcitabin  
  *bei Patientinnen mit erstem Rezidiv und ohne vorherige VEGF gerichtete Therapie | KKP | |

9.3. **Operative Rezidivtherapie**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Empfehlungen/Statements</th>
<th>EG</th>
<th>LoE</th>
<th>Quellen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>9.6</td>
<td>Der Stellenwert der Rezidivchirurgie beim Ovarialkarzinom lässt sich nicht durch prospektive Studiendaten mit hohem Evidenzniveau belegen, retrospektive Daten sprechen für einen möglichen klinischen Nutzen.</td>
<td>A</td>
<td>2+</td>
<td>Leitlinien: [1] Primärstudien: [172-177]</td>
</tr>
<tr>
<td>Nr.</td>
<td>Empfehlungen/Statements</td>
<td>EG</td>
<td>LoE</td>
<td>Quellen</td>
</tr>
<tr>
<td>-----</td>
<td>----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------</td>
<td>-----</td>
<td>-----</td>
<td>----------------------------------------------</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 10. Nachsorge, Rehabilitation, Psychoonkologie, Palliativmedizin

#### 10.1. Nachsorge und Rehabilitation

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Empfehlungen/Statements</th>
<th>EG</th>
<th>LoE</th>
<th>Quellen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>10.1</td>
<td>Patientinnen mit Ovarialkarzinom sollen über die Möglichkeiten rehabilitativer Maßnahmen sowie die Unterstützung durch die Sozialberatung informiert und nach individueller Abklärung des Bedarfs geeignete Maßnahmen angeboten werden.</td>
<td>KKP</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10.2</td>
<td>Ziele der Nachsorge sind die Erkennung und Behandlung therapieassoziierter Nebenwirkungen, das Angebot rehabilitativer Maßnahmen, die psychosoziale Betreuung und Reintegration, die Verbesserung der Lebensqualität und die Erkennung des Rezidivs.</td>
<td>KKP</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10.3</td>
<td>Der routinemäßige Einsatz einer CA 125 Bestimmung führt nicht zu einer Verlängerung des Überlebens.</td>
<td>ST</td>
<td>1+</td>
<td>Leitlinien: [1] Primärstudien: [14, 178, 179]</td>
</tr>
<tr>
<td>10.5</td>
<td>Die Nachsorge soll eine sorgfältige Anamnese-Erhebung, die körperliche Untersuchung inklusive gynäkologischer Spiegel- und Tastuntersuchung, die rektale Untersuchung und die Vaginalsonographie umfassen.</td>
<td>KKP</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10.6</td>
<td>Zur Sicherheit einer Hormontherapie nach Behandlung eines Ovarialkarzinoms kann keine zuverlässige Aussage gemacht werden</td>
<td>ST</td>
<td>2+</td>
<td>Primärstudien: [180-183]</td>
</tr>
<tr>
<td>10.7</td>
<td>Eine Hormontherapie kann nach behandelter Ovarialkarzinom nicht empfohlen werden. Im Einzelfall kann sie erwogen werden, insbesondere bei erheblichen Einschränkungen der Lebensqualität.</td>
<td>O</td>
<td>2+</td>
<td>Primärstudien: [180-183]</td>
</tr>
</tbody>
</table>
## 10.2. Psychoonkologie

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Empfehlungen/Statements</th>
<th>EG</th>
<th>LoE</th>
<th>Quellen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>10.8</td>
<td>Psychosoziale Interventionen haben einen positiven Einfluß auf die Lebensqualität, die psychische Befindlichkeit und die Verarbeitung der Krankheit.</td>
<td></td>
<td></td>
<td>KKP</td>
</tr>
<tr>
<td>10.9</td>
<td>Die psychoonkologische Versorgung von Patientinnen mit Ovarialkarzinom ist ein integraler Bestandteil der onkologischen Diagnostik, Therapie und Nachsorge und stellt eine interdisziplinäre Aufgabe dar.</td>
<td></td>
<td></td>
<td>KKP</td>
</tr>
<tr>
<td>10.10</td>
<td>Eine psychoonkologische Beratung und Unterstützung sollte allen Patientinnen und Angehörigen bedarfsgerecht angeboten werden.</td>
<td></td>
<td></td>
<td>KKP</td>
</tr>
<tr>
<td>10.11</td>
<td>Das Thema Sexualität sollte immer aktiv exploriert werden, um weiteren Unterstützungsbedarf und entsprechende Hilfestellungen einleiten zu können.</td>
<td></td>
<td></td>
<td>KKP</td>
</tr>
</tbody>
</table>

## 10.3. Palliativmedizin

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Empfehlungen/Statements</th>
<th>EG</th>
<th>LoE</th>
<th>Quellen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>10.12</td>
<td>Der richtige Zeitpunkt zum Einsatz palliativmedizinischer Maßnahmen hängt in erster Linie vom Bedürfnis der Patientin und dem individuellen krankheitsabhängigen Bedarf ab.</td>
<td></td>
<td></td>
<td>KKP</td>
</tr>
<tr>
<td>10.13</td>
<td>Patientinnen, die in erster Linie einen palliativmedizinischen Betreuungsbedarf haben, sollten einem Programm der spezialisierten Palliativversorgung zugeführt werden.</td>
<td></td>
<td></td>
<td>KKP</td>
</tr>
<tr>
<td>10.14</td>
<td>Palliativmedizinische Versorgung umfasst medizinische Symptomkontrolle, Palliativpflege und psychosoziale Begleitung bis zum Tod. Sie erfolgt bedarfsgerecht als allgemeine oder spezialisierte Palliativversorgung.</td>
<td></td>
<td></td>
<td>KKP</td>
</tr>
<tr>
<td>10.15</td>
<td>In der Palliativsituation sollten alle erforderlichen Maßnahmen an den individuellen Therapie- und Lebenszielen der Patientin orientiert werden.</td>
<td></td>
<td></td>
<td>KKP</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### 11. Borderlinetumoren (BOT)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Empfehlungen/Statements</th>
<th>EG</th>
<th>LoE</th>
<th>Quellen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>11.1</td>
<td>Borderlinetumoren sollen nach WHO charakterisiert und subtypisiert werden. Dies soll die Charakterisierung eventuell vorhandener Implantate (invasiv – nicht invasiv), sowie Angaben zur Mikroinvasion miteinschließen.</td>
<td>KKP</td>
<td></td>
<td>[184]</td>
</tr>
<tr>
<td>11.3</td>
<td>Es gibt Hinweise, dass Zystektomie anstatt Ovarektomie, sowie fertilitätserhaltendes Vorgehen anstatt bilaterale Salpingo-Oophorektomie mit höheren Rezidivraten assoziiert sind.</td>
<td>ST</td>
<td>2+</td>
<td>Primärstudien: [190]</td>
</tr>
<tr>
<td>11.5</td>
<td>Es gibt keine überzeugende Evidenz für die Wirksamkeit einer adjuvanten Therapie bei Borderlinetumoren.</td>
<td>ST</td>
<td>1+</td>
<td>Leitlinien: [2] Primärstudien: [192]</td>
</tr>
</tbody>
</table>
12. **Keimstrangstromatumoren des Ovars**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Empfehlungen/Statements</th>
<th>EG</th>
<th>LoE</th>
<th>Quellen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>12.1</td>
<td>Die Diagnostik von Keimstrangstromatumoren soll in Anlehnung an das Ovarialkarzinom erfolgen.</td>
<td></td>
<td></td>
<td>KKP</td>
</tr>
<tr>
<td>12.2</td>
<td>Ein optimales Staging soll folgende Operationsschritte umfassen:</td>
<td>A</td>
<td>2+</td>
<td>Primärstudien: [193-196]</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Untere mediane Laparotomie,</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Inspektion und Palpation der gesamten Abdominalhöhle,</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Peritonealzytologie,</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Entfernung des Tumors durch Salpingo-Oophorektomie,</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• bei Tumoren mit malignem Potential (Granulosazelltumor, Sertoli-Leydigzell-Tumor G2/G3 oder Steroidzell-Tumor NOS):</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>o definitives operatives Staging analog Ovarialkarzinom;</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>o Der Nutzen der systematischen Lymphonodektomie bei unauffälligen Lymphknoten ist nicht belegt;</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>o Bei Belassen des Uterus Hysteroskopie und Abrasio empfohlen (zum Ausschluss einer Endometrium-hyperplasie oder eines Endometriumkarzinoms).</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>12.3</td>
<td>Ein fertilitätserhaltendes Vorgehen sollte bei jungen Patientinnen erwogen werden.</td>
<td>B</td>
<td>2+</td>
<td>Primärstudien: [53]</td>
</tr>
<tr>
<td>12.4</td>
<td>Der Nutzen einer adjuvanten Strahlen-, Chemo- oder endokrinen Therapie bei kompletter Operation ist nicht belegt und wird kontrovers diskutiert.</td>
<td>ST</td>
<td>2+</td>
<td>Primärstudien: [197, 198]</td>
</tr>
<tr>
<td>12.5</td>
<td>Ab dem Stadium IC oder verbliebener Tumorreste sollte eine platinhaltige Chemotherapie erwogen werden</td>
<td>B</td>
<td>2+</td>
<td>Primärstudien: [199-202]</td>
</tr>
</tbody>
</table>
13. **Keimzelltumoren des Ovars**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Empfehlungen/Statements</th>
<th>EG</th>
<th>LoE</th>
<th>Quellen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>13.1</td>
<td>Die Diagnostik von Keimzelltumoren soll in Anlehnung an das Ovarialkarzinom erfolgen.</td>
<td>KKP</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>13.2</td>
<td>Ziel der chirurgischen Therapie ist neben der histologischen Typisierung die komplette Tumorresektion und die adäquate Stadieneinteilung unter Erhalt der Fertilität bei unauffälligem verbleibendem Genitale. Der Nutzen der systematischen Lymphonodektomie bei unauffälligen Lymphknoten ist nicht belegt.</td>
<td>ST</td>
<td>2+</td>
<td>Primärstudien: [53, 203-212]</td>
</tr>
<tr>
<td>13.3</td>
<td>Im Stadium IA soll keine adjuvante Chemotherapie erfolgen.</td>
<td>A</td>
<td>2+</td>
<td>Primärstudien: [213]</td>
</tr>
<tr>
<td>13.4</td>
<td>Ab dem Stadium &gt; FIGO IA soll eine platinhaltige Chemotherapie durchgeführt werden, die risikoadaptiert aus zwei bzw. drei Zytostatika* besteht und 2-4 Kurse umfasst. *Die Chemotherapie soll in jedem Fall Platin und Etoposid enthalten. Als dritte Substanz kommen Bleomycin oder Ifosfamid infrage</td>
<td>A</td>
<td>2+</td>
<td>Primärstudien: [213, 214]</td>
</tr>
<tr>
<td>13.5</td>
<td>Bei fortgeschrittenen Tumoren ist eine primäre Chemotherapie geeignet, die Fertilität zu erhalten. Die Resektion des Tumorrestes und residualer Metastasen ist nach Abschluss von 3 bzw. 4 Zyklen der Chemotherapie zu planen.</td>
<td>KKP</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>13.6</td>
<td>Die Nachsorge soll neben den allgemeinen Nachsorgeuntersuchungen die zusätzliche Bestimmung spezifischer Tumormarker umfassen.</td>
<td>KKP</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

14. **Versorgungsstrukturen**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Empfehlungen/Statements</th>
<th>EG</th>
<th>LoE</th>
<th>Quellen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>14.1</td>
<td>Die Behandlung einer Patientin mit Ovarialkarzinom sollte durch einen Gynäkoonkologen (Schwerpunktinhaber), in einer hierauf spezialisierten Einrichtung, in der interdisziplinäre diagnostische und therapeutische Möglichkeiten vorhanden sind, erfolgen</td>
<td>KKP</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
# 15. Qualitätsindikatoren

<table>
<thead>
<tr>
<th>Qualitätsindikator</th>
<th>Referenz Empfehlung</th>
<th>Evidenzgrundlage / weitere Informationen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Qualitätsindikator 1: Operatives Staging frühes Ovarialkarzinom</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Z: Anzahl Pat. mit operativem Staging mit:</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- Laparotomie</td>
<td>7.1. Ein optimales Staging soll folgende Operationsschritte umfassen:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- Peritonealzytologie</td>
<td>- Längsschnittlaparotomie</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- Peritonealbiopsien</td>
<td>- Inspektion und Palpation der gesamten Abdominalhöhle</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- Adnexexstirpation beidseits</td>
<td>- Peritonealzytologie</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- Hysterektomie, ggf. extraperitoneales Vorgehen</td>
<td>- Biopsien aus allen auffälligen Stellen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- Omentektomie mind. infrakolisch</td>
<td>- Peritonealbiopsien aus unauffälligen Regionen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- Bds. pelvine u. paraaortale Lymphonodektomie</td>
<td>- Adnexexstirpation beidseits</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>N: Alle Pat. mit Erstdiagnose Ov.-Ca FIGO I – IIIA</td>
<td>- Hysterektomie, ggf. extraperitoneales Vorgehen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>a) Qualitätsziel</td>
<td>- Omentektomie mind. infrakolisch</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Möglichkeit häufig operatives Staging</td>
<td>- Appendektomie (bei muzinösem/unklarem Tumortyp)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>b) Evidenzgrundlage</td>
<td>- Bds. pelvine und paraaortale Lymphonodektomie</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KKP</td>
<td>Primärstudien: [215-223]</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Leitlinien: NICE 2011 [118]</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hintergrundtext zu 7.5. „Bei laparoskopischer Entfernung eines unklaren Ovarialtumors ist die komplette Entfernung unter Vermeidung einer Ruptur notwendig“</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

| Qualitätsindikator 2: Intraoperative Tumorruptur | | |
| Z: Anzahl Pat. mit intraoperativer Tumorruptur | | |
| N: Alle Pat. mit Erstdiagnose eines Ov.-Ca FIGO IA o IB | a) Qualitätsziel |
| Hintergrundtext zu 7.5. „Bei laparoskopischer Entfernung eines unklaren Ovarialtumors ist die komplette Entfernung unter Vermeidung einer Ruptur notwendig“ | Keine intraoperative Tumorruptur |
| b) Evidenzgrundlage | |

| Qualitätsindikator 3: Makroskopisch vollständige Resektion fortgeschrittenes Ovarialkarzinom | | |
| Z: Anzahl Pat. mit makroskopisch vollständiger Resektion | | |
| N: Alle Pat. mit Erstdiagnose Ov.-Ca >= FIGO IIIB und operativer Tumorentfernung | a) Qualitätsziel |
| 7.6. Das Ziel der Primär-OP soll eine makroskopisch vollständige Resektion sein | Möglichkeit häufig makroskopisch vollständige Resektion |
| b) Evidenzgrundlage | KKP |
| Leitlinien: [1], [2] | Primärstudien: [75, 83, 95, 174, 224-236] |

| Qualitätsindikator 4: Operation fortgeschrittenes Ovarialkarzinom | | |
| --- | | |
|  | | |

© Leitlinienprogramm Onkologie | S3-Leitlinie Ovarialkarzinom Kurzversion | Juni 2013
<table>
<thead>
<tr>
<th>Qualitätsindikator</th>
<th>Referenz Empfehlung</th>
<th>Evidenzgrundlage / weitere Informationen</th>
</tr>
</thead>
</table>
| Z: Anzahl Pat., deren definitive operative Therapie durch einen Gynäkoonkologen durchgeführt wurde. | 7.8. Im Falle einer unerwarteten Diagnose eines fortgeschrittenen Ovarialkarzinoms soll eine histologische Sicherung und Beschreibung der Ausbreitung erfolgen. Die definitive Behandlung soll dann durch einen Gynäkoonkologen in einer geeigneten Einrichtung erfolgen. | a) Qualitätsziel  
Möglichst häufig operative Therapie durch Gynäkoonkologen  
b) Evidenzgrundlage  
LoE 4, A  
Leitlinien: [2]  
Primärstudien: [73-89] |
| N: Alle Pat. mit Erstdiagnose Ov.-Ca FIGO >= IIB nach Abschluss der operativen Therapie | | |
| Anmerkung: Gynäkoonkologe = Facharzt/Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie = Gynäkologischer Onkologe/ Gynäkologische Onkologin |

**Qualitätsindikator 5: Postoperative Chemotherapie fortgeschrittenes Ovarialkarzinom**

| Z: Anzahl Pat. mit postoperativer Chemotherapie | 7.10. Als Therapiefolge soll die Primäroperation gefolgt von einer Chemotherapie durchgeführt werden. | a) Qualitätsziel  
Möglichst häufig postoperative Chemotherapie bei fortgeschrittenem Ovarialkarzinom und Chemotherapie  
b) Evidenzgrundlage  
LoE 1+, A  
Leitlinien: [1]  
Primärstudien: [90-95] |
| N: Alle Pat. mit Erstdiagnose Ov.-Ca >= FIGO IIB und Chemotherapie | | |

**Qualitätsindikator 6: Keine adjuvante Chemotherapie frühes Ovarialkarzinom**

| Z: Anzahl Pat. mit adjuvanter Chemotherapie | 8.1. Bei Patientinnen mit Ovarialkarzinom im Stadium IA Grad 1 nach komplettem operatives Staging soll keine adjuvante Chemotherapie durchgeführt werden | a) Qualitätsziel  
Möglichst keine adjuvante Chth bei FIGO IA, G 1 und komplettem operatives Staging  
b) Evidenzgrundlage  
LoE 1+, A  
Primärstudien: [96-104] |
| N: Alle Pat. mit Erstdiagnose Ov-Ca FIGO IA, G 1 und komplettem operatives Staging | | |
| Anmerkung: Aktualisierung der FIGO-Klassifikation beachten! (Stand: 12.2012) |

**Qualitätsindikator 7: Platinhaltige Chemotherapie frühes Ovarialkarzinom**

| Z: Anzahl Pat. mit einer | 8.2.  
a) Qualitätsziel |
<table>
<thead>
<tr>
<th>Qualitätsindikator</th>
<th>Referenz Empfehlung</th>
<th>Evidenzgrundlage / weitere Informationen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>platinhaltigen Chemotherapie</td>
<td>Patientinnen mit Ovarialkarzinom im Stadium IC oder IA/B und Grad 3 sollen eine platinhaltige Chemotherapie über 6 Zyklen erhalten.</td>
<td>Möglichst häufig platinhaltige Chemotherapie bei Erstdiagnose Ov-Ca FIGO IC o. IA/B mit Grad 3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Referenz: 8.5.** Die First-Line Chemotherapie für Patientinnen mit fortgeschrittenem Ovarialkarzinom (Ilb-IV) soll aus Carboplatin AUC 5 und Paclitaxel 175 mg/m² über 3 h iv. für insgesamt 6 Zyklen alle 3 Wochen bestehen.

**Evidenzgrundlage:**
- LoE 1+, A
- Primärstudien: [96-104]

**Qualitätsindikator 8: First-Line Chemotherapie fortgeschrittenes Ovarialkarzinom**

| Z: Anzahl Pat. mit 6 Zyklen First-Line Chemotherapie Carboplatin AUC 5 u. Paclitaxel 175mg/m² | 8.5. Die First-Line Chemotherapie für Patientinnen mit fortgeschrittenem Ovarialkarzinom (Ilb-IV) soll aus Carboplatin AUC 5 und Paclitaxel 175 mg/m² über 3 h iv. für insgesamt 6 Zyklen alle 3 Wochen bestehen. | a) Qualitätsziel
Möglichst häufig 6 Zyklen First-Line Chemotherapie Carboplatin AUC 5 u. Paclitaxel 175mg/m² bei Erstdiagnose Ov-Ca >= FIGO IIB |
| N: Alle Pat. mit Erstdiagnose Ov-Ca >= FIGO IIB | | b) Evidenzgrundlage
LoE 1++, A
Leitlinien: NICE 2011 [118], NHS TA91 [119] Primärstudien: [120-131] |

**Qualitätsindikator 9: Chemotherapie bei platin-resistanten u/o –refraktären Erstrezidiv**

| Z: Anzahl der Pat. mit nicht-platinhaltiger Monotherapie mit Pegylierten liposomalen Doxorubicin, Topotecan, Gemcitabine o. Paclitaxel wöchentlich | 9.4. Patientinnen mit platin-resistentem und/oder -refraktärem Ovarialkarzinomrezidiv sollen, wenn eine Indikation zur Chemotherapie besteht, eine nicht-platinhaltige Monotherapie erhalten: Folgende Zytostatika können in Betracht gezogen werden: · Pegyliertes liposomales Doxorubicin · Topotecan · Gemcitabine · Paclitaxel wöchentlich. | a) Qualitätsziel
Möglichst häufig nicht-platinhaltiger Monotherapie (s.ii.) bei platin-resistanten u/o – refraktären Erstrezidiv eines Ov-Ca`s und Erstrezidivchemotherapie außerhalb von klinischen Studien |
| N: Alle Pat. mit platin-resistenten u/o –refraktären Erstrezidiv eines Ov-Ca`s und Erstrezidivchemotherapie außerhalb von klinischen Studien | | b) Evidenzgrundlage
LoE 1+, A
Leitlinien: NHS TA91 [119] Primärstudien: [155, 156, 158, 164-171] |

**Anmerkung:** Platinresistentes Rezidiv: Rezidiv innerhalb von 6 Monaten nach Abschluss der
<table>
<thead>
<tr>
<th>Qualitätsindikator</th>
<th>Referenz Empfehlung</th>
<th>Evidenzgrundlage / weitere Informationen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Primärtherapie</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>


16. Tabellenverzeichnis

TABELLE 1: SCHEMA DER EVIDENZGRADUIERUNG NACH ....................................................................................... 9
TABELLE 2: VERWENDETE EMPFEHLUNGSGRÄDE ................................................................................................. 10

17. Literatur

21. IQWIG, Positronenemissionstomographie (PET) und PET/CT bei Ovarialkarzinom. 2011.
29. Madalinska, J.B., et al., The impact of hormone replacement therapy on menopausal symptoms in younger high-risk women after prophylactic salpingo-oophorectomy. (1527-7755 (Electronic)).


163. Friedlander, M., et al., Clinical trials in recurrent ovarian cancer. 2011(1525-1438 (Electronic)).


166. Vergote, I., et al., Phase 3 randomised study of canfosfamide (Telcyta, TLK286) versus pegylated liposomal doxorubicin or topotecan as third-line therapy in patients with platinum-refractory or -resistant ovarian cancer. 2009(1879-0852 (Electronic)).


168. Mutch, D.G., et al., Randomized phase III trial of gemcitabine compared with pegylated liposomal doxorubicin in patients with platinum-resistant ovarian cancer. 2007(1527-7755 (Electronic)).


© Leitlinienprogramm Onkologie | S3-Leitlinie Ovarialkarzinom Kurzversion | Juni 2013


