



SÄCHSISCHE
KREBSGESELLSCHAFT E.V.

Dr. med. Anne Zaiß
Dr. med. Imke Hering
Dr. med. Francis Nauck
Dr. med. Claudia Wegmann
Dr. med. Tabea-Maria Weigelt
Dipl.-Psych. Pamela Edel
Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler



Ovarialkarzinom

Das Ovarialkarzinom – der Eierstockkrebs

Grün-gelbe
Broschürenreihe

■ AUTOREN

**Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe des
Klinikums St. Georg gGmbH, Leipzig**

Autoren:

Dr. med. Anne Zaiß, Fachärztin

Dr. med. Imke Hering, Assistenzärztin

Dr. med. Francis Nauck, Assistenzarzt

Dr. med. Claudia Wegmann, Assistenzärztin

Dr. med. Tabea-Maria Weigelt, Assistenzärztin

Dipl.-Psych. Pamela Edel, Psychoonkologin

Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler, Chefarzt

ISSN 1869-5728

MIT FREUNDLICHER UNTERSTÜTZUNG DER DRV-BUND UND DES FREISTAATES SACHSEN

■ INHALT

1. Einleitung	5
2. Aufbau und Funktion der weiblichen Geschlechtsorgane	5
3. Definition des Ovarialkarzinoms (Eierstockkrebs)	7
4. Warum entsteht ein Ovarialkarzinom? Ursachen und Risikofaktoren	8
5. Symptome des Ovarialkarzinoms	9
6. Gibt es eine Früherkennung?	9
7. Die Diagnostik – Welche Möglichkeiten zur Krebs-erkennung existieren?	10
8. Die Klassifikation – histopathologische Stadieneinteilung	12
9. Erkrankungsverlauf und Prognosefaktoren	14
10. Was ist ein Borderline-Tumor?	15
11. Behandlungsmöglichkeiten und neue Therapiestrategien beim Ovarialkarzinom	18
12. Mögliche Komplikationen und Spätfolgen einer Therapie	25
13. Die Anschlussheilbehandlung (AHB)	27
14. Die Tumornachsorge	28
15. Leben mit Krebs – Tumorberatungsstellen in Sachsen	30
16. Fachbegriffe in der Krebsmedizin	38

1. Einleitung

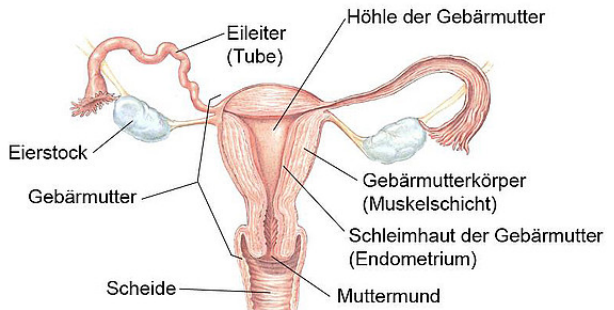
Der Eierstockkrebs (Ovarialkarzinom) ist eine seltene Erkrankung. In Deutschland erkranken jährlich ca. 8000 Frauen an einem bösartigen Tumor der Eierstöcke. Damit ist der Eierstockkrebs nach dem Brust- und Gebärmutterkrebs der dritthäufigste bösartige Tumor der weiblichen Geschlechtsorgane und die siebenthäufigste Krebserkrankung der Frau. Ältere Frauen nach den Wechseljahren sind häufiger betroffen als junge. Erkranken junge Frauen unter 40 Jahren am Ovarialkarzinom, ist nicht selten eine genetische Veranlagung zur Entstehung dieser Krebserkrankung mitverantwortlich.

Diese Broschüre soll Ihnen einige Informationen über die weiblichen Geschlechtsorgane und deren Funktion, die Risikofaktoren des Ovarialkarzinoms sowie dessen Entstehung, Diagnostik, Stadieneinteilung und Behandlungsmöglichkeiten geben.

Im Anhang sind Beratungsstellen der Sächsischen Krebsgesellschaft, Selbsthilfegruppen und wissenschaftlich fundierte Internetseiten zur Recherche aufgeführt.

2. Aufbau und Funktion der weiblichen Geschlechtsorgane

Die inneren Geschlechtsorgane (innere Genitale) bestehen aus der Scheide (Vagina), der Gebärmutter (Uterus), den Eileitern (Tuben) und den Eierstöcken (Ovarien).



© KLS

Quelle: www.krebsliga.ch

Scheide (Vagina)

Die Vagina ist ein mit Schleimhaut ausgekleidetes, muskel- und bindegewebiges, schlauchartiges Organ, das die Verbindung zwischen inneren und äußeren Geschlechtsorganen darstellt. Sie mündet unten in den Scheidenvorhof der Vulva und wird oberhalb durch den Gebärmutterhals (Zervix) abgeschlossen. Sie ist Kohabitationsorgan und Teil des Geburtskanals.

Gebärmutter (Uterus) und Eileiter (Tuben)

Die Gebärmutter ist ein dickwandiges, muskelstarkes Hohlorgan, das die Form einer Birne hat. Der Gebärmutterhals nimmt das untere Drittel der Gebärmutter ein und endet mit dem Muttermund (Portio), der in die Scheide hineinragt. Nachbarorgane der Gebärmutter sind die davor liegende Harnblase, der dahinter liegende Darm und die seitlich liegenden Eierstöcke und Eileiter. Ebenfalls seitlich der Gebärmutter liegen die Beckengefäße, unterhalb liegt der Beckenboden. Der bindegewebige Halteapparat der Gebärmutter, Parametrium genannt, besteht aus mehreren Bändern und Bindegewebe. Bei einer nicht schwangeren Frau ist die Gebärmutter sieben bis neun Zentimeter lang und etwa 50 bis 70 g schwer. Sie besteht aus dem Gebärmutterkörper (Corpus uteri), welcher an den oberen Ecken in die Eileiter (Tuben) übergeht, und dem Gebärmutterhals (Cervix uteri), der den Übergang in die Scheide darstellt. Die Gebärmutter ist, wie alle Hohlorgane, aus drei Schichten aufgebaut. Die Gebärmutter Schleimhaut (die innere Auskleidung) wird im monatlichen Zyklus aufgebaut und wieder abgebaut (Monatsblutung, auch Menstruation), wenn es nicht zur Befruchtung der Eizelle kommt. Die beiden etwa bleistiftdicken Eileiter dienen dem Transport der Eizellen. Die Enden der Eileiter sind trichterförmig und münden frei in die Bauchhöhle. Sie können sich während des Eisprunges über die Eierstöcke stülpen.

Eierstöcke (Ovarien)

Die Eierstöcke gehören zu den Fortpflanzungsorganen der Frau. Sie liegen als paariges Organ zu beiden Seiten der Gebärmutter und sind über einen Halte- bzw. Bindegewebsapparat zwischen Gebärmutter und Beckenwand befestigt. Die Eierstöcke sind etwa mandel- bis pflaumengroß und wiegen je 7 – 14 g. Neben der Produktion der Eizellen,

die vom Eileiter aufgenommen und zur Gebärmutter geleitet werden, gehört auch die Bildung von Geschlechtshormonen (Östrogene und Gestagene) zu den Aufgaben des Eierstocks. Diese Hormone regulieren unter anderem den Menstruationszyklus, die Aufrechterhaltung einer Schwangerschaft und die Entwicklung der weiblichen Körpermerkmale.

Bauchfell (Peritoneum)

Das Bauchfell kleidet wie eine dünne Haut den Bauchraum aus und umgibt die meisten inneren Organe unterhalb des Zwerchfells bis zum Eingang des kleinen Beckens. Das Peritoneum ist sensibel innerviert, d. h. es ist empfindlich für Schmerzen – die z. B. bei einer Entzündung im Bauchraum auftreten können. Das Bauchfell produziert in geringen Mengen die so genannte Peritonealflüssigkeit, die die Bewegung der Bauchorgane gegeneinander ermöglicht (z. B. bei Magen-/Darmfüllung durch Nahrungsaufnahme oder bei Schwangerschaft). Eine übermäßige Menge an Bauchwasser (Aszites) wird im Rahmen unterschiedlicher Erkrankungen, wie Tumorleiden, Lebererkrankungen oder Entzündungen, gebildet. Viele Tumoren, im Besonderen das Ovarialkarzinom, sind in der Lage, Tochtergeschwülste (Metastasen) auf dem Bauchfell zu platzieren, wo sie sich vermehren und für Beschwerden sorgen können (siehe Kapitel 5).

3. Definition des Ovarialkarzinoms (Eierstockkrebs)

Der Eierstockkrebs ist ein bösartiger Tumor der Eierstöcke. Die Eierstöcke sind die Keimdrüsen der Frau und werden auch als Ovarien bezeichnet, in der Fachsprache wird daher auch der Begriff des Ovarialkarzinoms verwendet.

Das Ovarialkarzinom ist kein einheitlicher Tumor, denn der Eierstock besteht aus verschiedenen Zelltypen (Oberflächenepithel, Keimzellen, hormonbildende Zellen etc.), weshalb feingeweblich (histologisch) teils erhebliche Unterschiede bestehen. Etwa 90% der Ovarialkarzinome sind epithelialen Ursprungs. Karzinome des Bauchfells und der Eileiter sind dem epithelialen Ovarialkarzinom sehr ähnlich und werden dementsprechend ebenso therapiert.

In Deutschland treten pro Jahr etwa 7000 – 8000 neue Erkrankungsfälle auf. Der Erkrankungsgipfel liegt zwischen dem 50. und 70. Lebensjahr. Das lebenslange Risiko, an einem Eierstockkrebs zu erkranken, beträgt ca. 1,4 %.

Der Eierstockkrebs hat insgesamt eine ungünstige Prognose. Dies liegt auch daran, dass der Eierstockkrebs anfangs lange unbemerkt (stumm) bleiben kann und somit das Krebsstadium bei der Diagnose schon fortgeschritten ist. In etwa der Hälfte der Fälle von Eierstockkrebs sind beide Eierstöcke befallen. Durchbricht der Krebs die äußere Kapsel des Eierstocks, kann er Metastasen (Tochtergeschwülste) in die Bauchhöhle streuen (sog. Peritonealkarzinose).

4. Warum entsteht ein Ovarialkarzinom? Ursachen und Risikofaktoren

Die Ursachen des Eierstockkrebses sind weitestgehend unbekannt. Es gibt jedoch Risikofaktoren, die das Auftreten von Eierstockkrebs begünstigen:

- ein höheres Alter
- Kinderlosigkeit, ein frühes Einsetzen der ersten Regelblutung und eine späte letzte Regelblutung (Menopause)

Dies erklärt sich durch die Annahme, dass die Häufigkeit der Eisprünge bei der Entstehung von Eierstockkrebs ein Risiko ist, da Faktoren die diese Häufigkeit senken, eine schützende Wirkung haben – zum Beispiel frühe und häufige Schwangerschaften und auch eine langfristige Einnahme der Antibabypille.

Bestimmte Veränderungen der Erbinformation (Mutationen) können ebenfalls das Risiko erhöhen, an einem Eierstockkrebs zu erkranken: Etwa 5 – 10 % aller Fälle von Eierstockkrebs sind genetisch bedingt. In diesen Fällen tritt Eierstockkrebs innerhalb einer Familie gehäuft auf und kommt gleichzeitig mit anderen Krebserkrankungen wie Brustkrebs vor.

Mutationen bestimmter Gene (sog. Brustkrebsgene BCRA 1 und BCRA 2) können eine entscheidende Rolle bei

der Entstehung eines Eierstockkrebses spielen.

Schadstoffe, z.B. Asbest, stehen ebenfalls im Verdacht, krebsauslösend zu sein.

Mangelnde sportliche Betätigung und eine falsche Ernährung (übermäßiger Verzehr von gesättigten Fettsäuren) haben in Studien vor allem bei anderen Krebserkrankungen auf ein, wenn auch minimal, erhöhtes Erkrankungsrisiko hingewiesen.

Ausschlaggebend ist nach heutigen Erkenntnissen ein Zusammentreffen mehrerer Faktoren.

Es gibt Hinweise, dass eine Sterilisation oder die Gebärmutterentfernung (meist bei gutartigen Befunden) das Risiko, an einem Eierstockkrebs zu erkranken, reduzieren können.

5. Symptome des Ovarialkarzinoms

Eierstockkrebs bleibt im Frühstadium häufig symptomlos. Oft kommt es erst in späteren Stadien zu teils uncharakteristischen Beschwerden, wie Leistungsschwäche, Schmerzen im Unterbauch, Verstopfung, Schmerzen beim Stuhlgang oder Problemen beim Wasserlassen. Diese sind aber oft auch Symptome für harmlosere Erkrankungen.

Insbesondere wenn die Bauchhöhle bereits mit Metastasen befallen ist (Peritonealkarzinose), sammelt sich vermehrt Flüssigkeit im Bauchraum an (Aszites). Die betroffenen Frauen bemerken dann eine Zunahme des Leibesumfangs, obwohl sie gleichzeitig durch die fortgeschrittene Krebserkrankung an Gewicht verlieren können. Auch der Tumor selbst kann durch seine Größe den Bauchumfang der Betroffenen erhöhen.

6. Gibt es eine Früherkennung?

Entsprechend den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe kann kein generelles Screening für die Erkennung von Eierstockkrebs empfohlen werden. Das Screening mit dem Tumormarker (Cancer Antigen) CA 125 und der Transvaginalsonographie konnte bisher

weder in Hochrisikogruppen noch in der Normalbevölkerung eine Senkung der Sterblichkeit nachweisen.

(S2-Leitlinie: Diagnostik und Therapie maligner Ovarialtumoren. AWMF 032/035, Stand August 2010).

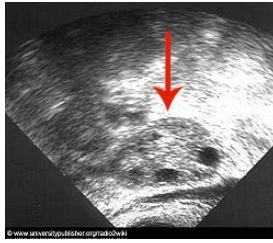
Der Tumormarker CA 125 wird vor allem als Marker für die Verlaufskontrolle im Rahmen der Therapie des Ovarialkarzinoms bestimmt, denn es liegt keine hohe Sensitivität und Spezifität vor. So kann er auch bei gutartigen Erkrankungen – wie einer Endometriose oder einer Entzündung – aber auch während der Schwangerschaft erhöht sein.

7. Die Diagnostik – Welche Möglichkeiten zur Krebserkennung existieren?

Da es keine Früherkennungsmethoden gibt, stellen sich die Frauen oft mit allgemeinen und unspezifischen Symptomen vor. Oftmals ist der Hausarzt der erste Ansprechpartner, da die Patientinnen z. B. über Unwohlsein, Bauchumfangszunahme, Bauchschmerzen, Blähungen, Stuhlgangsunregelmäßigkeiten und Appetitverlust berichten.

Eine gezielte Befragung (**Anamnese**) und gynäkologische Untersuchung ist für die Diagnosestellung notwendig. Neben der Tastuntersuchung (Palpation) der Bauchdecke, der bimanuellen Tastuntersuchung über die Scheide und ggf. einer rektalen Tastuntersuchung durch den Frauenarzt erfolgt auch eine **Ultraschalluntersuchung** über die Bauchdecke (Transabdominalsonographie) und über die Scheide (Transvaginalsonographie).

Im Ultraschall kann eventuell ein vergrößerter Eierstock gesehen werden. Wenn weitere Merkmale, z.B. Größe mehr als 5 cm, gekammerter Tumor, unregelmäßiges Aussehen mit zystischen Formen oder auch Bauchwasser (Aszites), vorhanden sind, steht der Verdacht auf eine bösartige Erkrankung und eine Operation zur weiteren Abklärung ist notwendig.



Normales Ovar mit Follikelzysten



Zystischer Ovarialtumor mit breiten Septen und polypösen wandständigen Strukturen

Quelle: universitypublisher.meduniwien.ac.at

Bei Verdacht auf ein fortgeschrittenes Karzinom wird vor der Operation zur weiteren Vorbereitung eine **Computertomographie (CT)** oder eine **Kernspintomographie (MRT)** erstellt. Hier können die Lage zu angrenzenden Organen und auch vergrößerte Lymphknoten beurteilt werden. Zur endgültigen Einschätzung ist die Operation unumgänglich. Zur Darmdiagnostik kann vor der Operation eine **Rektoskopie** (Enddarmspiegelung) oder eine **Koloskopie** (Darmspiegelung) erfolgen. Eine **Zystoskopie** (Blasenspiegelung) kann ebenfalls sinnvoll sein.

Eine **Röntgenuntersuchung des Thorax** vor der Operation soll eine Tumorabsiedelung in die Lunge ausschließen. An **Laborwerten** werden vorbereitend neben dem Blutbild Elektrolyte, Leberenzyme, Nierenwerte und Gerinnungswerte zur Einschätzung der Operations- und Narkosefähigkeit untersucht. Für den weiteren Verlauf werden vor der Operation die **Tumormarker** CA 125 und seltener CA 19-9 (bei Verdacht auf Keimzelltumoren) bestimmt. Natürlich wird Sie Ihr behandelnder Arzt über die nun vorgesehene Operation anhand eines Aufklärungsblattes ausführlich informieren und Ihre Fragen umfassend beantworten.

8. Die Klassifikation – histopathologische Stadieneinteilung

Ovarialkarzinome (Eierstockkrebs) sind eine sehr heterogene Gruppe. Bei eindeutigen Befunden kann intraoperativ ein Schnellschnitt durchgeführt werden um die Diagnose zu sichern und eine einzeitige Operation durchführen zu können. Bei unklaren Befunden und dem Wunsch nach Fertilitätsershalt bei jungen Frauen ist unter Umständen eine differenzierte morphologische Aufarbeitung des fixierten Operationsmaterials und ggf. eine zweizeitige Operation vorzuziehen.

Histologisch unterscheidet man folgende Subtypen der Ovarialtumoren:

- epitheliale Ovarialkarzinome
- Keimzell-Tumoren (Dysgerminom, Dottersacktumor, Chorionkarzinom)
- Keimstrang-Stroma-Tumoren (Granulosazelltumor, Thekom, Androblastom)
- Ovarialmetastasen (z.B. vom Brust- oder Magenkrebs)
- extraovarielle (peritoneale) Karzinome
- Borderline-Tumoren

Bei etwa 10% der Ovarialkarzinome zeigt sich eine erhebliche Ausbreitung im Bereich des Bauchfelles bei nur gering oder gar nicht betroffenen Ovarien (Eierstöcken). Diese primären Peritonealkarzinome sind dem Ovariepithel verwandt, daher gelten für sie die gleichen Prognose- und Therapiekriterien (Operation und Chemotherapie) wie beim primär peritoneal metastasierten Ovarialkarzinom Stadium III.

Epitheliale Ovarialkarzinome und Borderline-Tumoren werden nach dem Zelltyp differenziert in:

- serös
- muzinös
- endometrioid (incl. Adenosarkome, MMMT = Maligne Müller'sche Mischtumoren, Stromasarkome)
- klarzellig
- gemischt

Zu den endometrioiden Ovarialkarzinomen rechnet man auch die Adenosarkome, die mesodermalen Müller'schen Mischtumoren (MMMT) und die Stromasarkome.

Bei den muzinösen Ovarialkarzinomen ist die Abgrenzung zu Metastasen von intestinalen Adenokarzinomen (Magen, Darm) manchmal schwierig. Hier sollte eine Appendektomie (Entfernung des Blinddarmes) zeitgleich erfolgen, um einen Primärtumor dort auszuschließen. Gegebenenfalls sollte intraoperativ ein Chirurg zum Ausschluss eines Magenkarzinoms hinzugezogen werden.

Aufgrund der anatomischen Ausbreitung des Primärtumors (T), des Befalls der Lymphknoten (N) und des Nachweises einer Fernmetastasierung (M) wird das Ovarialkarzinom in 4 Stadien eingeteilt (s. unten stehende Tabelle), die Grundlage für den weiteren Therapieentscheid darstellen:

FIGO-Stadium	TNM-Stadium	Beschreibung
I	T1	Tumor begrenzt auf Ovarien
Ia	T1a	1 Ovar befallen, Kapsel intakt
Ib	T1b	beide Ovarien befallen, Kapsel intakt
Ic	T1c	Kapselruptur/ Tumor an Oberfläche des Ovars/ maligne Zellen in Aszites oder Peritonealspülung
II	T2	Tumorbefall des Beckens
IIa	T2a	Uterus/ Tube(n) befallen
IIb	T2b	anderes Beckengewebe befallen
IIc	T2c	maligne Zellen in Aszites oder Peritonealspülung
III	T3 ± N1	Peritonealmetastasen jenseits des Beckens und/ oder regionäre Lymphknotenmetastasen
IIIa	T3a	mikroskopische Peritonealmetastase(n)
IIIb	T3b	makroskopische Peritonealmetastase(n) ≤ 2cm
IIIc	T3c ± N1	Peritonealmetastase(n) > 2cm und/ oder regionäre Lymphknoten-metastasen
IV	T4	Fernmetastasen außer Peritonealmetastasen

Quelle: Stadien nach TNM-Klassifikation und FIGO (Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique)

9. Erkrankungsverlauf und Prognosefaktoren

Beim Ovarialkarzinom sind keine effizienten Screeningmethoden bekannt, welche die Sterblichkeit senken. Daher fallen diese Karzinome erst auf, wenn bereits Symptome wie Bauchumfangszunahme und/oder Gewichtsverlust bestehen, die aber erst bei einer Metastasierung des Peritoneums (Bauchfell) auftreten (70%). Dann liegt bereits ein Stadium III vor. Nur selten kann die Diagnose im Frühstadium gestellt werden, in der das Karzinom auf das Ovar (Eierstock) begrenzt und damit heilbar ist. Diese Befunde sind oft Zufallsbefunde und können erkannt werden, wenn Auffälligkeiten in der jährlichen transvaginalen Ultraschall-diagnostik bestehen.

Zu den wichtigsten **Prognosefaktoren** zählen:

- das Tumorstadium
- der postoperative Tumorrest
- der histologische Typ des Karzinoms
- das Grading (der Differenzierungsgrad des Tumors)
- das Alter
- der Allgemeinzustand der Patientin

9.1 Tumorstadium und Tumorrest

Entscheidend ist beim **frühen Ovarialkarzinom (FIGO I – IIA, 30%)** für ein längeres Überleben mit der Erkrankung oder eine höhere Heilungsrate die vollständige Entfernung aller makroskopischen (mit dem Auge sichtbaren) Tumormanifestationen. Alle Frühstadien, außer FIGO Ia G1, benötigen eine platinhaltige adjuvante Chemotherapie von mindestens 3 – 6 Zyklen, um das Rezidivrisiko zu minimieren. Die 5-Jahres-Überlebensrate in diesen frühen Stadien beträgt > 80%.

Auch beim **fortgeschrittenen Ovarialkarzinom (FIGO IIb – IV, 70%)** hängt die Prognose maßgeblich vom verbleibenden Tumorrest bei der Erstoperation ab. Dies ist der einzige Prognosefaktor, der sich effektiv beeinflussen lässt. Die beste Prognose haben Patientinnen, die postoperativ keinen nachweisbaren Tumorrest aufweisen. Patientinnen mit einem Tumorrest von $\leq 1\text{cm}$ haben ebenfalls noch einen

signifikanten Überlebensvorteil gegenüber Patientinnen mit einem Tumorrest > 1cm.

Die statistische 5-Jahres-Überlebensrate in diesen Stadien beträgt < 40%.

9.2 Histologischer Typ und Grading

Klarzellige und muzinöse Tumoren weisen eine signifikant ungünstigere Prognose auf als die serös-papillären und endometrioiden Karzinome und sprechen schlechter auf eine konventionelle platinhaltige Kombinations-Chemotherapie an. Sowohl das Rezidivrisiko als auch das Risiko an der Erkrankung zu versterben, ist mehr als doppelt so hoch.

Der Differenzierungsgrad G gibt die Aggressivität des Karzinoms an, mit der es wächst. Dabei ist G1 gut differenziert und damit langsam wachsend, G2 mäßig differenziert und G3 schlecht differenziert, d. h. schnell wachsend und demzufolge prognostisch am ungünstigsten.

9.3 Alter und Allgemeinzustand

Das Alter ist per se ein Risikofaktor, denn mit zunehmendem Alter nimmt das Risiko, an einem Ovarialkarzinom zu erkranken, zu. Weiterhin ist fortgeschrittenes Alter häufig auch mit einem reduzierten Allgemeinzustand verbunden. Bei diesen Patientinnen ist oft eine ausgedehnte Operation oder aggressive Chemotherapie nicht im erforderlichen Maße möglich.

10. Was ist ein Borderline-Tumor?

Borderline-Tumoren des Ovars stellen eine eigene Subgruppe der Ovarialtumoren dar. Sie zeichnen sich durch semimalignes Verhalten aus, daher der englische Begriff „Borderline“, zu Deutsch „Grenze“ oder „grenzwertig“. Borderline-Tumoren sind dadurch gekennzeichnet, dass sich zwar die typischen Zellcharakteristika bösartiger Veränderungen finden, eine Tumordinvasion aber fehlt. Deshalb werden diese Tumoren auch als Tumoren von geringer Malignität bzw. Tumor of low malignant potential (LMP) bezeichnet. Sie machen etwa 21 – 25% aller nicht benignen serösen Tumoren des Ovars aus. Nach aktuellem Verständnis handelt es sich um eine eigene Tumorentität und nicht

um eine Übergangsform von einem benignen (gutartigen) Tumor in ein invasives Karzinom.

Anders als invasive Ovarialkarzinome stellen Borderline-Tumoren des Ovars eher eine Erkrankung des mittleren Alters dar. So beträgt das durchschnittliche Erkrankungsalter in den westlichen Industrienationen zwischen 45 und 55 Jahre.

Als möglichen Risikofaktor für die Entwicklung eines Borderline-Tumors diskutiert man das Rauchen. Anders als beim Ovarialkarzinom geht man aktuell nicht davon aus, dass die Pilleneinnahme eine Risikoreduktion erzielt. Außerdem spielen wohl genetische Faktoren keine entscheidende Rolle bei der Entstehung von Borderline-Tumoren. Nach derzeitigem Kenntnisstand stellen Borderline-Tumoren nach adäquater Therapie keine Kontraindikation für eine nachfolgende Schwangerschaft dar.

Die serösen und die muzinösen Borderline-Tumoren stellen ähnlich dem Ovarialkarzinom die häufigsten Typen dar.

Borderline-Tumoren des Ovars sind nicht einfach zu diagnostizieren. Insbesondere die Abgrenzung zu den folgenden Differentialdiagnosen ist oft eine Herausforderung:

1. invasives Karzinom mit seinen aufwendigen Therapien und
2. benigner Ovarialtumor

Da viele der Patientinnen noch sehr jung sind und noch Kinderwunsch besteht, ist eine zuverlässige präoperative Diagnostik wünschenswert, um sowohl Unter- als auch Übertherapien zu vermeiden. Ein Großteil der Patientinnen ist vollkommen beschwerdefrei und die Diagnose wird durch Zufall gestellt. Die restlichen Patientinnen klagen überwiegend über sehr unspezifische Beschwerden, wie diffuse Bauchschmerzen, Völlegefühl oder Blutungsunregelmäßigkeiten. Auch Ultraschall-Untersuchungen führen nur selten zur präoperativen Diagnosestellung eines Borderline-Tumors. Knapp die Hälfte aller Borderline-Tumoren stellen sich präoperativ als gutartige Sonographiebefunde oder vollkommen unauffällig dar. Die Kombination aus

diffusen abdominalen Beschwerden und einem nicht sicher einzustufenden Ovarialbefund führt in vielen Fällen zur Bestimmung von Tumormarkern. Allerdings finden sich in nur knapp der Hälfte der Fälle erhöhte Werte. Auf die Bestimmung von Tumormarkern zur präoperativen Diagnostik eines Borderline-Tumors kann zusammenfassend verzichtet werden.

Um eine adäquate Therapie zu planen, muss die operative Entfernung des Befundes erfolgen. Zusätzlich ist der Einsatz der Schnellschnitt-Diagnostik denkbar. Hierbei werden dem Pathologen Gefrierschnitte des Befundes noch während der Operationszeit zur schnellen Begutachtung vorgelegt. Anhand der gestellten Diagnose wird die weitere Operationstaktik festgelegt. Voraussetzung für das fertilitätserhaltende Vorgehen bei jungen Frauen ist, dass sämtliche auffällige Veränderungen entfernt werden und sich die Patientinnen regelmäßigen Nachsorge-Kontrollen unterziehen bzw., bei ausgedehntem Befund, die Kontroll-Laparoskopie nach drei bis vier Monaten akzeptieren. Bei Eierstock-erhaltendem Vorgehen muss ausdrücklich über das erhöhte Rezidivrisiko aufgeklärt werden. Allerdings führen Rezidive nur selten zum Tod. Die Therapie von Patientinnen mit Rezidiv ist weiterhin kurativ.

Während die fertilitätserhaltende Operation auf Wunsch eine ernst zu nehmende Option darstellt, sollte gerade aufgrund des erhöhten Rezidivrisikos die Möglichkeit einer Radikaloperation nach Abschluss der Familienplanung mit der Patientin diskutiert werden. Diese sollte in jedem Fall die Entfernung von Eierstöcken und Eileitern und nach Möglichkeit die Gebärmutterentfernung beinhalten.

Auch Borderline-Tumoren können eine Art von Tumorabsiedlungen in den Bauchraum verursachen. Diese werden anders als beim Ovarialkarzinom Implantate oder englisch Implants genannt. Implantate können invasiv, also in andere Gewebe einwachsend, oder nicht invasiv, nur aufliegend oder anhaftend, sein. Patientinnen, bei denen invasive Implantate gefunden wurden, haben ein deutlich erhöhtes Risiko für Rezidive und für eine maligne Tumormanifestation.

Patientinnen mit Borderline-Tumoren profitieren nicht von

einer adjuvanten Radiotherapie. Liegen invasive Implantate (Absiedlungen im Bauchraum ähnlich den Metastasen) vor, ist eine Chemotherapie entsprechend der Behandlung von Frauen mit invasivem Ovarialkarzinom indiziert. Beim Vorliegen eines Rezidivs ist die erneute operative Behandlung entsprechend den Behandlungs-Richtlinien beim Ovarialkarzinom angezeigt.

Borderline-Tumoren des Ovars haben eine sehr gute Prognose. Eine Analyse für seröse Borderline-Tumoren ergab eine 10-Jahres-Überlebensrate von 96,9% für alle Stadien und immer noch von 89,9% für die Stadien FIGO III und IV [Ewald-Riegler N et al. Borderline-Tumoren des Ovars, TumorDiagnostik & Therapie 2012;33: 268-278].

11. Behandlungsmöglichkeiten und neue Therapiestrategien beim Ovarialkarzinom

Die operative Behandlung steht stets am Anfang des Gesamtkonzepts. In den allermeisten Fällen (Ausnahme: sehr frühes Tumorstadium) gehört auch eine anschließende Chemotherapie zur Standard-Erstbehandlung. Nur bei den Frühstadien (selten!) ohne Risikofaktoren (z.B. Stadium FIGO Ia, G1) wird keine Chemotherapie empfohlen.

Eine Strahlentherapie ist seltenen Ausnahmesituationen (isolierte Metastasen im Bereich der Knochen oder der Scheide) vorbehalten, da das Ovarialkarzinom zu den Krebsarten gehört, die wenig strahlensensibel sind.

In den letzten Jahren haben weitere Therapiekonzepte in die Behandlung des Ovarialkarzinoms Einzug gehalten. So ist durch die Zugabe eines Antikörpers, der gegen die Entstehung von neuen Blutgefäßen gerichtet ist, eine Verlängerung der Zeit bis zum Auftreten eines Rezidivs erzielt worden. Neue Therapieansätze, wie die Entwicklung neuer Chemotherapeutika oder weiterer Antikörpertherapien, die zielgerichteter gegen Tumorzellen vorgehen können, sind bereits in der klinischen Behandlung von Patientinnen angekommen oder werden in Studien angeboten.

11.1 Die Operation

Ist ein Ovarialkarzinom klinisch oder feingeweblich gesichert, muss eine Operation erfolgen, in der möglichst die gesamte Tumormasse aus dem Bauchraum entfernt wird. Häufig ist das nicht so einfach, weil der Tumor Metastasen auf dem Bauchfell, dem Darm oder um die darmversorgenden Gefäße und Nerven herum gebildet haben kann.

Die so genannte Laparotomie beinhaltet nach einem Längsschnitt im Bereich der Bauchwand eine sorgfältige Inspektion (Ansehen) des gesamten Bauchraums und seiner Organe, eine abdominale Lavage (Gewinnung von Flüssigkeit aus dem Bauchraum z.B. Aszites), in der Regel die Entfernung von Gebärmutter mit Eierstöcken und Eileitern, ein Tumordebulking (möglichst komplette Tumorreduktion, wenn das nicht möglich ist, wird so viel Tumor wie möglich entfernt), die Resektion des großen Netzes, bei muzinösen Tumoren zusätzlich die Entfernung des Blinddarmes sowie peritoneale Biopsien (oder besser die Entnahme des Bauchfells – Peritonektomie). Eine Lymphknotenentfernung der Becken- und paraaortalen Lymphknoten sollte ebenfalls erfolgen. Es kann eine Darmteilentfernung oder sogar ein künstlicher Darmausgang notwendig sein. Ggf. kann ein künstlicher Darmausgang nach einem Heilungsintervall auch wieder zurückverlegt werden.

Je umfangreicher die Operation ist, desto eher kann es zu postoperativen Beschwerden kommen.

Tritt ein Rezidiv auf, kann ein erneuter operativer Eingriff sinnvoll sein, vor allem wenn Organfunktionen gefährdet sind (Nierenstauung mit Ausfall der Nierenfunktion, Einengung des Darmes mit Gefahr des Darmverschlusses usw.)

11.2 Die Chemotherapie

Patientinnen im Stadium I – IIa, außer FIGO IA G1, benötigen eine adjuvante Chemotherapie, die ein Platinderivat wie Carboplatin enthalten sollte. Hiermit kann eine Risikominimierung für ein Rezidiv und eine Verbesserung des Gesamtüberlebens erreicht werden. Es werden 3 – 6 Zyklen einer platinhaltigen Chemotherapie empfohlen.

Patientinnen mit einem fortgeschrittenen Stadium eines Ovarialkarzinoms (FIGO IIb – IV) sollten das derzeitige Standardregime mit Carboplatin und Paclitaxel über 6 Zyklen (6 x alle 3 Wochen) erhalten. Es gibt keine Daten für eine Therapieverlängerung über 6 Zyklen hinaus oder für Dosiserhöhungen.

Im Falle eines Rezidivs nimmt eine Zweitlinien-Chemotherapie häufig einen größeren Stellenwert als ein operativer Eingriff ein. Die Wahl der Zytostatika hängt hierbei vom Zeitraum des Auftretens des Rezidivs ab. Bei einem Rezidiv nach 6 Monaten oder mehr spricht man von einem platinresistenten Ovarialkarzinomrezidiv. Hier kann eine Re-Induktion mit Carboplatin/Paclitaxel erfolgen, d. h. die schon einmal verabreichte Chemotherapie verspricht einen nochmaligen Behandlungserfolg. Auch die Kombination von Carboplatin/Gemcitabin ist effektiv. Sollten keine Kontraindikationen vorliegen, ist eine Kombinations-Chemotherapie einer Monotherapie mit Carboplatin vorzuziehen.

Tritt das Rezidiv innerhalb von 6 Monaten nach Abschluss der Primärtherapie ein, spricht man von einem platinrefraktären Ovarialkarzinomrezidiv – das bedeutet, dass die zunächst gewählte Chemotherapie keine ausreichende Wirkung gegen den Tumor gezeigt hat. Dies kann auch an einer Resistenzentwicklung des Tumors auf das Chemotherapeutikum liegen.

In solchen Fällen kommen andere Chemotherapeutika wie Topotecan, pegyliertes liposomales Doxorubicin oder Paclitaxel (wenn nicht in Erstlinien-Therapie) in Frage. Desweiteren gibt es Daten zur Effektivität von Etoposid und Treosulfan. Das relativ neue Chemotherapeutikum Trabectedin, das aus einem Meeresweichtier hergestellt wird, steht seit wenigen Jahren als weiterer Kombinationspartner für pegyliertes liposomales Doxorubicin zur Verfügung.

In einigen wenigen Zentren in Deutschland wird unter bestimmten Voraussetzungen Patienten bei abdominalen Tumoren wie dem Ovarialkarzinom, dem Magenkarzinom, dem Dickdarmkrebs u. a. die sogenannte HIPEC-Therapie angeboten. Die HIPEC – hypertherme intraperitoneale Chemotherapie – wird in Kombination zur Operation durchgeführt.

Während dieser Prozedur wird eine auf etwa 42°C erwärmte chemotherapeutikahaltige Lösung für 60 – 90 Minuten in den voroperierten Bauchraum gegeben, um die dort noch befindlichen hitzeempfindlichen Tumorzellen „vor Ort“ zu zerstören. Anschließend wird die Lösung wieder abgelassen.

11.3 Die Therapie mit Antikörpern

Neu ist als dritte Komponente zur Standardchemotherapie die Zugabe eines Antikörpers (Bevacizumab = Avastin®), dieser hemmt die Gefäßneubildung der verbliebenen Tumorzellen. Da er dies nicht gezielt tut und auch Prozesse wie die Wundheilung in Mitleidenschaft gezogen werden können, wird die Hinzunahme von Avastin® zur Chemotherapie meist erst ab dem 2. oder 3. Zyklus erwogen. Dank etlicher Studien zum Avastin®, in der die gute Wirksamkeit bei überschaubarem Nebenwirkungspotential gezeigt werden konnte, gehört dieser Antikörper bei den fortgeschrittenen Ovarialkarzinomen zur Primärtherapie.

Im Rezidivfall kann vor allem bei ausgeprägtem Aszites (Bauchwasser) ein anderer Antikörper zum Einsatz kommen (Catumaxomab = Removab®), der die Aszitesbildung hemmt. Voraussetzung für die Gabe von Catumaxomab ist das Vorhandensein von bestimmten Oberflächensignalen auf den intraperitonealen Tumorzellen. Hierzu wird Aszites abgenommen und untersucht. Mittels immunhistochemischer Maßnahmen kann dann ggf. der Oberflächenmarker EpCAM nachgewiesen werden. Ist er vorhanden, kann eine 7 – 11-tägige intraperitoneale Therapie in mehreren Zyklen erfolgen. Ziel ist es, die Tumorlast im Bauchraum zu senken und damit die Produktion von Bauchwasser zu reduzieren.

11.4 Die Hormontherapie

Ist das Therapieziel bei weit fortgeschrittenen Ovarialkarzinomen nach mehreren Therapien vor allem die „Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität“, das heißt eine palliative Therapie, so kann ein recht nebenwirkungsarmer Therapieversuch mit Hormon- bzw. antihormonellen Präparaten wie Gestagenen, GnRH-Analoga oder Tamoxifen erwogen werden. In der frühen Therapiephase haben diese

Medikamente keinen Stellenwert.

11.5 Die Supportivtherapie

Hiermit werden Maßnahmen bezeichnet, die Nebenwirkungen anderer Therapien (z. B. der Chemotherapie) oder aber Beschwerden nach der Operation lindern sollen. So kommt es im Verlauf der Erkrankung häufig zu Stuhlgangsunregelmäßigkeiten im Sinne von Verstopfung, sodass den Patientinnen mit Abführmitteln geholfen werden kann. Auch Nebenwirkungen der Chemotherapie wie Übelkeit und Erbrechen sind mit modernen Medikamenten gut beherrschbar und werden prophylaktisch appliziert.

Sollten Sie im Rahmen der Therapie Beschwerden bemerken, so wenden Sie sich bitten an Ihre/n behandelnde/n Ärztin/Arzt. Sicher sind Sie mit Ihren Problemen nicht alleine und es lässt sich gemeinsam eine Lösung finden.

11.6 Die psychoonkologische Betreuung

Jedes Jahr werden über 400.000 Menschen mit der Diagnose Krebs konfrontiert. Das Leben, wie es die Betroffenen bisher geführt haben, scheint von einem Moment zum anderen in Frage gestellt. Doch was kann man dagegen tun, damit der oder die Betroffene nicht ins Bodenlose fällt?

Ziel der Psychoonkologie (Lehre von den psychosozialen Auswirkungen von Krebs) ist es, Krebspatienten bei der seelischen Bewältigung ihrer Krankheit beizustehen. Dazu gehören die Verarbeitung von Diagnoseschock und Todesangst, die Begleitung während der oft strapaziösen, meist mit Nebenwirkungen verbundenen Behandlung und die Unterstützung bei der Rückkehr in ein möglichst normales Leben. Heutzutage kann jeder zweite Krebspatient als geheilt entlassen werden. Doch durch die Erkrankung ist meist eine Neuorientierung im Alltag erforderlich. Auch dabei kann ein Psychoonkologe behilflich sein. Wenden sie sich an ihren behandelnden Arzt, um Kontakt zu einem Psychoonkologen herzustellen.

Ängste und Depressionen erkennen und behandeln

Es steht außer Frage: Ein Tumorleiden belastet nicht nur den Körper, sondern auch die Seele. Doch während einige

Menschen recht gut mit der Erkrankung zu Rande kommen, geraten andere regelrecht in eine schwere Krise, die ohne fremde Hilfe kaum zu bewältigen ist.

Fast alle Krebspatienten reagieren im Verlauf ihrer Erkrankung mit Ängsten. Die Ängste sind sehr vielschichtig und können sich auf ganz unterschiedliche Bereiche beziehen: vor allem die Angst, an der Erkrankung sterben zu müssen, vor Wiederauftreten oder Voranschreiten der Erkrankung, aber auch Angst vor dem „Ausgeliefertsein“, vor entstehenden Eingriffen und sozialer Isolation, Angst vor Schmerzen und Leiden. Wird die Angst so stark, dass sie selbst zu einer großen Belastung wird, kann Unterstützung von außen behilflich sein. In Gesprächen und Therapien können Betroffene lernen, mit diesen Ängsten und Gefühlen umzugehen.

Andere Patienten entwickeln im Verlauf ihrer Krebs-Erkrankung eine Depression. Diese sollte keineswegs als „Befindlichkeitsstörung“ abgetan werden, sondern als Erkrankung ernst genommen und behandelt werden. Das kann einerseits durch eine Psychotherapie, zum anderen durch spezielle Medikamente – so genannte Antidepressiva – erfolgen.

Angehörige einbeziehen und unterstützen

Die Sächsische Krebsgesellschaft e.V. unterstützt die Arbeit und die Forschung auf dem Gebiet der psychosozialen Onkologie. Davon profitieren nicht nur die Patienten, sondern auch deren Angehörige. Diese sind oftmals von der Diagnose und den Folgen für die Angehörigen genauso überfordert und hilflos wie der Patient selbst. Auch hier liegt ein Aufgabengebiet des Psychoonkologen, der mit Beratungsgesprächen und Therapien Angehörige unterstützen kann. Ohne Frage: Die Diagnose Krebs ist meist mit vielen Veränderungen im Leben eines Menschen verbunden. Wer jedoch rechtzeitig professionelle Hilfe sucht, kann schweren seelischen Störungen vorbeugen und wertvolle Unterstützung finden, um die anstehenden Belastungen besser zu verkraften, an Lebensqualität gewinnen und so dem Krebs seinen Schrecken nehmen.

Was können Sie selbst tun?

Sie selbst können aktiv werden, um zur Verbesserung ihrer Lebenssituation beizutragen. Hier einige Tipps:

Versuchen Sie die Krebserkrankung als schicksalhaftes Ereignis zu sehen und grübeln Sie nicht zu viel über die „Warum-gerade-ich?“-Frage.

- Versuchen Sie Vertrauen zu den Ärzten und deren Behandlung aufzubauen. Falls Sie Fragen oder Unklarheiten haben, trauen Sie sich, alles für Sie Wichtige zu fragen, machen Sie sich vielleicht einen Stichpunktzettel oder nehmen Sie einen Angehörigen mit zum Gespräch.
- Gehen Sie offen mit Ihrer Erkrankung, Ihren Sorgen und Ängsten um, vor allem innerhalb ihrer Partnerschaft. Im gemeinsamen Austausch trägt sich die Last leichter. Halten Sie ganz bewusst Kontakt zu ihrer Familie und ihren Freunden, das lenkt ab, gibt Ihnen Kraft, unterstützt sie und sie werden feststellen, dass Ihr Leben nicht ausschließlich aus einer Krebserkrankung und deren Behandlung besteht.
- Treiben Sie, soweit es Ihnen möglich ist, Sport, gehen Sie regelmäßig spazieren, genießen Sie die Umwelt und die Natur.
- Ernähren Sie sich gesund: Obst und Gemüse können ihre Abwehrkräfte stärken.
- Wer sich mit Betroffenen austauschen möchte, sollte sich eine Selbsthilfegruppe suchen. Auch hier erfährt man Unterstützung und Hilfe.

Sie werden erkennen, dass das Leben trotz schwieriger Zeiten lebenswert ist.

11.7 Unkonventionelle Heilmethoden

Viele Patienten erhoffen sich aus dem Bereich der Homöopathie, Naturheilkunde oder sonstigen paramedizinischen Bereichen eine Verbesserung der Therapiemöglichkeiten oder sogar eine Heilung der Erkrankung. Sicher ist diese Idee durchaus verständlich und kann in bestimmten Fällen gewinnbringend eingesetzt werden, doch sprechen Sie bitte mit Ihrem behandelnden Arzt über diese zusätzlichen Therapiemaßnahmen. Denn es ist schon vorgekommen, dass sinnvolle Therapien verzögert oder sogar erhebliche Nebenwirkungen verursacht wurden.

In den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe wird vor extremen Diäten (zum Aushungern des Krebses), Vitamin- oder Mineralstoffsupplementationen gewarnt. Die in Deutschland weit verbreitete Misteltherapie hat zudem bisher in Studien keinerlei Nachweis zur Wirksamkeit erbracht.

12. Mögliche Komplikationen und Spätfolgen einer Therapie

Die Operation bei einem Ovarialkarzinom kann zum Teil sehr belastend für die Patientin sein. Häufig handelt es sich um sehr lange Eingriffe. Zudem werden teils große Tumormassen oder reichlich Aszites entfernt, was sich auf den Kreislauf auswirken kann.

In der Regel werden Patientinnen nach diesen Eingriffen zunächst für mehrere Tage auf einer Intensivstation betreut. Ihnen werden Infusionen zur Aufrechterhaltung des Kreislaufs sowie häufig Blutkonserven verabreicht. Bei allen operativen Eingriffen können Blutungen eine Komplikation darstellen. Da das Ovarialkarzinom mit seinen zum Teil erheblichen Tumormassen häufig über eine eigene intensive Blutversorgung verfügt, ist das Risiko eines erhöhten Blutverlustes nicht zu unterschätzen. Im Vorfeld der Operation wird Ihnen deshalb Blut abgenommen und es werden 2 – 4 Blutkonserven Ihrer Blutgruppe zu Verfügung gestellt, um sie während oder nach der Operation bei Bedarf zu transfundieren.

Etwa 10% der Patientinnen haben Fieber nach einer großen Operation, dies muss nicht immer durch eine Infektion mit Bakterien verursacht sein, sondern kann auch an den Heilungsvorgängen im Körper liegen. Jedoch können auch Wundinfektionen auftreten, die eine Therapie mit Antibiotika notwendig machen. Thrombosen und Embolien (4%) zählen ebenfalls zu den so genannten allgemeinen Operationsrisiken, das heißt sie können nach jeder Operation auftreten. Prophylaktisch erhalten sie deshalb Anti-Thrombose-Strümpfe und blutverdünnende Medikamente im Verlauf der stationären Betreuung.

Postoperative Schmerzen können mittels Schmerztabletten, -infusionen oder aber mithilfe eines Pumpensystems, bei welchem sich der Patient die Schmerzmedikamente selbst verabreicht, z.B. über einen Venenkatheter oder über einen periduralen (rückenmarksnahen) Katheter, therapiert werden.

Es kann in bis zu 10% zu Problemen mit der Verdauung kommen, die mit einem Blähbauch, Bauchschmerzen, Durchfall oder keinem Stuhlgang bis hin zu Übelkeit und Erbrechen führen können. Diese Beschwerden sind in der Regel vorübergehend und lassen sich mit Medikamenten für die Anregung der Darmtätigkeit beheben. Sollten das nicht der Fall sein, muss – wenn auch selten – eine Operation erwogen werden, um eine mögliche Einklemmung des Darmes (Darmverschluss) oder eine Darmverletzung auszuschließen oder zu beheben.

Auch die Blase kann zunächst irritiert sein und es kann zu Entleerungsstörungen kommen, die eine Katheterversorgung notwendig machen. Diese Symptome bessern sich meist spontan, können aber auch Wochen und Monate andauern. Wichtig ist es, die Funktion der Nieren zu beachten, da es während der Operation zu einer Verletzung der Harnleiter kommen kann. Um eine Stauung der Nieren auszuschließen, wird nach der Operation eine Ultraschalluntersuchung und ggf. eine Röntgenuntersuchung der Nieren durchgeführt, um frühzeitig eine Veränderung zu entdecken.

Weitere Folgen der Operation können Verwachsungen im Operationsbereich sein, die beim Geschlechtsverkehr, beim Stuhlgang oder beim Wasserlassen unangenehme Empfindungen oder Schmerzen verursachen können. Wenn Sie unter solchen Beschwerden leiden: Sprechen Sie mit Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt, damit eventuell Abhilfe geschaffen werden kann!

Selten treten durch die Entfernung der Lymphknoten sogenannte Lymphzysten im Bauchraum auf, diese sollten zunächst beobachtet werden. Führen sie zu Komplikationen, ist eine Behandlung notwendig. Eine infizierte Zyste muss antibiotisch behandelt werden, eine zu große Zyste

mit Druckschmerzen sollte punktiert werden. Beinschwellungen (Lymphödeme) können ebenfalls aufgrund einer Lymphknotenentfernung auftreten. Es sollte zur Verbesserung des Lymphabflusses aus den Beinen eine konsequente physiotherapeutische Entstauungstherapie (Lymphdrainage) erfolgen.

Bei jungen Frauen können durch die Entfernung der Ovarien Hormonmangelsymptome auftreten, wie Hitzewallungen, trockene Schleimhäute v.a. in der Scheide, oder sich ein vorzeitiger Knochensubstanzabbau bemerkbar machen. In diesen Fällen sprechen Sie bitte mit Ihrem behandelnden Gynäkologen, es gibt bei vielen Symptomen die Möglichkeit, Medikamente mit oder auch ohne Hormonzusätze zur Linderung der Beschwerden einzusetzen.

Eine Chemotherapie wird leider auch immer gesunde Zellen, die sich rasch erneuern, in Mitleidenschaft ziehen. Dadurch kommen Nebenwirkungen wie Übelkeit, Erbrechen, Haarausfall, Durchfall oder Verstopfung zustande. Da sich Zellen des Blutes ebenfalls regelmäßig teilen und erneuern, kann es hier zu einer Anämie („Blutarmut“), einer Infektanfälligkeit mit teils schweren Entzündungen (z.B. Blasen- oder Lungenentzündung) und einer Blutungsneigung kommen.

Die allermeisten Nebenwirkungen sind sehr gut behandelbar. Damit kann ein vorzeitiger Therapieabbruch vermieden werden.

Der neue Antikörper (Avastin®), welcher gegen die Neubildung von Gefäßen gerichtet ist, kann zu erheblichen Blutdruckschwankungen und zu einer schlaganfallbegünstigenden Hypertonie führen. Sollte das der Fall sein, muss er eventuell trotz guter Wirksamkeit abgesetzt werden.

13. Die Anschlussheilbehandlung (AHB)

Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus und Beendigung der Primärtherapie wird Ihnen eine Anschlussheilbehandlung angeboten, um den Erholungs- und Genesungsprozess zu beschleunigen. Dafür gibt es speziell eingerichtete Nachsorgekliniken, in denen Sie wieder zu Kräften kommen

können und in denen ganz gezielt auf ihre Situation eingegangen wird. Sie erhalten dort auch Hilfestellung bei der Bewältigung psychischer oder sozialer Probleme. Die AHB ist in der Regel innerhalb von ca. zwei Wochen anzutreten.

Alternativ kann auch zusätzlich eine so genannte Regelheilbehandlung innerhalb der ersten zwei Jahre über die gesetzliche Renten- oder Krankenversicherung beantragt und genehmigt werden. Hilfestellung beim Ausfüllen der Anträge erhalten Sie bei den Sozialdiensten des behandelnden Krankenhauses, über den behandelnden niedergelassenen Facharzt bzw. bei Tumorberatungsstellen.

14. Die Tumornachsorge

Nachdem die medizinische Behandlung der Tumorerkrankung abgeschlossen ist, beginnt die Zeit, die als „Nachsorge“ bezeichnet wird. Die Nachsorge hat zur Aufgabe:

- ein Wiederauftreten der Krebskrankheit rechtzeitig zu erkennen und zu behandeln;
- Begleiterkrankungen festzustellen, zu behandeln und gegebenenfalls zu lindern;
- der Patientin bei körperlichen, seelischen und sozialen Problemen behilflich zu sein.

Art und Intervalle der Nachsorgeuntersuchungen beim Ovarialkarzinom sind abhängig von der Primärtherapie, den Sekundärfolgen und Prognosefaktoren der Erkrankung. Bei symptomfreien Patientinnen finden sie in den ersten drei Jahren in der Regel alle drei Monate, ab dem 4. Jahr alle sechs Monate und nach mehr als sechs Jahren einmal jährlich statt.

Bitte denken Sie daran, die vereinbarten Termine wahrzunehmen! Bei unklaren Beschwerden wenden Sie sich bitte jederzeit an Ihren behandelnden Arzt.

Die regelmäßige Kontrolle gibt Ihnen die Sicherheit, dass gegen eine erneute Tumorbildung, aber auch gegen mögliche Begleit- und Folgeerkrankungen schnell eingeschritten werden kann.

Frauen, die an Eierstockkrebs erkrankt waren, haben z. B. auch ein höheres Risiko, Darm- oder Brustkrebs zu bekommen! Deshalb sollte eine monatliche Selbstuntersuchung der Brust durchgeführt und die Teilnahme am Brustkrebscreening (Mammographie) wahrgenommen werden.

Auch Art und Umfang der Nachsorgeuntersuchungen stimmt die Ärztin bzw. der Arzt auf die individuelle Situation ab. Es wird dabei vor allem berücksichtigt, wie weit der Tumor zum Zeitpunkt der Diagnose bereits fortgeschritten war, welche Tumorart vorlag und welche Behandlung durchgeführt wurde. Im Mittelpunkt der Nachsorgeuntersuchungen stehen immer das Gespräch mit der Patientin, Fragen nach dem bisherigen Verlauf der Erkrankung und nach dem körperlichen Befinden (Anamnese).

Die wichtigsten Nachsorgeuntersuchungen:

- die umfassende körperliche Untersuchung (inklusive gynäkologische Tast- und Spekulumuntersuchung, rektale Untersuchung, vaginaler Ultraschall)
- Routinemäßige Bestimmung von bestimmten Tumormarkern bei symptomfreien Patientinnen sollte nur bei Keimzell- und Keimstrangtumoren erfolgen.
- Weiterführende Untersuchungen, wie CT, MRT oder Darmspiegelung, sind nur bei Patientinnen mit Symptomen erforderlich.

Die Nachsorge soll außerdem helfen, die Krankheit zu verarbeiten und die vielfältigen Probleme, die im Zusammenhang mit einer Tumorerkrankung auftreten, zu bewältigen. Spätfolgen oder Nebenwirkungen von stattgehabten oder noch laufenden Therapien sollten ebenfalls in der Nachsorge angesprochen und bei Bedarf behandelt werden.

15. Leben mit Krebs – Tumorberatungsstellen in Sachsen

Für manche Patientinnen ist es darüber hinaus hilfreich, sich über einen gewissen Zeitraum Unterstützung bei einer Beratungsstelle zu holen. Psychosoziale Beratungsstellen gibt es in vielen Städten und Gemeinden. Sie bieten Krebspatientinnen und ihren Angehörigen Information und Rat zu Nachsorge, Kur- und Rentenangelegenheiten. Auch der Kontakt zu ebenfalls Betroffenen, zum Beispiel in einer Selbsthilfegruppe, kann eine große Hilfe sein, da diese Menschen die Probleme aus eigener Erfahrung kennen und mit Rat und Tat helfen können.

Sachsenweite telefonische psychosoziale Beratung durch die Sächsische Krebsgesellschaft

Schlobigplatz 23, 08056 Zwickau
Tel: 0375 – 281405

Beratungszeiten:

Montag bis Freitag 08:00 Uhr bis 16:00 Uhr

Beratung außerhalb der Öffnungszeiten:

Dienstag/Donnerstag 16:00 Uhr bis 19:00 Uhr

Samstag 09:00 Uhr bis 12:00 Uhr

Landkreis Bautzen

Tumorberatung Bautzen

Bahnhofstraße 5

02625 Bautzen

Ansprechpartner: Frau Kreher

03591- 525 153 110

hannelore.kreher@lra-bautzen.de

Tumorberatung Hoyerswerda

Schloßplatz 2

02977 Hoyerswerda

Ansprechpartner: Frau Kreher

03591- 525 153 110

hannelore.kreher@lra-bautzen.de

Tumorberatung Kamenz

Gesundheitsamt
Macherstr. 55
01917 Kamenz
Ansprechpartner: Frau Vogel
03578 7871-53107
simona.vogel@lra-bautzen.de

Tumorberatung Radeberg

Gesundheitsamt
Heidestraße 5
01454 Radeberg
Ansprechpartner: Frau Vogel
03578 7871-53107
simona.vogel@lra-bautzen.de

Chemnitz

Tumorberatung Chemnitz

Gesundheitsamt
Am Rathaus 8
09111 Chemnitz
Ansprechpartner: Frau Koch, Frau Trommer
0371 488-53 85 oder -53 83
gesundheitsamt@stadt-chemnitz.de

Dresden

Psychosoziale Beratungsstelle der Sächsischen Krebsgesellschaft

Dr.-Friedrich-Wolf-Str. 2
01097 Dresden
0351 279 597 01
info@skg-ev.de

Psychosoziale Beratungsstelle am Tumorzentrum Dresden e.V.

Löscherstraße 18
01309 Dresden
Ansprechpartner: Frau Kranz
0351 317 73 04
kranz@tumorzentrum-dresden.de

Psychosoziale Beratungsstelle im Gesundheitsamt

Braunsdorfer Str. 13

01159 Dresden

Ansprechpartner: Frau Hübner, Frau Börner

0351 42 40 330

uhuebner@dresden.de

jboerner1@dresden.de

Erzgebirgskreis

Tumorberatung Annaberg

Klosterstraße 7

09456 Annaberg-Buchholz

Ansprechpartner: Frau Richter

03733 831 3224

gabriele.richter@kreis-erz.de

Tumorberatung Aue

Gesundheitsamt

Wettiner Straße 61

08280 Aue

Ansprechpartner: Frau Becher, Frau Baumann

03771 277-3332 oder -3333

regina.becher@kreis-erz.de

gabi.baumann@kreis-erz.de

Tumorberatung Stollberg

Gesundheitsamt

Dorfstraße 13

09366 Niederdorf

Ansprechpartner: Frau Deutschendorf, Frau Müller

03796 591-3208 und 591-3245

a.deutschendorf@kreis-erz.de

m.mueller@kreis-erz.de

Landkreis Görlitz

Psychosoziale Beratungsstelle für Tumorerkrankte und Angehörige

Reichertstraße 112

02826 Görlitz

Ansprechpartner: Frau Richter

03581 663 2722

angela.richter@kreis-gr.de

Leipzig

Psychosoziale Beratungsstelle der Uni Leipzig

Philipp-Rosenthal-Str. 55
04103 Leipzig
Ansprechpartner: Frau Liebing
0341 97 15 407
krebsberatung@medizin.uni-leipzig.de

Haus Leben Leipzig

Friesenstr. 8
04177 Leipzig
0341 444 23 16
hausleben-leipzig@sanktgeorg.de

Tumorberatungsstelle des Klinikums St. Georg gGmbH

Haus 8 (Wartebereich Strahlentherapie)
Delitzscher Str. 141
04129 Leipzig
Ansprechpartner: Frau Mimus
0341 909-2850
tumorberatung@sanktgeorg.de

Landkreis Leipzig

Tumorberatung Borna

Stauffenbergstr. 4
04552 Borna
Ansprechpartner: Frau Severin
03433 241 24 66
kathrin.severin@lk-l.de

Tumorberatung Grimma

Gesundheitsamt
Leipziger Str. 42
04668 Grimma
Ansprechpartner: Frau Worm
03437 984 24 13
marina.worm@lk-l.de

Landkreis Meißen

Tumorberatung Großenhain

Hermannstr. 30-34
01558 Großenhain
Ansprechpartner: Frau Groß
03525 165 36
gabriele.gross@kreis-meissen.de

Tumorberatung Meißen

Gesundheitsamt
Dresdner Str. 25
01662 Meißen
Ansprechpartner: Frau Seifert
03521 725 3444
bettina.seifert@kreis-meissen.de

Tumorberatung Riesa

Heinrich-Heine-Str. 1
01587 Riesa
Ansprechpartner: Frau Groß
03525 165 36
gabriele.gross@kreis-meissen.de

Landkreis Mittelsachsen

Tumorberatung Döbeln

Mastener Str. 5
04720 Döbeln
Ansprechpartner: Frau Scharf
03431 742 102
ilka.scharf@landkreis-mittelsachsen.de

Tumorberatung Freiberg

Fraensteiner Str. 43
09599 Freiberg
Ansprechpartner: Frau Richter
03731 799 38 34
cornelia.richter@landkreis-mittelsachsen.de

Tumorberatung Mittweida

Mastener Str. 5
04720 Döbeln
Ansprechpartner: Frau Thalheim
03727 950 62 52
birgit.thalheim@landkreis-mittelsachsen.de

Landkreis Nordsachsen

Tumorberatung Delitzsch

Richard-Wagner-Str. 7a
04509 Delitzsch
Ansprechpartner: Frau Nebel
034202 988 6333
konstanze.nebel@lra-nordsachsen.de

Tumorberatung Oschatz

Friedrich-Naumann-Promenade 9
04758 Oschatz
Ansprechpartner: Frau Loerzer
03421 758 6414
margit.loerzer@lra-nordsachsen.de

Tumorberatung Torgau

Südring 17
04860 Torgau
Ansprechpartner: Frau Bößneck
03421 758 6414
anita.boessneck@lra-nordsachsen.de

Landkreis Sächsische Schweiz - Osterzgebirge

Tumorberatung Dippoldiswalde

Weißeritzstraße 7
01744 Dippoldiswalde
Ansprechpartner: Frau Bretschneider
03504 620 24 26
evelyn.bretschneider@landratsamt-pirna.de

Tumorberatung Freital

Hüttenstraße 14

01705 Freital

Ansprechpartner: Frau Bretschneider

0351 648 53 43

evelyn.bretschneider@landratsamt-pirna.de

Tumorberatung Pirna

Ernst-Thälmann-Platz 1

01796 Pirna

Ansprechpartner: Frau Hyronimus

03501 515 826

anja.hyronimus@landratsamt-pirna.de

*Vogtlandkreis***Tumorberatung Auerbach**

Gesundheitsamt

Siegelplatz 4

08209 Auerbach

Ansprechpartner: Frau Riedel

03744 254 3497

elke.riedel@vogtlandkreis.de

Tumorberatung Plauen

Gesundheitsamt

Unterer Graben 1

08523 Plauen

Ansprechpartner: Frau Riedel

03741 392 3557

elke.riedel@vogtlandkreis.de

Tumorberatung Reichenbach

Marienstraße 1

08468 Reichenbach

Ansprechpartner: Frau Brückner

03765 53 35 88

karin.brueckner@vogtlandkreis.de

Landkreis Zwickau

**Beratungsstelle Glauchau der Sächsischen
Krebsgesellschaft**

Markt 1
08371 Glauchau
0375 28 14 05

Krebsselbsthilfegruppen in Sachsen

Im Internet finden sich zahlreiche Möglichkeiten, mit Erkrankten in Kontakt zu treten und Rat zu finden.

Frauenselbsthilfe nach Krebs

Adressen von Krebsberatungsstellen der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.
www.frauenselbsthilfe.de

Deutsche Vereinigung der Stomaträger e.V.

www.ilco.de

Informationsnetz für Krebspatienten und Angehörige

www.inkanet.de

Informationen über Krebserkrankungen

www.krebs-kompass.de

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.

www.krebsgesellschaft.de

Deutsche Krebshilfe

www.krebshilfe.de

Selbsthilfeseite für Frauen mit Genitaltumoren

www.Krebs-bei-Frauen-genitaltumoren.de

Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO)

Information zu aktuellen Studien, Patientenratgeber und Kontakt bei Fragen zum Ovarialkarzinom
www.ago-ovar.de

16. Fachbegriffe in der Krebsmedizin

Abdomen

Bauch, Ober-/Unterleib

Adenokarzinom

→ Karzinom

Anamnese

Krankengeschichte; Erfassung der aktuellen Beschwerden, der Vorerkrankungen und Voroperationen, aber auch der familiären Erkrankungen

Anästhesie

Empfindungslosigkeit, Narkose

Aszites (Bauchwasser)

teils massiv vermehrte, vom Bauchfell produzierte Flüssigkeit (Peritonealflüssigkeit), häufig im Rahmen bösartiger Erkrankungen, Entzündungen etc.

Bauchfell (Peritoneum)

Auskleidung der Bauchhöhle. Es umgibt die meisten inneren Organe (fast vollständig oder anteilig), z. B. Blase, Darm, Magen, Zwerchfell, Leber, Gebärmutter. Produziert die Peritonealflüssigkeit.

benigne

gutartig

Biopsie

Entnahme einer Gewebeprobe mit einem Instrument zur weiteren feingeweblichen Untersuchung

Borderline-Tumor

Tumoren, die sich zwischen gut- und bösartig befinden, häufig niedrig maligne Tumore ohne Invasionsneigungen in umgebendes Gewebe

Chemotherapie

medikamentöse Therapie zur Behandlung von Krebszellen, die die Krebszellen abtötet oder in ihrem Wachstum hemmt

Computertomographie (CT)

Untersuchung, bei der der Körper von einer Röntgenröhre und den zugehörigen Detektoren umkreist wird. Aus den gewonnenen Daten lassen sich anschließend Schnittbilder des menschlichen Körpers herstellen, die ein Abbild des untersuchten Organs zeigen.

Diagnostik

Sammelbegriff für alle Untersuchungen, die durchgeführt werden, um eine Krankheit festzustellen

Endoskopie

„In das Innere sehen“, Spiegelung, Betrachtung von Körperhöhlen oder Hohlorganen

Gestagen

Hormon des weiblichen Eierstocks, Gelbkörperhormon, wichtig z. B. für die Umwandlung der Gebärmutter Schleimhaut oder den Erhalt einer Schwangerschaft

GnRH-Analoga

Hormonpräparate zur Unterdrückung der Eierstocksfunktion

Grading (G)

Kriterium zur Beurteilung der Bösartigkeit von Tumorzellen, Betrachtung des Differenzierungsgrades von Tumorgewebe, d. h. des Grades der Abweichung vom normalen Gewebbild. Das Grading liefert - gemeinsam mit der → TNM-Klassifikation - wichtige Informationen für die Therapie und die Prognose einer Tumorerkrankung

HIPEC

Abk. für hypertherme intraperitoneale Chemotherapie

Histologie

Untersuchung mikroskopischer Gewebsschnitte mittels besonderer Färbetechniken, um eine Beurteilung des Ursprungsgewebes von Tumorzellen oder der Benignität bzw. Malignität (Gut- oder Bösartigkeit) von Geweben zu erhalten

Hormone

Signal- und Botenstoffe des Körpers, die der Regulation der verschiedenen Körperfunktionen dienen. Sie können von hormonbildenden Zellen in das umliegende Gewebe oder in die Blutgefäße abgegeben werden.

Hormontherapie

Behandlung, bei der man das hormonabhängige Wachstum von Tumorzellen ausnutzt, indem durch Arzneimittel entweder die Bildung des entsprechenden Hormons unterbunden oder die Empfangszellen auf den Tumorzellen (Rezeptoren) blockiert werden

Hysterektomie

Gebärmutterentfernung

Immunhistochemie

eine in der Biologie und Medizin verwendete Methode, mit der Proteine oder andere Strukturen mit Hilfe von markierten Antikörpern sichtbar gemacht werden können

invasiv

→ infiltrieren

infiltrieren

eindringen, einsickern, einwandern

intraperitoneal

innerhalb des Bauchraums (genauer des Bauchfells) befindlich

intravenös

Gabe von Arzneimitteln direkt über die Vene

Karzinom

Eine bösartige Geschwulst, welche vom Deckgewebe (Plattenepithelkarzinom) oder vom Drüsengewebe (Adenokarzinom) ausgeht. Hinsichtlich Gewebeaufbau und Wachstum sind viele Formen möglich. Kann in benachbarte Organe eindringen oder sich durch Blutstrom oder Lymphflüssigkeit in andere Körperteile ausbreiten.

Kernspintomographie, Magnetresonanztomographie (MRT)

Bildgebendes Verfahren, welches mittels Magnet- und Radiowellen ein Schnittbild des Körpers erzeugt. Verwendet keine Röntgenstrahlen wie bei der Computertomographie.

Klassifizierung

etwas in Klassen einteilen, einordnen

Lymphknoten

Teil des Immunsystems, linsen- bis bohnen große Strukturen, dienen als „Filterstation“ für die Lymphe (Gewebswasser). Jeder Lymphknoten ist für die Aufnahme und Filtration der Lymphe einer Körperregion zuständig.

maligne

bösartig, krebsartig

Menopause

der Zeitpunkt der letzten Menstruation bei der Frau, der meist um das 50. Lebensjahr (46 – 52) herum eintritt

Menstruation

monatliche Regelblutung

Metastase

Tochtergeschwulst, die durch Absiedlung von lebensfähigen Tumorzellen in anderen Geweben entstehen kann

Östrogen

weibliches Geschlechtshormon, Bildung vorwiegend im Eierstock oder Fettgewebe, wichtig z. B. für Wachstum von Gebärmutter Schleimhaut und Brustdrüse

Ovar (Mehrzahl: Ovarien)

Eierstock, produzieren die weiblichen Geschlechtshormone

Ovarektomie

operative Entfernung der Eierstöcke

palliativ

vom lateinischen *pallium* = der Mantel abgeleitet, bezeichnet therapeutische Maßnahmen, die nicht auf die Heilung

einer Erkrankung, sondern auf die Linderung der durch sie ausgelösten Beschwerden ausgerichtet sind

Peritonealkarzinose

bezeichnet den flächigen Befall des Bauchfells (Peritoneums) mit bösartigen Tumorzellen, in der Regel handelt sich dabei um Metastasen im Bauchraum gelegener Tumoren

physisch

körperlich

platinrefraktäres Rezidiv

beschreibt das erneute Auftreten des Tumors innerhalb der ersten 6 Monate nach der Erstlinien-Chemotherapie, deutet auf eine Platinresistenz des Tumors hin

platinsensibles Rezidiv

beschreibt das erneute Auftreten des Tumors nach mehr als 6 Monaten nach der Erstlinien-Chemotherapie, eine erneute platinhaltige Chemotherapie sollte erwogen werden

Primärtumor

bezeichnet die zuerst entstandene Geschwulst, aus der Metastasen hervorgehen können

Prognose

Heilungsaussicht, Vorhersage des wahrscheinlichen Krankheitsverlaufs

psychisch

seelisch

Radiotherapie (Radiatio)

→ Strahlentherapie

Re-Induktion

Therapie mit einem z. B. in der Erstlinien-Chemotherapie schon einmal verwendeten Medikament

Rektoskopie

eine endoskopische Untersuchung des Rektums (Enddarmes)

Rezidiv

Rückfall, Wiederauftreten einer Krankheit nach ihrer vermeintlichen Abheilung

Serosa

häutiger, glatt-glänzender Überzug aller inneren Organe bzw. Auskleidung der verschiedenen Körperhöhlen (das Bauchfell - Peritoneum, das Brustfell - Pleura, die Herzbeutelumhüllung - Pericard)

Sonographie

Ultraschalluntersuchung

Stadieneinteilung (Staging)

Die Einschätzung des Ausmaßes einer in der Regel malignen Tumorerkrankung. Das Ausmaß wird in erster Linie oft anhand von Größe und Lokalisation beurteilt, allerdings spielen auch weitere Faktoren eine wichtige Rolle, die im Rahmen der TNM-Klassifikation erfasst werden. Die Kenntnis über ein Tumor-“Stadium“ ist entscheidend für die Therapieplanung und die Prognose bei einer Krebserkrankung.

Strahlentherapie (Radiatio)

Die gezielte Bestrahlung mit ionisierenden hochenergetischen Strahlen zu therapeutischen oder palliativen Zwecken bei einer Krebserkrankung.

systemische Therapie

Behandlung von Krebszellen im gesamten Körper

Symptom

Krankheitszeichen

Therapie

Behandlung einer Krankheit

TNM-Klassifikation

Stadieneinteilung bösartiger Tumoren nach ihrer Ausbreitung

T = Größe/Ausdehnung des Primärtumors; N = Lymphknotenbefall, M = Fernmetastasen

Tubus (Mehrzahl: Tuben)

Eileiter

Tumor

Allgemein jede Schwellung oder Raumforderung eines Gewebes, im engeren Sinne eine benigne (gutartige) oder maligne (bösartige) Neubildung von Körpergewebe, die durch eine Fehlregulation des Zellwachstums entsteht. Bösartige Tumoren werden als Krebs bezeichnet.

Uterus

Gebärmutter

Urethra

Harnröhre

Vagina

Scheide

Zystoskopie

→ endoskopische Untersuchung der Harnröhre und der Blase; Blasenspiegelung

Zytostatika

Chemotherapeutika → Chemotherapie



Persönliche Notizen

Bestätigung/Quittung

(Auftragannahme der Bank)

Konto-Nr. des Kontoinhabers

Überweisungsauftrag / Zahlschein

(Name und Sitz des beauftragten Kreditinstituts)

(Bankleitzahl)

Benutzen Sie bitte diesen Vordruck für die Überweisung des Betrages von Ihrem Konto oder zur Bareinzahlung. Den Vordruck bitte nicht beschädigen, knicken, bestempeln oder beschmutzen.

EUR

Betrag

Für
Sächsische Krebs-
gesellschaft e.V.
Schlobigplatz 23
08056 Zwickau

Stempel Ihrer Bank/Sparkasse

Empfänger: Name, Vorname/Firma (max. 27 Stellen)

S Ä C H S . K R E B S G E S E L L S C H A F T

Konto-Nr. des Empfängers

2 5 5 0 6 7 1 0 1

Bankleitzahl

8 7 0 4 0 0 0 0

bei (Kreditinstitut)

C O M M E R Z B A N K Z W I C K A U

EUR

Betrag: Euro, Cent

Kunden-Referenznummer - noch Verwendungszweck, ggf. Name und Anschrift - (nur für Begünstigten)

noch Verwendungszweck (insgesamt max. 2 Zeilen à 27 Stellen)

Kontoinhaber: Name, Vorname/Firma, Ort (max. 27 Stellen, keine Straßen- oder Postfachangaben)

Konto-Nr. des Kontoinhabers

Schreibmaschine: normale Schreibweise!
Handschrift: Blockschrift in GROSSBUCHSTABEN
und dabei Kästchen beachten!

Datum, Unterschrift



SÄCHSISCHE
KREBSGESELLSCHAFT E.V.

Herausgeber und Verleger

Sächsische Krebsgesellschaft e.V.
Schlobigplatz 23
08056 Zwickau

Telefon: 03 75 - 28 14 03
Fax: 03 75 - 28 14 04
E-Mail: info@skg-ev.de
Internet: www.skg-ev.de
Steuer-Nr.: 227/141/02471

ISSN 1869-5728