

„2022 Was gibt es Neues zu Operationen beim Eierstockkrebs



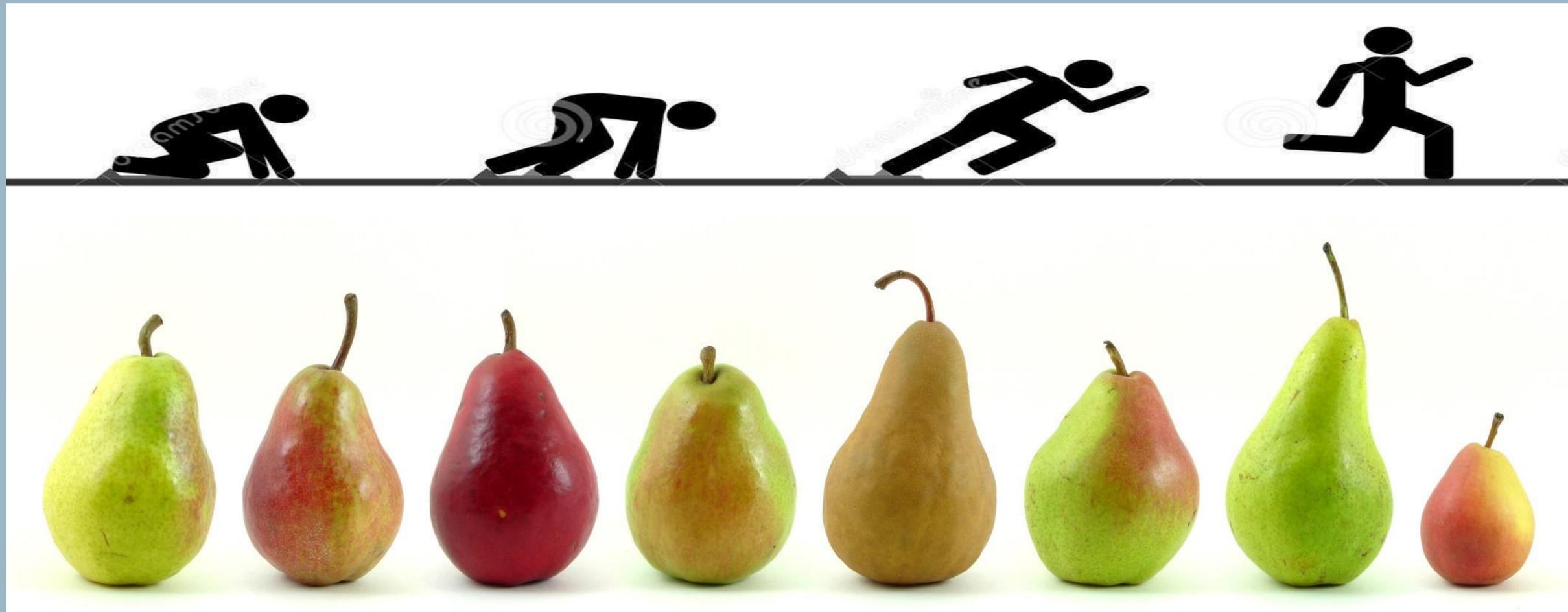
J. Sehouli

Charité Comprehensive Cancer Center
Europäisches Kompetenzzentrum für Eierstockkrebs (EKZE)
Charité Universitätsmedizin Berlin
Deutsche Stiftung Eierstockkrebs

Eine gemeinsame Initiative von



Auf dem (weiteren) Weg zur personalisierten Medizin! „Die Evolution auf Basis von Studien!“



Stadien
I-IVb

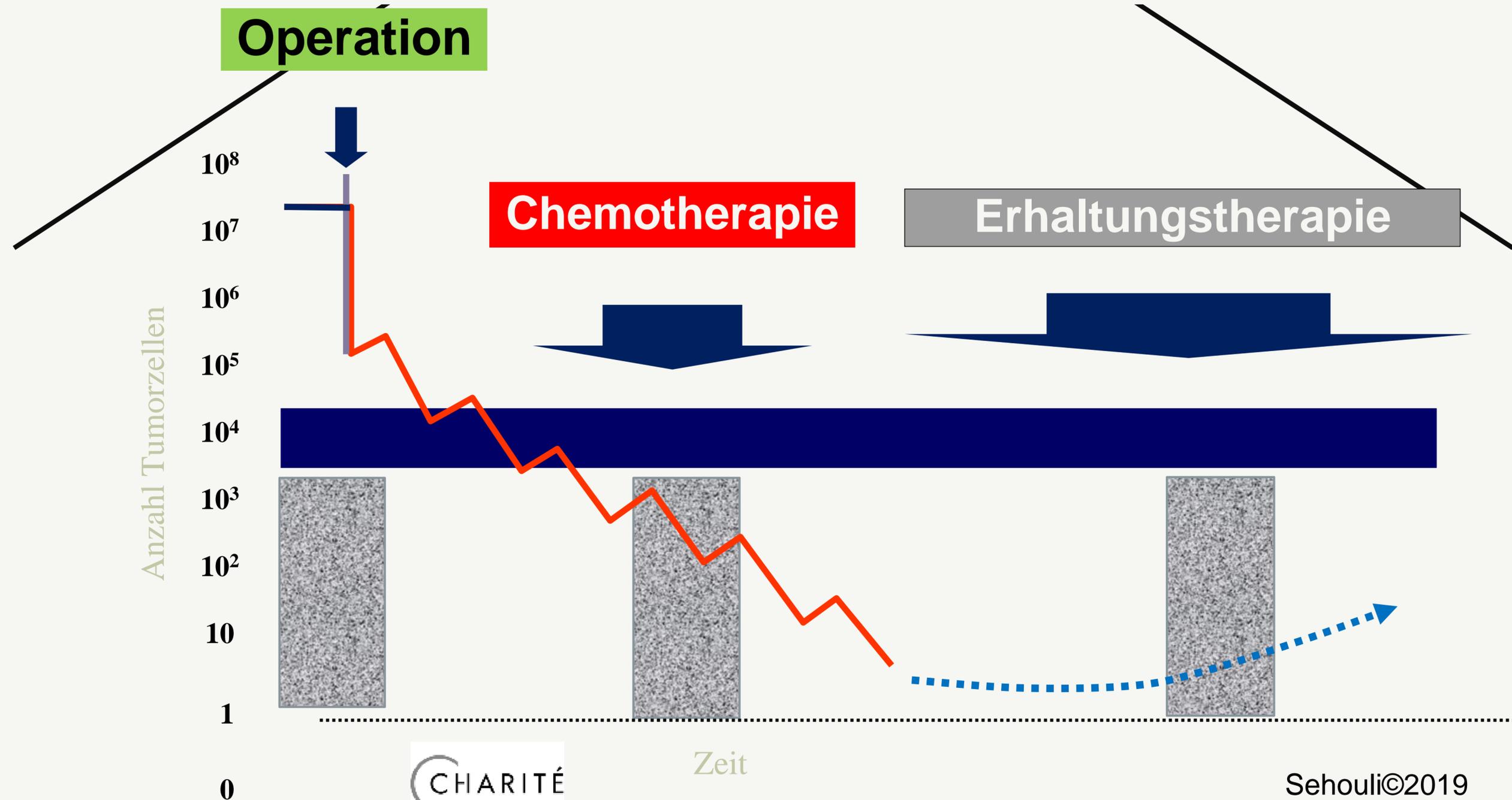
low
grade/high
grade

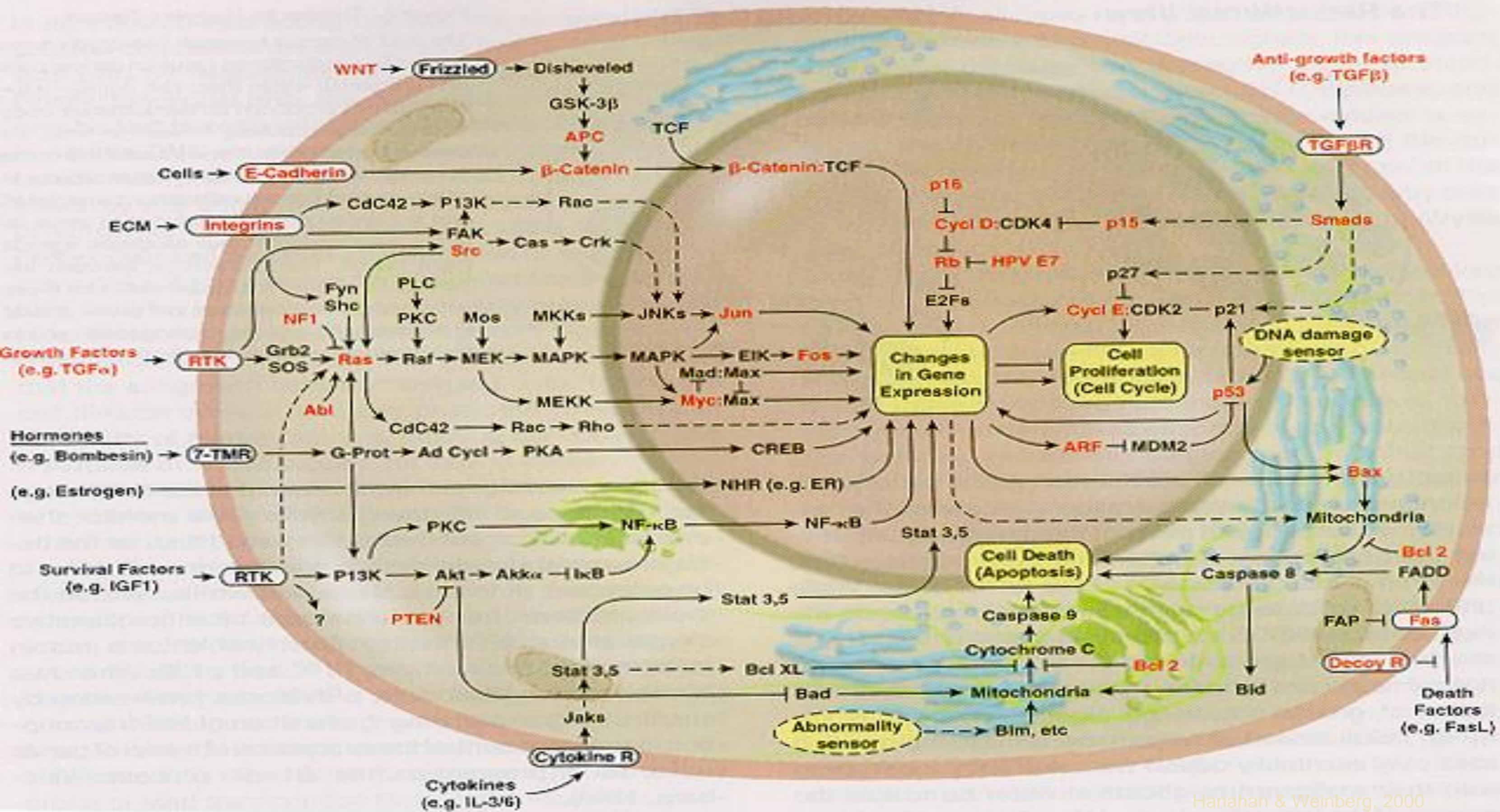
BRCA+

HRD



Das „3-Säulen-Modell“ des Therapiemanagement des primären und rezidivierten Ovarialkarzinoms





Operation

Intervall-OP

Neoadjuvant

Primäroperation

Keine (komplette) Lymphknotenentfernung bei fortgeschrittenen Stadien

ERST-THERAPIE

Paclitaxel/Carboplatin + Bevacizumab

Paclitaxel/Carboplatin + Bevacizumab + Olaparib

Dose dense (weekly)

Intraperitoneale Chemotherapie

Paclitaxel/Carboplatin

Paclitaxel/Carboplatin -Niraparib

REZIDIVTHERAPIE

Carboplatin + Gemcitabine + Bevacizumab

Rucaparib

Carboplatin + Gemcitabine

Trabectedin + peg. liposomal doxorubicin

PARP: Niraparib, Olaparib, Rucaparib

Carboplatin + peg. lip. Doxorubicin +/- Bevacizumab

Operation

Carboplatin + Paclitaxel



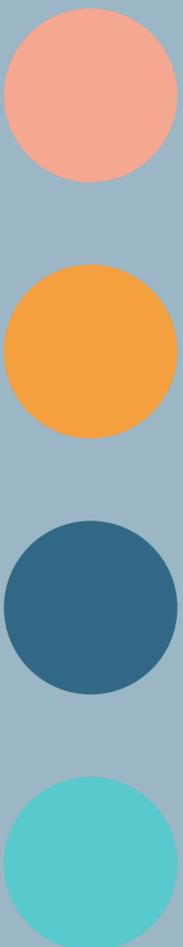
Olaparib

Tamoxifen

Topotecan

Paclitaxel

Peg. liposomal doxorubicin



„Das Operationsresultat ist die wichtigste
Therapiesäule für die Prognose
und dies unabhängig von der
Chemotherapie und zielgerichteter
Anschlusstherapien“

Jalid Sehouli

Zielkriterien:

Jede Massnahme muss ihr Therapieziel erklären (beweisen)!

Diagnostik

Therapie

- Einfluss auf die postoperative Therapie?
 - Symptomverbesserung?
 - Prognoseverbesserung?



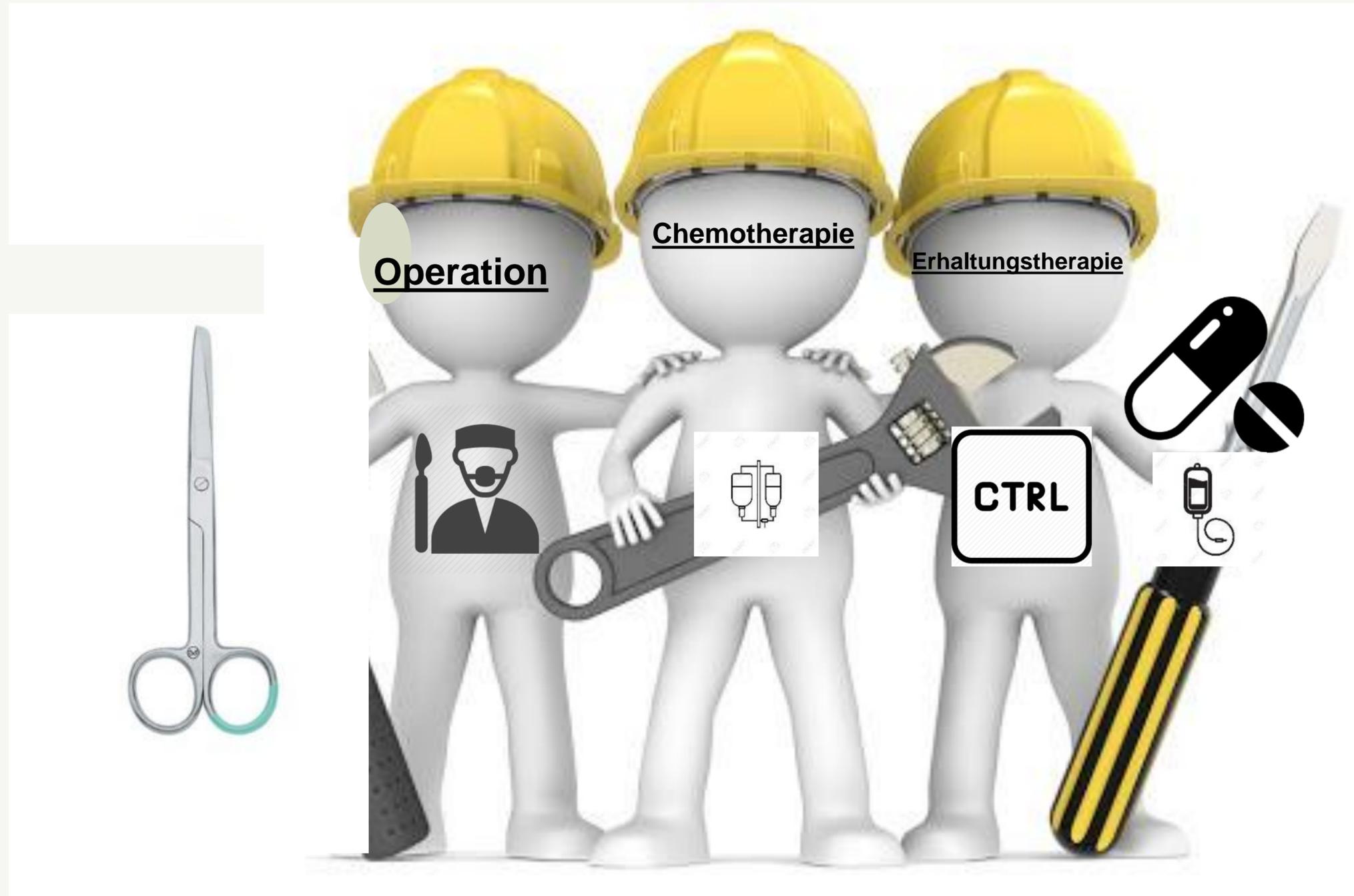
Einsatz von HIPEC

Evidenzbasiertes Statement

Geprüft 2021

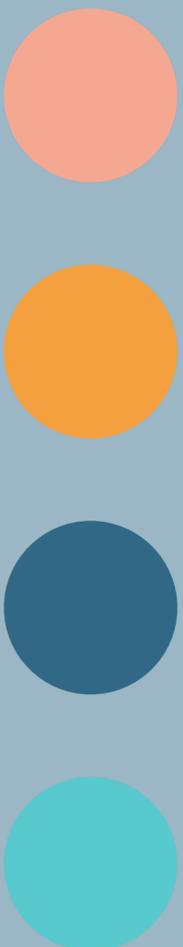
Bisher liegen keine überzeugenden Daten vor, die den Einsatz von HIPEC bei Patientinnen mit Ovarialkarzinom rechtfertigen.

3-Säulen-Therapiekonzept des primären Ovarialkarzinoms





Was sind die Treiber von operativen Komplikationen?



Operative Techniken
Tumorbiologie
Gesundheitsstatus
Nebenerkrankungen
Andere Medikation
Supportiv
Ernährungsstatus
Tumorerkrankung
Tumortherapie
Infrastruktur
Wissen der Patientinnen
Erwartungshaltung

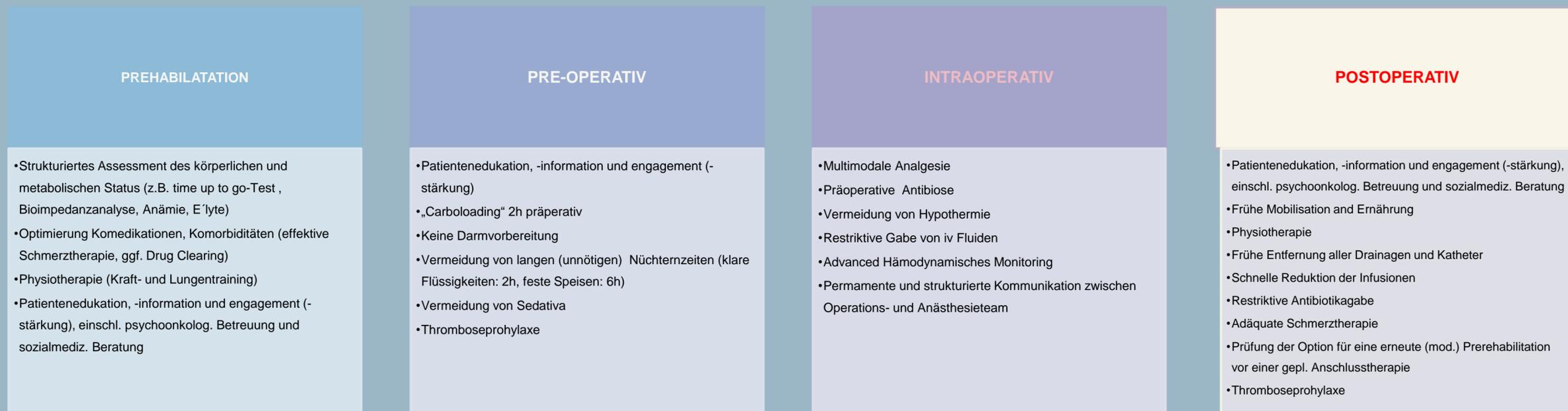
Fragilität (Charité-Studie)

Logistische Regression	Complications (IIB-V)
Age	p=0.34, OR 1.01 (95% CI 0.98-1.03)
Age>70	p=0.25, OR 1.51 (95% CI 0.73-3.11)
Barthel-Index <100	p=0.003, OR 3.62 (95% CI 1.55-8.43)
IADL	p=0.03 OR 0.58 (95%CI 0.35-0.956)
ASA	p<0.0001, OR 2.98 (95% CI 1.65-5.38)
Charlson Comorbidity	P=0.015, OR 2.33 (95% CI 1.18-4.61
Polypharmacy	p<0.001, OR 3.40 (95% CI 1.63-7.10)
Albumin<3.5 g/dl	p<0.009, OR 3.22 (95% CI 1.33-7.79)
Potassium < 3.6 mmol/L	p<0.007, OR 5.11 (95% CI 1.55-16.81)
BMI>30 kg/m ²	p<0.001, OR 4.99 (95% CI 2.00-12.43)
Nutritional Risk Score >2	P=0.04 OR 1,51 (95%CI 1.01-2.26)

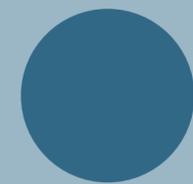
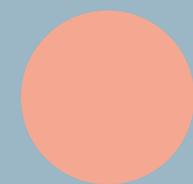


ERAS4+ Elements

Der Charité Berlin – KEM ESSEN 4 Elements-Algorithmus (ERAS 4+)



mod. nach: 2020 Feb;301(2):315-326/ Epub 2019 Oct 15.



Präoperative Darmvorbereitung

Empfehlung

- **Routinemäßige mechanische Darmvorbereitung soll vermieden werden**
- **kann bei geplanter Darmresektion in Erwägung gezogen werden, aber NUR in Kombination mit oraler Antibiose**
- **es gibt keinen Vorteil von der ausschließlichen Anwendung mechanischer Darmvorbereitung auf postoperative Morbidität (Infektionen, Wundinfektionen, Anastomoseninsuffizienzen)**

Volumen- therapie

Vertrocknet

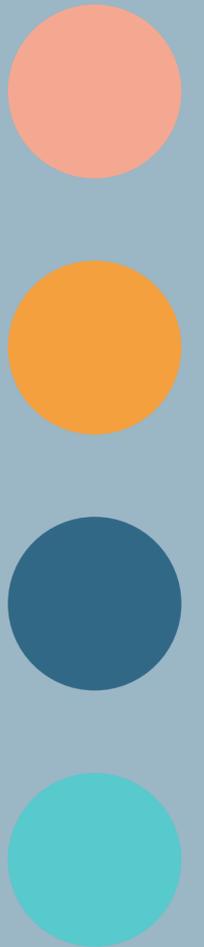


Restriktiv

Liberal



Ertrunken



GUIDELINES

Perioperative fasting in adults and children: guidelines from the European Society of Anaesthesiology

Ian Smith, Peter Kranke, Isabelle Murat, Andrew Smith, Geraldine O'Sullivan, Eldar Søreide, Claudia Spies and Bas in't Veld

Eur J Anaesthesiol 2011;28:556–569

What is similar to previous guidelines?

The ESA guidelines endorse a 2-h fasting interval for clear fluids and a 6-h interval for solids.

- are recent and include several studies published since previous guidelines;
- increase the emphasis on encouraging patients not to avoid fluids for any longer than is necessary;
- offer practical, pragmatic advice on chewing gum, smoking and drinks containing milk;
- consider the safety and possible benefits of preoperative carbohydrates;
- offer advice on the postoperative resumption of oral intake.

- **Nüchternheit von nur 2 Stunden für klare Flüssigkeiten und von nur 6 Stunden für feste Nahrung**
- **Empfehlung zur Gabe von präoperativen Kohlenhydrat-Getränken**

Frühe Mobilisation

Physiotherapie sollte Teil der routinemäßigen perioperativen Versorgung sein
Frühe Mobilisation, am Abend nach der OP oder 1. post-OP Tag ist empfohlen

Positive Effekte früher Mobilisation:
Reduzierter Schmerz, Darmverschluss
Thrombose
Atemkomplikationen
Lymphödem
Lebensqualität, positive psychologische Effekte
Erhöhung der Autonomie



Steps of postoperative mobilization



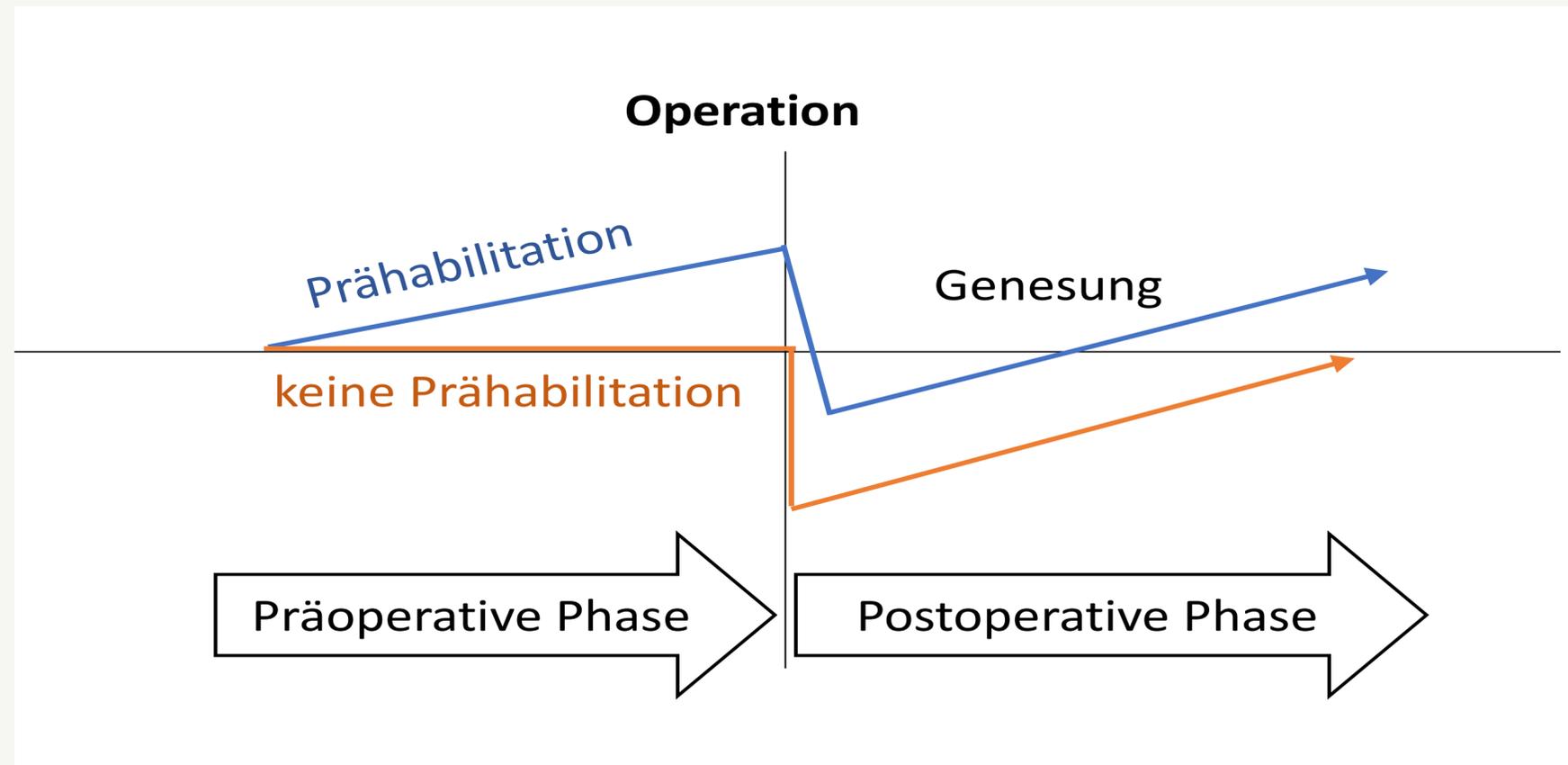
©Kathi Ranefeld

1. An der Bettkante sitzen, 6. Mobilisation auf dem
Atemtraining Flur

2. In den Stand mobilisieren und 7. Treppensteigen

8. Draußen spazieren

Prähabilitation



Ziele

- Proaktive Stärkung der Resilienz
- Ausgangs-Gesundheitszustand verbessern
- Schnellere postoperative Genesung
- Weniger postoperative Komplikationen

البرنامج
طب الأورام



دليل المريضات
سرطان المبيض

AWMF Deutsche Krebshilfe DKG

Leitlinienprogramm
Onkologie



Eierstockkrebs
Ein Ratgeber für Patientinnen
(April 2018)

Patientinnenleitlinie

DKG Deutsche Krebshilfe AWMF

Leitlinienprogramm
Onkologie



Yumurtalık Kanseri
Hastalar İçin Rehber Kitapçık
(Şubat 2018)

Hasta Rehberi

DKG Deutsche Krebshilfe AWMF

Selbst zu Fuß

„Einnehmen einer aktiveren Rolle, gefällt mir gut“

„Wenn möglich, würde ich es wieder machen“

„Hatte früher Alpträume von den Lichtern an der Decke. Viel besseres Erlebnis, als im Bett gefahren zu werden. Fühlte mich nicht so ausgeliefert.“



„Bisschen Ablenkung beim Laufen mit Pflegefachperson tat gut. Gut, dass die Strecke so gut war.“

„Fühle mich weniger ausgeliefert, habe mehr Kontrolle“

„Begegne dem Personal auf Augenhöhe“

Die wichtigsten und neuesten Fakten zur Operation bei Eierstock-, Eieliter- und Bauchfellkrebs

- Die primäre Operation (ohne Vorbehandlung mit Chemotherapie) mit dem Ziel der kompletten Tumorentfernung ist der Standard und bietet die beste Prognose!
 - Die Operation sollte in ausgewiesenen Gynäkologischen Krebszentren erfolgen
 - Bei Nachweis von Tumoren außerhalb des Beckens und unauffälligen Lymphknoten sollte keine Entfernung der Lymphknoten erfolgen!
 - Die Operation sollte stets in ein gesamt-gynonkologisches Konzept mit Einsatz zielgerichteter Krebstherapien eingebettet sein!
- Bei Wiederauftreten der Krebserkrankung (Rezidiv) sollte auch eine Operationsmöglichkeit durch ein ausgewiesenes gynäkologisches Krebszentrum evaluiert werden.
 - Nutzen Sie die Möglichkeiten der Prärehabilitation (BERLIN-ESSEN-KONZEPT)