

Gynäkologischer Malignome

Im Vordergrund der Nachsorge steht stets die individuelle Ausrichtung mit einem informativen Gespräch, ausführlicher Anamnese und einer klinischen und symptomorientierten Untersuchung. Klinische Hinweise und Symptome erfordern zusätzlicher apparativer Diagnostik und laborchemischen Untersuchungen.

Handlungsmaxime sind:

- Verbesserung der Heilungschancen durch Früherkennung eines Frührezidivs (lokales, regionäres Rezidiv)
- Lebensverlängerung durch Erkennen einer Metastase (kurativer Ansatz)
- Erhaltung der Lebensqualität bzw. Lebensverbesserung durch Linderung der Symptome (palliativer Ansatz)
- Diagnose und Therapie postoperativer, radiogener, chemo-endokriner Nebenwirkungen
- Sexualität und Partnerbetreuung.

Der Nutzen einer strukturierten Nachsorge in Bezug auf eine Reduktion der krankheitsbedingten Mortalität ist nicht sicher erwiesen. Die Nachsorgeuntersuchungen sollten in den ersten drei Jahren vierteljährlich erfolgen, im vierten und fünften Jahr halbjährlich und danach jährlich stattfinden.

Vulva und Vaginalkarzinom

Nachsorge Untersuchungen nach abgeschlossener lokaler Therapie sollte	1. bis 3. Jahr	4. bis 5. Jahr	nach den 6. Jahr
klinische und sonographische Untersuchung, ggf. Koloskopie	Vierteljährliche Intervalle	Halbjährliche Intervalle	Jährliche Intervalle
Mammografie	Alle 2 Jahre		
Apparative Diagnostik (Röntgen, CT, MRT, Knochenszintigramm, PET)	Eine intensivierete apparative Diagnostik ist bei fehlenden klinischen Symptomen nicht indiziert.		
Labortechnische Diagnostik	Eine intensivierete Labordiagnostik (Tumormarker, Serumbiochemie) ist bei fehlenden klinischen Symptomen nicht indiziert. Wenn Tumormarker bestimmt werden, dann sollte CEA und SCC bestimmt werden.		

Literatur:

Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Vulvakarzinoms und seine Vorstufen; AWMF-Registernummer 032/042, S2k, Oktober 2018

Interdisziplinäre Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Vaginalkarzinoms; AWMF-Registernummer 032/042, S2k, Oktober 2018