

# VulvaKarzinom-Hilfe zur Selbsthilfe

## Kurzinformation

zum Vulvakarzinom

Vulvakrebs und Vulvakarzinom sind seltene bösartige Tumorerkrankungen des äußeren Genitale der Frau. Während der Begriff **Vulvakrebs** alle bösartigen Tumore der Vulva umfasst, bezeichnet das **Vulvakarzinom** nur diejenigen bösartigen Tumore der Vulva, die epithelialen Ursprungs sind, sich also aus Deck- und Drüsengewebe wie beispielsweise der Haut entwickeln. Über 90% der Vulvatumoren sind Plattenepithelkarzinome aus der obersten Haut- oder Schleimhautschicht. Die restlichen knapp 10% gehen vom Bindegewebe der Vulva aus (Basalzellkarzinome, Adenokarzinome, Melanome, Sarkome und Karzinome der Bartholinischen Drüsen) und zählen nicht zu den Vulvakarzinomen, fallen aber wohl unter den übergeordneten Begriff Vulvakrebs.

Plattenepithelien werden in einschichtige und mehrschichtige Plattenepithel unterteilt, die verhornend und/oder unverhornend (z.B. bei der Vulva) sein können. Es handelt sich um ein- oder mehrschichtige Zellschichten, die fast alle inneren und äußeren Körperoberflächen bedecken. Beim mehrschichtigen Plattenepithel liegen viele (mehr als zehn) Zellschichten übereinander. Es ist überall dort zu finden, wo die Oberfläche stärker beansprucht wird. In Regionen, die ständig befeuchtet sind, bleibt das mehrschichtige Plattenepithel unverhornt, wo es der Luft ausgesetzt ist, verhornt es.

Das Plattenepithelkarzinom entwickelt sich auf dem mehrschichtigen Plattenepithel, dabei kommt es zunächst zu Verhornungsstörungen, Zellveränderungen und dann zum Karzinom, das tiefer in das umliegende Gewebe eindringt.

Vulvakarzinome machen ca. 5 % der Genitalkarzinome der Frau aus. In Deutschland erkranken pro Jahr etwa 3.800 bis 4.900 Frauen daran. Betroffen sind meist die Innenseiten der großen Schamlippen und die kleinen Schamlippen oder die Klitorisregion. Oft sind die Patientinnen älter als 60 Jahre. Die Häufigkeit der Erkrankung steigt von 0,4% bei 30- bis 40-jährigen auf 20% bei über 70-jährigen Frauen.

### Wichtig für Patientinnen vor der OP ist die

- umfassende Aufklärung über operative Möglichkeiten, unter anderem der Laser-vaporisation (Verdampfung mittels Laser) bei Vorstufen/der VIN und die plastische Rekonstruktion der Vulva – sollte sie erforderlich sein - im Anschluss an die Tumorentfernung;
- operative Behandlung nach neuesten Leitlinien bzw. aktuellem Erkenntnisstand;
- umfassende Aufklärung der Frauen VOR der Tumorentfernung, insbesondere einer Vulvektomie, über deren Folgen für Körper und Psyche;
- psychoonkologische Betreuung ab dem Zeitpunkt der Diagnose.

### FIGO Klassifikation der Tumorstadien:

Die FIGO-Klassifikation ist ein von der Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (franz. für Internationale Vereinigung für Gynäkologie und Geburtskunde) vorgeschlagenes System zur Einteilung gynäkologischer Tumore (Kurzform FIGO). FIGO fasst Primärtumor (**T**), Lymphknoten (**N**) und Fernmetastasen (**M**) zu vier Gruppen zusammen, die **Stadien I – IV**.

# VulvaKarzinom-Hilfe zur Selbsthilfe

## FIGO Klassifikation – Vulvakarzinom

(Übersetzung der VulvaKarzinom-SHG e.V.)

<b>Stadium I</b>		Tumor auf die Vulva begrenzt
	I a	Tumordurchmesser ≤ 2cm, auf Vulva oder Perineum begrenzt, Stromainvasion ≤ 1,0 mm, keine Lymphknotenmetastasen
	I b	Tumordurchmesser > 2cm, auf Vulva oder Perineum begrenzt, Stromainvasion > 1 mm, keine Lymphknotenmetastasen
<b>Stadium II</b>		Tumor jeglicher Größe mit Ausdehnung auf angrenzende perinealer Strukturen (distales 1/3 der Urethra, distales 1/3 der Vagina, Anus), keine Lymphknotenmetastasen
<b>Stadium III</b>		Tumor jeglicher Größe mit oder ohne Befall angrenzender perinealer Strukturen (distales 1/3 der Urethra, distales 1/3 der Vagina, Anus) mit positiven inguino-femorale Lymphknoten
	III a	(i) eine Lymphknotenmetastase (≥5 mm), oder
		(ii) 1-2 Lymphknotenmetastase/n (<5 mm)
	III b	(i) ≥ 2 Lymphknotenmetastasen ≥5 mm, oder
		(ii) ≥ 3 Lymphknotenmetastasen <5 mm
	III c	positive Lymphknoten mit extrakapsulärer Ausbreitung
<b>Stadium IV</b>		
IV a		Tumor mit Infiltration von:
	(i)	Oberen 2/3 der Urethra und/oder oberen 2/3 der Vagina), Schleimhautbefall von Harnblase, Rektum bzw. Fixation des Tumors an die Beckenknochen
	(ii)	Fixierte oder ulzerierte inguino-femorale Lymphknoten
IV b		Fernmetastasen einschließlich Befall der pelvinalen Lymphknoten

2

## Befunde verstehen

### Tumorklassifikation nach TNM(R)

Die Stadien einer Tumorerkrankung werden nach folgenden Systemen eingeteilt.

**TNM** – allgemeine Tumorklassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Die TNM-Klassifikation ist ein weltweit anerkanntes und verwendetes System zur Beschreibung und Einteilung des Stadiums von Krebserkrankungen.

Die Abkürzungen/Einteilungen bestehen aus den Buchstaben **T**, **N** und **M** sowie ihnen zugeordneten Zahlen.

**T** steht für den Primär-Tumor, dessen Ausdehnung mit den Zahlen 0 bis 4 beschrieben wird. Dabei ist die Zahl umso höher, je größer die Ausdehnung des Tumors ist.

**N** gibt an, ob und in welchem Ausmaß Lymphknoten (Nodes) in der Umgebung des Tumors befallen sind (von 0> kein Befall, bis 3> starker Befall).

# VulvaKarzinom-Hilfe zur Selbsthilfe

**M** gibt an, ob sich Metastasen, also Tochtergeschwülste außerhalb der abführenden Lymphknoten, gebildet haben. Sind keine Metastasen vorhanden, steht hinter dem "M" die Zahl 0, ansonsten die Zahl 1.

**(R)** Abkürzung für Residual (residuus= zurückbleibend/Rest).

## R-Klassifikation

Das Fehlen oder Vorhandensein von Residualtumor nach Operation wird durch die **R-Klassifikation** beschrieben

**RX** Das Vorhandensein von Residualtumor kann nicht beurteilt werden

**R0** Kein Residualtumor

**R1** Mikroskopischer Residualtumor

**R2** Makroskopischer Residualtumor

**Mikroskopisch** bedeutet: Mit Hilfe einer Vergrößerungsoptik (z.B. Mikroskop) sichtbar.

**Makroskopisch** bedeutet: Mit dem bloßen Auge sichtbar.

**Residualtumor** bedeutet: Resttumor vorhanden.

## TNM Stadien

**T Primärtumor**

**TX** Primärtumor kann nicht beurteilt werden

**T0** Kein Anhalt für Primärtumor

**Tis** Carcinoma in situ intraepitheliale Neoplasie Grad III (VIN)

**T1** Tumor begrenzt auf Vulva oder Vulva und Perineum

**T1a** ≤ 2 cm mit Stromainvasion ≤ 1.0 mm

**T1b** > 2 cm oder Stromainvasion > 1.0 mm

**T2** Tumor infiltriert untere Urethra, Vagina und/oder Anus

**T3** Tumor infiltriert Schleimhaut der Harnblase oder des Rektums oder der oberen Teile der Urethra oder Tumor ist an Beckenknochen fixiert

**N Regionäre Lymphknoten (Leistenlymphknoten)**

**NX** Regionäre Lymphknoten können nicht beurteilt werden

**N0** Keine regionären Lymphknotenmetastasen

**N1a** Ein oder zwei Lymphknotenmetastasen < 5 mm

**N1b** Eine Lymphknotenmetastase ≥ 5 mm

**N2** Regionäre Lymphknotenmetastasen mit folgenden Eigenschaften:

**N2a** 3 oder mehr Lymphknotenmetastasen < 5 mm

**N2b** 2 oder mehr Lymphknotenmetastasen ≥ 5 mm

**N2c** Kapselübergreifende Ausbreitung

**N3** Fixierte oder ulzerierte regionäre Lymphknotenmetastasen

**M Fernmetastasen**

**M0** Keine Fernmetastasen

**M1** Fernmetastasen (einschl. Beckenlymphknotenmetastasen)

*(TNM: Klinische Klassifikation, modifiziert nach WHO 2014)*

# VulvaKarzinom-Hilfe zur Selbsthilfe

## Klinische-/pathologische Klassifikation

Die TNM-Stadien basieren auf klinischer und/oder pathologischer Klassifikation. Das beigefügte p steht für die durch den Pathologen durchgeführte Klassifikation am Operationspräparat. Die Klassifizierung enthält auch eine Anweisung zur Messung der Invasionstiefe.

## pTNM Pathologische Klassifikation

Die pT-, pN- und pM-Kategorien entsprechen den T-, N- und M-Kategorien.

**pN0** Regionäre Lymphadenektomie und histologische Untersuchung üblicherweise von 6 oder mehr Lymphknoten.

## Grading

Neben dem Tumorstadium wird auch vom Pathologen der Differenzierungsgrad, das heißt, ob der Tumor noch dem Ursprungsgewebe ähnlich ist (G1) oder nicht (G3), beschrieben. Bei vielen Tumoren sagt der Differenzierungsgrad etwas über die Aggressivität des Tumors und damit auch über die Prognose der Erkrankung aus. Beim Vulvakarzinom ist diese Bedeutung jedoch nicht belegt.

**G1 = gut differenziert**

**G2 = mäßig differenziert**

**G3 = schlecht differenziert**

Zur Vermeidung von Missverständnissen sollte eine Patientin sich die Klassifikation(en) ihres Tumors immer vom behandelnden Arzt erklären lassen.
---

4

*Dies ist nur eine Kurzfassung der Klassifikationen.*

**Hinweis: Die Orientierungshilfe ersetzt keine qualifizierte ärztliche Beratung, sondern dient lediglich zur Information und Vorbereitung der Patientin auf den Arztbesuch. Beispielsweise können und dürfen die Informationen nicht verwendet werden, um eigenständig Diagnosen zu stellen oder Behandlungen anzufangen.**

(Stand 01.03.2019)