

Gynäkologischer Malignome

Im Vordergrund der Nachsorge steht stets die individuelle Ausrichtung mit einem informativem 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.

Mammakarzinom

Nachsorge Untersuchungen nach abgeschlossener lokaler Therapie sollte	1. bis 3. Jahr	4. bis 5. Jahr	nach den 6 Jahr
klinische und sonographische Untersuchung	Vierteljährliche Intervalle	Halbjährliche Intervalle	Jährliche Intervalle
Mammografie	6 Monate nach Beendigung der Radiatio danach in jährlichen Intervallen	Jährliche Intervalle	Jährliche Intervalle
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 CA 15-3 bestimmt werden.		

Literatur:

Interdisziplinäre S3- Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms **Version 4.4 Juni/2021**