Gynäk. Rdsch. 1970;10:71-72

Adenokarzinom der Zervix

J.J.		Mikuta
J.A.		Celebre

Department of Obstetrics and Gynecology, Division of Oncology, Hospital of the University of Pennsylvania, Philadelphia, Pa.

Das Adenokarzinom der Zervix ist relativ selten. Es treten histologisch 4 Arten auf: das reine Adenokarzinom, das Adenoakanthom (mit benignen Plattenepithelelementen), das adenosquamöse Karzinom (mit malignen Plattenepithelkarzinominseln), und das mesonephrogene Karzinom.

Die Studie umfasst 881 Patientinnen in der Zeit von 1936 bis 1967 mit 827 Plattenepithelkarzinomen und 54 Adenokarzinomen (6,1 %). Es wurden 36 reine Adenokarzinome der Zervix beobachtet, 8 Adenoakanthome, 7 adenosquamöse Karzinome und 3 mesonephrogene Karzinome. Eine einzige Patientin hatte ein Adenokarzinom in situ. Das Durchschnittsalter der Patientinnen betrug 56,4 Jahre. Bei 6 Patientinnen war früher eine supravaginale Uterusexstirpation und bei 2 eine Röntgenkatheterisation durchgeführt worden. 42 Patientinnen hatten geboren, 12 waren Nulliparae.

Die Diagnose wurde in 46 Fällen durch abnormale Blutungen gestellt. 29mal waren diese nach der Menopause. Die Blutungen waren gering. 5 Patientinnen klagten über Ausfluss. Bei 3 wurden keine klinischen Symptome festgestellt. Die durchschnittliche Dauer der Symptome betrug 6,7 Monate, schwankend von 1 Woche bis 7 Jahre. Bei 11 der 54 Fälle wurde bei der klinischen Untersuchung kein Verdacht auf Malignom gefasst. Nur 9 von 14 Patientinnen hatten positive zytologische Befunde. Das Material zur histologischen Untersuchung wurde durch Kürettage oder durch Biopsien gewonnen. 3mal fand sich das Adenokarzinom in Hysterektomiepräparaten. Das Tumorstadium war 28mal I (51,9 %), 21mal II (38,9 %), 4mal III (7,4 %) und 1mal IV (1,9 %).

40 Patientinnen erhielten alleinige Strahlentherapie. Sie bestand aus intrauterinem Radium und Hochvoltbestrahlung. Die Herddosen betrugen ca. 8000 R lokal. Bei 6 Patientinnen wurde radikale Hysterektomie mit Lymphknotenentfernung durchgeführt. 2 hatten präoperative Be-

1 Originaltitel: Adenocarcinoma of the cervix.

72 Mikuta/Celebre

strahlung. 3 Patientinnen hatten gewöhnliche Hysterektomie, die von einer äusseren Bestrahlung gefolgt wurde. Bei 1 Patientin wurde lediglich Portioamputation vorgenommen zur Behandlung eines invasiven Adenokarzinoms in einem Zervixpolypen. 4 Patientinnen wurden wegen der Ausdehnung des Tumors nicht behandelt.

41 behandelte Patientinnen hatten eine absolute 5-Jahres-Überlebenszeit von 51,3 %. Bei Stadium I betrug diese 59,1 %, bei Stadium II 44,4 %. Wenn die reinen Adenokarzinome betrachtet werden, so beträgt hier das 5-Jahres-Überleben 65,5 %; davon im Stadium I 75 % und im Stadium II 58,3 %. Nur 2 von 12 Patientinnen mit anderen histologischen Befunden als

reinem Adenokarzinom lebten nach 5 Jahren (16,6 %). Die Ergebnisse bei den 36 nur mit Strahlen behandelten Patientinnen waren folgende: 5-Jahres-Überleben gesamt 47,3 %, bei reinem Adenokarzinom 61,6 %. Keine der nur bestrahlten Patientinnen mit Adenoakanthom oder adenosquamösem Karzinom überlebte 5 Jahre. 1 der 2 Strahlenpatientinnen mit mesonephrogenem Karzinom überlebte 5 Jahre.

Bei 7 Patientinnen konnten die Lymphknoten untersucht werden. In 5 Fällen waren sie positiv. Es wurde nur in 1 Fall im Lymphknotenbefund reines Adenokarzinom nachgewiesen, in den anderen Fällen die übrigen 3 histologischen Arten. Ausser nach dem Bericht von Kottmeir war die Behandlung von invasivem Adenokarzinom der Zervix durch reine Bestrahlung weniger erfolgreich als diese von invasivem Plattenepithelkarzinom. Die vorliegende Arbeit kommt zum Schluss, dass das reine Adenokarzinom der Zervix eine gleiche Prognose hat wie das Plattenepithelkarzinom bei gleichem klinischem Stadium. Reine Adenokarzinome erscheinen strahlenempfindlich. Die Prognose der anderen 3 histologischen Arten des Adenokarzinoms ist äusserst schlecht. Diese anderen Arten scheinen auch viel früher und ausgedehnter in die regionalen Lymphknoten zu metastasieren. Nach Rutledge sind die besten Ergebnisse zu erwarten, wenn die radikale Operation mit der postoperativen Strahlenbehandlung kombiniert wird. H. Stöger

Aus: Obstet. Gynec. 33: 753-756 (1969); cit. Gynäk. Rdsch. 10: 71-72 (1970)