Zervixkarzinom: ein Versuch, die Behandlung zu individualisieren

Ergebnisse einer gemeinsamen 20-Jahres-Studie

J.		Zander
J.		Baltzer
K.J.		Lohe
K.G.		Ober
C.		Kaufmann

München und Erlangen, BRD

Carcinoma of the Cervix: an Attempt to Individualize Treatment

In einer retrospektiven Studie wurden die Zervixkarzinome der Uni-versitätskliniken Köln (1958–1974), Erlangen (1963–1974), Heidelberg (1965–1970) und München (1970–1974) nachuntersucht. In der vorlie-genden Arbeit wurden nur die Stadien Ib und II berücksichtigt. Unter 1092 Zervixkarzinomen handelte es sich 980mal um ein Plattenepithelkarzinom, 50mal um ein Adenokarzinom und 60mal um gemischte Typen. Bei alien Patientinnen wurde eine Radikaloperation unter Anwendung der Macken-roth-Latzko-Meigs-Technik mit obligatorischer Lymphknotenexstirpation durchgeführt. In 78,1 % der Fälle handelte es sich klinisch um ein Stadium Ib, in 12,5% um ein Stadium IIa und in 8,3% der Fälle um ein Stadium lib. In 53% der Fälle wurden ein oder beide Ovarien belassen. Bei der Aufarbeitung der Operationspräparate wurde die Tumorlänge, die Tumor-höhe, die maximale Tiefe der Invasion sowie die Länge und die Höhe der Zervix berücksichtigt. Durchschnittlich wurden 18 Lymphknoten entfernt und pro Fall durchschnittlich 52,6 Lymphknotenschnitte untersucht. Von den 980 Plattenepithelkarzinomen wurde die klinische und die histologische Stadieneinteilung verglichen: Im Stadium Ib war die klinische Einteilung in 68% richtig, im Stadium IIa in 47% und im Stadium lib nur in 24% der Fälle, wobei klinisch meist eine Überbewertung vorlag. Im kli-nischen Stadium Ib fanden sich Mikro- und Makrometastasen in den Lymphknoten in 18,9%, im Stadium lib in 40,7% der Fälle. Bei endophy-

Kurzfassungen von Zeitschriftenartikeln

64

tischen Karzinomen waren die Parametrien in 17,2%, bei exophythischem Wachstum nur in 2,4% der Fälle befallen. Bei einer Invasionstiefe von 11 bis 15 mm wurden in 27% der Fälle, bei 16–22 mm in 43,7% Metastasen gefunden.

Je grosser das Volumen des Tumors war, desto niedriger war die 5-Jahres-Heilung. Bei Tumorzellinvasion in Blutgefässe war die 5-Jahres-Heilung mit rund 30% besonders schlecht. Insgesamt betrug die 5-Jahres-Heilung der Plattenepithelkarzinome im Stadium Ib 84,5 %, im Stadium II 71 , 1 %. Gesondert aufgeschlüsselt wurden die Fälle mit und ohne Nachbestrahlung, wobei die klinische und die histo-logische Einteilung sowie der Parametrien- oder Lymphknotenbefall be-rücksichtigt wurde. Ein statistisch gesicherter Unterschied konnte nur im

klinischen Stadium I gefunden werden, wobei die 5-Jahres-Heilung von Frauen ohne Nachbestrahlung mit 89% grosser war als bei Patientinnen mit Radikaloperation + Radiumtherapie (79%).

Die Überlebensrate von 139 Patientinnen, die zum Zeitpunkt der Operation jünger als 40 Jahre waren und bei denen die Ovarien belassen und keine Nachbestrahlung vorgenommen wurde, betrug 87,8%.

Zusammenfassend werden von den Autoren folgende Schlüsse gezogen:

Bei der Prognosestellung der Behandlung des Zervixkarzinoms muss die Differenzierung des Karzinoms, die Tiefe der Invasion, die Grösse des Tumors und der Tumorbefall von Lymphknoten bzw. der Einbruch in Lymph- und Blutgefässe berücksichtigt werden.

Bei jüngeren Frauen kann die Operation ohne Entfernung der Ovarien durchgeführt werden.

Überbehandlung durch Nachbestrahlung kann vermieden werden. Es ist fraglich, ob die Nachbestrahlung in den Stadien Ib und II überhaupt einen Sinn hat.

Für die Klinik und Praxis: Die Schlussfolgerung 2 ist riskant, da Metastasen in belassenen Ovarien beschrieben wurden. Ausfallerscheinungen nach Ovariectomie können leicht behandelt werden. Der beschriebene Lymphknotenbefall steht in Übereinstimmung mit ähnlichen Arbeiten, wobei vor allem der weitaus höhere Prozentsatz positiver Lymphknoten bei grösserer Invasionstiefe im Stadium Ib imponiert. Der Wert einer post-operativen Nachbestrahlung wurde schon mehrfach in Frage gestellt. Die Ergebnisse der vorliegenden Statistik lassen eine Nachbehandlung mit Radium vor allem im Stadium I als sinnlos erscheinen.

Aus: Am. J. Obstet. Gynec. 139: 752–759 (1981); cit. Gynäk. Rdsch. 22: 63–64 (1982)