Rezidivierendes Endometriumkarzinom – Klinik und Strahlentherapie

H.		Kucera
G.		Gerstner
N.		Pateisky
K.		Weghaupt

Strahlenabteilung der I. und II. Universitäts-Frauenklinik Wien

Doz. Dr. H. Kucera, Strahlenabteilung der I. und II. Universitäts-Frauenklinik, Spitalgasse 23, A-1090 Wien (Österreich)

Vom Lokalrezidiv beim Korpuserkarzinom sprechen wir vereinbarungsgemäss dann, wenn zwischen Abschluss der Behandlung und dem Wiederauftreten ein symptomfreies Intervall von 6 Monaten liegt. Unser Patientengut der Rezidivkranken haben wir, je nach der erfolgten Primärtherapie, in zwei Gruppen aufgegliedert. Die Gruppe I (n = 32) umfasst jene Fälle, die primär bestrahlt wurden, Gruppe II (n = 26) die primär operierten Fälle. Die häufigste Lokalisation des Rezidivs ist nach primär operativer Behandlung die Vagina.

Mitteilungen zum 4. Hauptthema

161

Wenn hingegen die Primärbehandlung in einer Bestrahlung bestand, so ist die Prädispositionsstelle für das Rezidiv natürlich der verbliebene Uterus.

Mit dem Auftreten eines Rezidivs muss, ähnlich wie beim Kollumkarzinom, auch beim Korpuserkarzinom am häufigsten im Zeitraum zwischen 6 Monaten und 3 Jahren nach der Primärbehandlung gerechnet werden. Sowohl bei den primär Bestrahlten als auch bei den primär Operierten fanden sich jeweils zwei Drittel der Rezidive innerhalb der ersten 3 Jahre. Ist nach primärer Bestrahlung das Rezidiv im Uterus lokalisiert, so ist von einer operativen Rezidivbehandlung ein relativ günstiges Ergebnis zu erwarten. Leider kommt aber die Operation in den meisten Fällen nicht in Frage, da ja eine allgemeine Inoperabilität schon Anlass zur primären Bestrahlung des Korpuserkarzinoms gegeben hat. Prinzipiell streben wir bei der Rezidivbehandlung eine Strahlendosis von etwa 60 Gy in der Tiefe der grössten Tumorausdehnung an. Bei den primär bestrahlten Fällen wird das Rezidiv durch weitere intrauterine Radiumapplikationen in einer Dosierung, die etwa 70% der Erstbehandlung entspricht, von neuem bestrahlt. 32% unserer Patientinnen überlebten bei Rezidiv nach Korpuserkarzinom mehr als 2 Jahre. Bis jetzt haben nur 10 Patientinnen mehr als 60 Monate nach Auftreten eines Rezidiv überlebt, was zunächst einer 5-Jahres-Überlebensrate von 13% entsprechen würde. Während von den Rezidivfällen nach primärer Bestrahlung nur etwas mehr als ein Fünftel das Rezidiv um mehr als 2 Jahre überlebte, so traf dies für die primär operierten Fälle in mehr als zwei Fünftel der Fälle zu. Die strahlentherapeutische Behandlung eines Rezidivs nach Operation ist daher prognostisch deutlich günstiger als eine aktinische Rezidivbehandlung nach schon primärer Bestrahlung.

Die Prognose der Patientinnen mit Korpuserkarzinomrezidiv ist aber auch von der Lokalisation und dem Zeitpunkt der Entstehung des Rezidivs abhängig. Das bei weitem günstigste Ergebnis

findet sich in der Gruppe der primär operierten Fälle. In dieser Gruppe überlebten mehr als die Hälfte der Patientinnen mit behandeltem Vaginalrezidiv mehr als 2 Jahre. Intrauterine Rezidive nach primär bestrahlten Fällen sowie Vaginalrezidive nach primär operierten Fällen zeigten allerdings die gleiche Zahl an 5-Jahres-Überlebensraten (16%). Was den Zeitpunkt der Rezidiventstehung und seinen Einfluss auf das Behandlungsergebnis betrifft, so darf festgestellt werden, dass bei den primär operierten Fällen die Prognose umso günstiger ist, je später das Rezidiv auftritt. Sowohl die 2-Jahres- als auch die 5-Jahres-Überlebensrate liegt bei den nach 2 Jahren entstandenen Rezidiven jeweils doppelt so hoch wie bei den Frührezidiven. Für die primär bestrahlten Fälle treffen diese Unterschiede allerdings nicht zu.

Obwohl die Patientin durch die aktinische Behandlung eines Rezidivs nach Korpuserkarzinom geheilt werden kann, steht doch ausser Zweifel, dass die Rezidivbehandlung nur einen bedingten Erfolg erwarten lässt. Umso wichtiger erscheint daher die Forderung nach einer optimalen Primärtherapie, die an unserer Klinik in der Radikaloperation nach Wertheim gesehen wird.

Empfohlene Literatur

Kucera, H.; Riss, P.; Weghaupt, K.: Zur Strahlenbehandlung des Kollumkarzinomrezidivs.

Geburtsh. Frauenheilk. 40: 1000–1005 (1980). Kucera, H.; Gerstner, G.; Pateisky, N.; Weghaupt,

K.: Zur Strahlentherapie des Korpuser-

karzinomrezidivs. Geburtsh. Frauenheilk. 43: 101–111 (1983).