Adenokarzinom des Endometriums im Stadium I: Behandlung, Überlebenszeit und Rezidive

T.	Torben	Philipsen
M.	Mogens	Norgard

Department of Obstetrics and Gynecology, Hvidovre Hospital, and Radiumcenter, Finsen Institute, Copenhagen, Denmark

Am Hvidovre-Hospital wurde zwischen 1966 und 1978 bei 150 Patienten ein Adenokarzinom des Endometriums diagnostiziert. 111 Pa-tienten hatten nach der FIGO-Einteilung ein Tumorstadium I. Die Diagno-stik bestand aus fraktionierter Kürettage, Sondierung des Cavum uteri und bimanueller Untersuchung in Vollnarkose. Präoperativ erhielten die Pa-tientinnen routinemässig nach der Methode von Heymann intrauterine und vaginale Radiumeinlagen. 6 Wochen danach wurde, wenn keine Kontrain-dikation zur Operation vorlag, eine abdominale totale Hysterektomie mit bilateraler Salpingoovarektomie durchgeführt. Die Beurteilung der Myo-metrium-invasion erfolgte als «oberflächlich» (kleiner als ein Drittel) oder «tief» (grosser als ein Drittel). Die Nachsorgekontrollen erfolgten 3, 6 und 12 Monate postoperativ und anschliessend einmal pro Jahr für die Dauer von 10 Jahren. Das Durchschnittsalter der bestrahlten und operierten Patientinnen betrug 61 Jahre, das der nur bestrahlten 71,5 Jahre. Kontrain-dikationen zur Operation waren fortgeschrittenes Alter, Adipositas oder cardio-pulmonale Erkrankungen. Die mittlere Beobachtungsdauer betrug 6

Kurzfassungen von Zeitschriftenartikeln

219

Jahre (1–11 Jahre). Die korrigierte 5-Jahres-Überlebensrate bei den kombi-niert behandelten Patientinnen betrug 93% und war höher als bei den nur bestrahlten Patientinnen (87%). Wegen der geringen Fallzahl der nur bestrahlten Patientinnen Hess sich keine Signifikanz ableiten. Beim Stadium Ia (Uteruscavumlänge bis 8 cm) zeigte sich eine signifi-kant bessere 5-Jahres-Überlebensrate als beim Stadium Ib (Uteruscavumlänge grosser als 8 cm), nämlich 96 gegenüber 82%.

Erwartungsgemäss war die 5-Jahres-Überlebensrate bei hochdifferen-zierten und mittelgradig differenzierten Karzinomen (97%) besser als bei undifferenzierten (71 %). Bei undifferenzierten Karzinomen war auch der Lymphknotenbefall signifikant grosser.

Bei 33% der 93 operierten Patientinnen war eine Myometrium-inva-sion diagnostiziert worden, bei 21 % fand man einen Resttumor nach prä-operativer Radiumeinlage. Bei 5,4% fand man ein Übergreifen des Karzi-noms auf die Ovarien und in 1 % extragenitale Aussaat. Diese Patientinnen erhielten postoperativ externe Hochvolt-Nachbestrahlung, nur 1 Patientin erhielt Gestagene. Rezidive traten bei 13 der 150 Patientinnen auf (11,7%), bei einer durchschnittlichen Beobachtungszeit von 4,5 Jahren. 8 Patientinnen erhielten wegen des schlechten Allgemeinzustandes keine Therapie und verstarben innerhalb von 6 Monaten; 2 Patientinnen mit hochdifferenzier-tem Karzinom erhielten durch 18 Monate 2mal wöchentlich Proluton Depot

250 mg intramuskulär, 2 Patientinnen wurden mit Hochvolttherapie nachbestrahlt. 1 Blasenrezidiv wurde mittels Elektrokoagulation behandelt. Über das Auftreten von Vaginalmetastasen wurde nicht berichtet.

Für die Praxis: Es ist fraglich, ob Rezidive bei einer engmaschigeren Kontrolle nicht früher entdeckt und behandelt worden wären. Ferner erhebt sich die Frage, ob ein Teil der Rezidive bei routinemässiger Gabe von Gestagenen überhaupt aufgetreten wäre.

F. Für die Klinik interessant ist die Feststellung

dass die Ergebnisse in diesem Kollektiv nicht besser sind als die Resultate von Untersuchungen die sich mit primärer Operation

Gestagentherapie und postoperativer vaginaler Radiumeinlage befassen. Gerade bei jüngeren Patientinnen erscheint eine möglichst geringe Strahlenbelastung wünschenswert da dadurch auch die Strahlenspätfolgen herabgesetzt werden. Ausserdem ist dann immer noch eine lokale Radiumtherapie möglich. Ferner wird durch eine intensive präoperative Strahlentherapie der Operationssitus technisch zum Nachteil verändert und somit wird in der Folge auch die Radikalität beeinträchtigt.

W.D. Skodler

Wien