Die Radikaloperation beim Ovarialkarzinom

W.		Lichtenegger
M.		Lahousen
M.		Pickel

Geburtshilf.-gynäkolog. Univ.-Klinik Graz (Vorst.: Prof. D. E. Burghardt)

Anschrift des Verfassers: Doz. Dr. W. Lichtenegger, geb.-gyn. Univ.-Klinik Auenbruggerplatz 14, A-8036 Graz

Das Ovarialkarzinom stellt eine der großen neuen Herausforderungen in der gynäkologischen Onkologie dar. Noch vor nicht ganz 10 Jahren war es üblich, nach der obligaten diagnostischen Laparotomie das Abdomen wieder zu verschließen, wenn eine stärkere intraabdominelle Aussaat des Karzinoms und insbesondere sein Übergreifen auf andere Organe des kleinen Beckens festzustellen war. Im Zeitraum 1970 und 1972 wurden von 108 Ovarialkarzinomen 93 nur einer explorativen Laparotomie unterzogen, d. h. daß nur bei

Freie Vorträge

154

14% wirklich eine operative Therapie gemacht worden ist. In der Zwischenzeit wurden mit der Chemotherapie gerade beim Ovarialkarzinom große Fortschritte erzielt. Verschiedentlich ist es gelungen, primär „inoperable“ Karzinome soweit zu bringen, daß bei einer Relaparotomie makroskopisch kein Tumorgewebe mehr erkannt werden konnte und daß es ohne weiteres möglich war, die Total exstirpation durchzuführen. Die zunehmende Erfahrung mit der Chemotherapie hat aber gezeigt, daß die Aussicht auf eine Dauerheilung umso größer wird, je weniger Tumorgewebe intra operationem und vor der Chemotherapie zurückgelassen wird. Insbesondere hat es sich gezeigt, daß die Aussicht für eine erfolgreiche Chemotherapie sprunghaft ansteigt, wenn zurückgelassene Tumorherde einen Durchmesser von weniger als 2 cm haben. Desweiteren konnte durch gezielte Untersuchungen an der Grazer Frauenklinik gezeigt werden, daß die Ausbreitung in den retroperitonealen Lymphknoten einen ganz anderen Weg nimmt, als bisher angenommen wurde. Das betrifft insbesondere den Befall der pelvinen Lymphknoten, der bisher weitgehend unbekannt war, tatsächlich jedoch eine Frequenz bis zu 60% aufweist. Alle diese Forderungen haben uns veranlaßt, eine wesentlich aggressivere chirurgische Therapie zu inaugrieren. Wir waren selbst erstaunt, wie weit ein derartiges „debulking“ auch bei sehr starker Tumorausbreitung möglich ist. Dabei haben wir uns nicht gescheut, Sigma- bzw. Rektumresektionen durchzuführen oder die Blase zum Teil zu resektieren. Dazugekommen ist natürlich die obligate Lymphadenektomie, ganz wie bei der Radikaloperation des Zervixkarzinoms. Im Zeitraum zwischen 1980 und 1983 wurden von 87 Ovarialkarzinomen 53 auf diese Weise radikal operiert, wobei in einem großen Teil der Fälle makroskopisch überhaupt kein Tumorgewebe zurückgeblieben ist. Die bisherigen Resultate sind außerordentlich ermutigend. Bei der obligaten Relaparotomie nach abgeschlossener Chemotherapie wurde in 72% ein negativer Befund erhoben. Auch die 2-Jahres-Resultate sind von fast 70% im Jahre 1972 bei operierten Fällen auf 95% der ab 1980 radikal operierten Fälle angestiegen. Es gibt kaum ein Beispiel in der Onkologie für eine derartige sprunghafte Verbesserung eines

Resultates, wenn dieses auch bei einer relativen kurzen Beobachtungszeit noch mit Vorsicht eingeschätzt werden muß.