Karzinome niedriger maligner Potenz (Borderline-Tumoren) des Ovars: Pathologie – Therapie – Prognose

G.		Breitenecker
K.		Schieder
T.		Szepesi ^a
C.	Christine	Nowotny
H.		Kölbl
H.		Janisch

II. Universitäts-Frauenklinik Wien (Vorstand: Prof. Dr. H. Janisch); ^aUniversitätsklinik für Strahlentherapie und Strahlenbiologie Wien (Vorstand: Prof. Dr. K. H. Kärcher)

Doz. Dr. G. Breiteneker, II. Universitäts-Frauenklinik, Spitalgasse 23, A-1090 Wien (Österreich)

Etwa 15% aller sogenannten epithelialen Ovarialtumoren zeigen einige, aber nicht alle morphologische Kennzeichen der Malignität. Sie werden als Borderline-Tumoren oder Karzinome niedriger maligner Potenz bezeichnet, wobei die Verwendung letzterer Bezeichnung von der Österreichischen Gesellschaft für Pathologie empfohlen wird. Die Diagnose eines Borderline-Tumors hat nach den Richtlinien der FIGO und WHO alleine aufgrund histologischer Kriterien zu erfolgen und nicht nach dem klinischen Befund oder der Ausbreitung des Tumors. Sie wird dann gestellt, wenn der Tumor eine ungewöhnliche Zellproliferation erkennen lässt, die die des gutartigen Tumors übersteigt, aber keine Stromainvasion nachweisbar ist [5]. Dabei müssen mindestens zwei der folgenden vier histologischen Kriterien erfüllt sein: Epitheliale Knospenbildung, Mehrreihigkeit des Epithels, gesteigerte mitotische Aktivität und Kernatypien [4]. Diese Tumoren zeigen charakteristischerweise einen günstigen klinischen Verlauf, selbst bei extraovarieller Ausbreitung. Deshalb müssen sie als eigene Gruppe ausgewiesen werden, um Ovarialkarzinomstatistiken nicht zu verfälschen. Meist handelt es sich um seröse oder muzinöse Tumoren, andere histologische Typen sind selten.

Nach Angaben in der Literatur [4, 5] sind 7% aller Ovarialtumoren seröse und 5% muzinöse Borderline-Tumoren. Von allen serösen und muzinösen Tumoren sind etwa 5–15% Karzinome niedriger maligner Potenz. Nach diesen und anderen Literaturangaben sind etwa ein Drittel aller Ovarialkarzinome Borderline-Tumoren.

Im Material der II. Universitäts-Frauenklinik Wien sind Borderline-Tumoren prozentuell seltener, da überproportional häufig fortgeschrittene Ovarialtumoren zugewiesen werden.

Es werden 9 eigene Fälle der Jahre 1981–1984 vorgestellt, an denen folgende Befunde erhoben wurden: Das Alter der Patientinnen betrug 30 bis 67 Jahre (durchschnittlich 45 Jahre), und liegt damit etwa 15 Jahre unter dem von Patientinnen mit invasiven Ovarialkarzinomen. 8mal wurde der Uterus und die Adnexe exstirpiert, 6mal zusätzlich das große Netz entfernt und Lymphknotenbiopsien durchgeführt. In einem Fall wurde wegen eines gleichzeitig bestehenden, rezidivierenden Mammakarzinoms nur die befallenen Adnexe entfernt. 6mal handelte es sich um seröse, 3mal um muzinöse Tumoren. Auffallend häufig (5/6) war bei den serösen Tumoren auch die Oberfläche der Ovarien befallen (exophytische

Mitteilungen zum 1. Hauptthema

21

papilläre Karzinome niedriger maligner Potenz), nicht hingegen bei den muzinösen. Bei 4 der 8 totaloperierten Patientinnen waren beide Ovarien befallen, bei einer weiteren Patientin 3 Jahre vorher das andere Ovar auswärts wegen eines gleichen Tumors entfernt worden und bei einer Patientin im kontralateralen Ovar ein benigner Tumor des gleichen histologischen Typs nachzuweisen.

In 3 Fällen (durchwegs seröse exophytische Tumoren) lagen extraovarielle Tumorabsiedlungen vor: 1mal im großen Netz und im Peritoneum des kleinen Beckens und 1mal in iliakalen Lymphknoten. Im 3. Fall war sowohl das Netz als auch iliakale Lymphknoten befallen, wobei die Metastasen undifferenzierte Formationen eines serösen Zystadenokarzinoms aufwiesen. Diese Patientin starb 4 Wochen postoperativ aus interner Ursache, alle anderen Frauen leben frei von Karzinom (Beobachtungszeitraum 7–45 Monate). Aus den erhobenen Befunden, die mit den meisten Literaturangaben (1–5) übereinstimmen, ergibt sich für uns folgendes chirurgisches Vorgehen:

Wegen des häufigen exophytischen Wachstums, bilateralen Auftretens und der relativ häufigen extraovariellen Absiedlungen mit gelegentlichen Lymphknotenmetastasen wird eine totale Uterusexstirpation mit Entfernung beider Adnexe und des großen Netzes, multiple Lymphknotenbiopsien und exakte Exploration des Abdomens vorgenommen. Nur bei jungen Patientinnen mit dringendem Kinderwunsch und ausschließlich endozystischem Befall lediglich eines Ovars (negative Biopsie des kontralateralen Ovars, negative Zytologie der Abdominallavage und negative Lymphknotenbiopsien) kann eine konservative Therapie (unilaterale Adnexexstirpation) in Erwägung gezogen werden. Wegen der sehr guten Prognose dieser Tumoren kann aber, in Abhängigkeit vom histologischen Befund, mit einer individuellen, weniger aggressiven postoperativen Therapie das Auslangen gefunden werden.

Literatur

Hart, W. P. & Norris, H. L.: Borderline and malignant mucinous tumors of the ovary. *Cancer*, 31: 1031–1045 (1973).

Hart, W. R.: Ovarian epithelial tumors of borderline malignancy (Carcinomas of low malignant potential). *Human pathology* 8: 541–549 (1977).

Julian, C. G.; Woodruff, J. D.: The biologic behavior of low-grade papillary serous Carcinoma of the ovary. *Obstet. gynec.* 40: 860–867 (1972).

Russel, P.: Borderline epithelial tumors of the ovary: a conceptual dilemma. *Gynaecol.* 11: 259–277 (1984).

Scully

R. E.: Tumors of the ovary and maldeveloped gonads. *Atlas of tumor pathology* Vol. 16 (1979).