Burkitt-Lymphome beider Ovarien bei einer 18jährigen Türkin

G.J.		Gerstner ^a
H.		Ludwig ^b

^aGeburtshilflich-gynäkologische Abteilung A.ö. Krankenhaus Stockerau (Vorstand: Univ.-Doz. Dr. G. J. Gerstner) ^bII. Med. Univ.-Klinik Wien (Vorstand: Prof. Dr. G. Geyer)

Prim. Doz. Dr. G. J. Gerstner, Geburtsh.-gyn. Abt. A.ö. Krankenhaus Stockerau, Landstraße 16, A-2000 Stockerau

Einleitung

Die Diagnose eines malignen Lymphoms im Bereich des Genitales ist eine Rarität. Primär treten maligne Lymphome in 0,3% im Ovar bzw. 0,12% im Uterus in Erscheinung, als Sekundärmanifestation finden sich jedoch bei der Obduktion bei derartigen malignen Systemerkrankungen in 30-40% auch Tumore im gynäkologischen Bereich [1, 2]. Beim Burkitt-Lymphom handelt es sich histologisch um ein diffuses, undifferenziertes, malignes Lymphom vom B-Zelltyp. Es findet sich im tropischen Afrika endemisch, kommt aber sporadisch weltweit vor, und wird durch ein onkogenes Virus (Epstein-Barr) hervorgerufen. Die Prognose ist in erster Linie abhängig vom Tumorstadium und dem Alter der Patientin [3].

Kasuistik

Wir berichten über eine 18jährige türkische Patientin, welche Ende Juni 1985 wegen 2wöchigem Erbrechens, Durchfall und Schwindel, sowie Auftreten von Doppelbildern und einer Lidptose rechts am Krankenhaus Stockerau aufgenommen wurde. Neurologisch fand sich eine inkomplette Okulomotorius- und Abduzensparese rechts, im Akut-Computertomogramm keine intrakranielle Blutung oder Raumforderung. Der gynäkologische Palpationsbefund zeigte beidseitige, große Ovarialtumore, die im Ultraschall als zystische Areale mit einem Durchmesser von 10 cm imponierten. Bei der akut durchgeführten Laparotomie fanden sich offensichtlich maligne Ovarialtumore beidseits. Es wurde das innere Genitale, sowie das Netz in typischer Weise nach der Methode von Wertheim und Weibel exstirpiert. Eine intraoperative Gastroskopie mit Probeexcision zeigte eine massive Polypose des gesamten Magens mit Blutungen. Die histologische Diagnose dieser Läsionen lautete Non-Hodgkin-Lymphom. Der postoperative Verlauf war komplikationslos, wegen ausgeprägter Anämie erhält die Patientin 2 Erythrozyten-Konzentrate. Die histologische Diagnose des Genitalpräparates lautete Burkitt-Lymphom. Die Patientin wurde an die II. Med. Univ.-Klinik Wien transferiert.

Unter der Diagnose akute lymphatische Leukämie vom Burkitt-Typ mit Burkitt-Lymphomen wurde mit der Chemotherapie begonnen. Zu diesem Zeitpunkt bestand eine Thrombopenie (43000), eine Leukozytose (27000) mit 41% großen, vakuolisierten Lymphozyten im Sinne von Burkitt-Zellen, sowie eine geringgradige Anämie. Die zerebralen

Freie Vorträge (Onkologie)

Manifestationen wurden als geringgradige Infiltrationen ohne Tumorformationen im ZNS im Rahmen der Grundkrankheit interpretiert. Es wurde zunächst mit der Chemotherapie nach dem COMP-Protokoll (Cyclophosphamid, Oncovin, Methotrexat und Prednisolon) begonnen [3, 4].

Darüberhinaus wurde mehrmals eine intrathekale MTX-Therapie zur Beherrschung der neurologischen Manifestation durchgeführt. Nach 3 Zyklen COMP und 2 Endoxan-Monotherapien konnte eine komplette Remission mit vollständiger Normalisierung des Blutbildes und Normalisierung der zerebralen Symptomatik erreicht werden. Es wurde beschlossen, die Patientin für eine allogene Knochenmarkstransplantation vorzubereiten. 3 Monate nach Beginn der Chemotherapie trat jedoch ein Rezidiv auf, sodaß die Patientin das Protokoll der deutschen BFM-Studiengruppe, nämlich das NHL-BFM 83 Protokoll erhielt. Dieses sieht in einer Vorphase die 5tägige Behandlung mit 200 mg/m² Cyclophosphamid und 30 mg/m² Prednisolon vor. Danach wird VM 26, Cytosinarabinosid, Methotrexat mit Rescue und Methotrexat intrathekal sowie Cyclophosphamid und Dexamethason verabreicht. Im nachfolgenden Block werden dann Adriblastin, Methotrexat intrathekal und Methotrexat hochdosiert mit Rescue sowie Cyclophosphamid und Dexamethason gegeben. Durch diese aggressive Behandlung konnte die Patientin neuerlich in Remission gebracht werden. Es wurde die Konditionierung für die Knochenmarkstransplantation abgeschlossen und praktisch nach 20 Tagen mit der Ganzkörperbestrahlung und danach mit der hochdosierten Endoxantherapie begonnen. Im Dezember 1985 wurde das Knochenmarks-transplantat von ihrem 15jährigen Bruder infundiert. Die immunsuppressive Therapie wurde mit Cyklosporin A (10 mg/kg i. v.) durchgeführt. Der Verlauf war lange Zeit vollkommen komplikationslos, insbesondere war die Patientin fast immer fieberfrei und bei subjektivem Wohlbefinden. Etwa 1 Monat nach der Transplantation trat eine Lymphknotenschwellung links supraklavikulär auf, darüberhinaus ließ sich im Thoraxröntgen eine Mediastinalverbreitung nachweisen. Eine Lymphknoten-PE ergab ein Tumorrezidiv. Aufgrund der nun endgültig infausten Prognose entschloß man sich, die Patientin im Jänner nach Hause in die Türkei zu entlassen. Ende Jänner war sie noch bei relativem Wohlbefinden und in häuslicher Pflege.

Literatur

- Castaldo, T. W. et al.: Obstet. Gynecol. 54: 167-170 (1979).
Lathrop, J. C.: Obstet. Gynecol. 30: 137-145 (1967).
Ziegler, J. L. et al.: Cancer treatm. Rep. 62: 2031-2034 (1978).
Ramirez, I. et al.: Cancer Chemother. Pharmacol. 3: 103-109 (1979).