Immunzytochemischer Nachweis des Östrogenrezeptors im Endometriumkarzinom

T.		Steck
J.		Gille
H.		Caffier
S.		Wacker

Universitäts-Frauenklinik Würzburg (Vorstand: Prof. Dr. K.-H. Wulf)

Dr. T. Steck, Universitäts-Frauenklinik, Josef-Schneider-Straße 4, D-8700 Würzburg

Mit der immunzytochemischen Analyse kann der Östrogenrezeptor mit Hilfe mono-klonaler Antikörper und der Peroxidase/Antiperoxidase-Technik im Gewebeschnitt direkt lokalisiert und nachgewiesen werden. Es sollte beim Endometriumkarzinom die Zuverlässigkeit des immunzytochemischen Nachweises im Vergleich zur biochemischen Analyse geprüft werden. Verwendet wurden für die immunzytochemische Analyse der unverdünnte ER-ICA Kit der Firma Abbott mit monoklonalen Antikörpern gegen das Rezeptorprotein und für die biochemische Analyse ein Kohleabsorptionstest (ER-DCC) mit ^3H -markiertem Ostradiol der Firma NEN. Der Ausfall der ER-ICA Analyse wurde nach der Empfehlung im Deutschen Ärzteblatt 83 (1986): 3362 quantifiziert. Danach wird die vorherrschende Intensität der Kernanfärbung (0 bis 3 entsprechend keine bis starke Reaktion) und der Prozentsatz der positiven Zellen (0 bis 4 entsprechend keine bis über 80% positive Zellen) im Schnitt geschätzt. Beides multipliziert, erhält man den sog. ImmunReaktiven Score (IRS) mit einem Maximalwert von 12. Das Gewebe gilt als östrogenrezeptorpositiv bei einem IRS von 1 und höher. Der IRS gilt als Maß für den Gehalt an immunzytochemisch nachweisbarem Östrogenrezeptorprotein. Gewebeproben aus Hysterektomiepräparaten und Abradaten von 42 Patientinnen mit Endometriumkarzinom wurden untersucht. In 8 Fällen fand sich kein Karzinom im eingesandten Gewebe. In 28 Fällen wurden sowohl die ER-ICA als auch die ER-DCC Analyse angewandt und in 6 Fällen nur die ER-ICA Analyse. Dabei fand sich in 23 (67,6%) ein positiver Östrogenrezeptornachweis im Karzinom, bezogen auf die ER-ICA Analyse. Der mittlere IRS betrug $2,18 \pm 2,17$ mit einer Streubreite von 0 bis 8. Schlüsselt man den mittleren IRS auf nach dem Malignitätsgrad des Karzinoms, so zeigt sich folgende Verteilung:

Die hochdifferenzierten Karzinome (G 1) weisen im Durchschnitt einen signifikant höheren Rezeptorgehalt auf als die niedrigdifferenzierten Karzinome (G 3). Vergleicht man

Freie Vorträge

55

die Ergebnisse der immunzytochemischen mit denen der biochemischen Analyse, so ergibt sich bei 7/28 (25%) eine Diskrepanz positiv/negativ. Bei alien 7 fiel ER-ICA negativ aus, ER-DCC war dagegen positiv. Bei 5 der diskrepanten Fälle waren im Schnitt Anteile rezeptorpositiver nichtkarzinomatöser Strukturen (Myometrium, Stroma, Drüsen) nachweisbar, die offensichtlich einen falsch-positiven Ausfall der biochemischen Analyse verursachten. Biochemisch sind

somit nur Gewebeproben ohne größere Anteile von Nichtkarzinom zuverlässig zu untersuchen; dieses läßt sich nur mit ER-ICA sicher identifizieren. Neben der direkten Lokalisierung der Östrogenrezeptoren gelingt mit ER-ICA auch der Nachweis einer unterschiedlichen Rezeptorverteilung im Tumor. Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß mit ER-ICA eine genauere Beurteilung des Östrogenrezeptorstatus im Endometriumkarzinom möglich ist als mit ER-DCC. ER-ICA ist auch noch an so kleinen Gewebeproben durchführbar, die für die biochemische Analyse nicht ausreichen und zudem auch an Abradaten. Eine Beziehung zwischen Östrogenrezeptorgehalt und Malignitätsgrad ist herstellbar, der immunzytochemisch nachweisbare Östrogenrezeptorgehalt nimmt mit zunehmender Entdifferenzierung ab. Schließlich sind Laboraufwand und Zeitbedarf bei der ER-ICA Analyse geringer.

Gynäk. Rdsch. 27: suppl. 2, pp. 55–57 (1987)

Rezidivhäufigkeit und Überlebenszeit beim Endometriumkarzinom in Abhängigkeit von histologischen Kriterien

M. Reitzenstein, M. Kirschner, A. H. Tulusan Universitäts-Frauenklinik Erlangen (Direktor: Prof. Dr. N. Lang)

Aufgabe der Untersuchungen war, bei der Behandlung des Endometriumkarzinoms histologische Prognosekriterien zu erarbeiten, um so zu einer individuell angepaßten Therapie dieses Karzinoms zu kommen.

An der Universitäts-Frauenklinik Erlangen wurden in den Jahren 1975–1984 310

Endometriumkarzinome operiert und davon 228 kontinuierlich bis zum jetzigen Zeitpunkt nachverfolgt. Die Untersuchung selbst beschränkt sich auf 197 Fälle

die dem Stadium I und II entsprachen. Die prognostisch ungünstigeren höheren Stadien wurden ausgeschlossen. Die Therapie entsprach einer abdominalen Hysterektomie und Adnektomie beidseits

im Stadium II nach Wertheim mit Lymphonodektomie. 70 Patientinnen mit histologisch ungünstigen Prognosekriterien erhielten eine postoperative Radiumeinlage in die Scheide mit