Adjuvante Chemotherapie beim Zervixkarzinom nach abdomineller Radikaloperation

M.		Lahousen
J.		Haas

Geburtsh.-Gynäkol. Univ.-Klinik Graz (Vorstand: Prof. Dr. E. Burghardt)

Doz. Dr. M. Lahousen, Geburtshilf.-Gynäkol. Universitätsklinik, Auenbruggerplatz 14, A-8036 Graz

Die 5-Jahres-Überlebensrate von Patientinnen nach abdominaler Radikaloperation eines invasiven Zervixkarzinoms des Stadiums Ib bis lib wird von der pathologisch-anatomisch verifizierten Ausbreitung des Krebses beeinflusst. Ein ganz entscheidendes prognostisches Kriterium ist die Tumorgöße und die parametranne Tumordinvasion, denn der karzinomatöse Befall der pelvinen Lymphknoten und/oder der tumorösen Lymph- oder Blutgefäßeinbruch steht damit in engem Zusammenhang. Sind bereits derartige Veränderungen histomorphologisch nachweisbar, so ergibt sich erfahrungsgemäß ein besonders hohes Rezidiv-Risiko. So beträgt die 5-Jahres-Überlebenszeit bei Patienten mit karzinoma-tös befallenen Lymphknoten im eigenen Krankengut zwischen 56,8% bei abdominaler radikaler Hysterektomie und Nachbestrahlung gegenüber 60,9% bei alleiniger Operation. Das bedeutet, daß die Nachbestrahlung keine Verbesserung der Heilungsergebnisse gebracht hat. In großen amerikanischen und deutschen Studien wird dieses Ergebnis bestätigt.

Tabelle I. Definition der Risikogruppen, Zervixkarzinom Stadium Ib-IIb, Resultate nach radikaler abdominaler Hysterektomie (RaH) und verschiedenen Nachbehandlungen

RaH und Bestrahlung RaH und Chemotherapie
Mittlerer

Tumor-Zervixquotient 53,0% 47,5% 71,0% p = 0,01

Positive pelvine

Lymphknoten 65/113 (57,5%) 37/98 (37,8%) 15/23 (65,2%) p = 0,01

Positive parametranne

Lymphknoten 33/113 (29,2%) 15/98 (15,3%) 11/23 (47,8%) p = 0,01

Lymph- u/o

Gefäßeinbruch 91/113 78/98 20/23 n. s.

Rezidiv 23/113 (20,3%) 27/98 (27,6%) 4/23 (17,4%) n. s.

Exitus 14/113 (12,4%) 14/98 (14,3%) 2/23 (8,7%) n. s.

Freie Vorträge

251

Im Jahre 1980 begannen wir mit einer primären Polychemotherapie bei rezidivierenden oder fortgeschrittenen Fällen von Zervixkarzinomen, bei denen weder eine Operation noch eine Strahlentherapie möglich war. Diese Chemotherapie bestand aus Bleomycin, Oncovin, Mitomycin-C und Cis-Platin und erbrachte gute Ansprech- und Heilungsraten. Diese Tatsache ermutigte uns, ab dem Jahre 1984 bei Patientinnen mit Befall der pelvinen und/oder

parametranen Lymphknoten oder bei Tumoreinbruch in Lymph- und/oder Blutgefäßen zur Verbesserung der Überlebensrate, diese adjuvante Polychemotherapie einzusetzen. Nach einer mittleren Beobachtungszeit von fast 2 Jahren konnte bei 23 Frauen im Rahmen der Tumornachsorge mittels klinischer, biochemischer und radiologischer Methoden eine Rezidivfreiheitsrate von 80,3% und eine Überlebensrate von 91,3% registriert werden. Die vier Kurse der Chemotherapie wurden gut toleriert und bis auf eine reversible Alopezie sowie Cis-Platin induzierte gastrointestinale Beschwerden, konnten keine Nebenwirkungen festgestellt werden.

Eine definitive Aussage über den Erfolg dieser neuen Nachbehandlung kann noch nicht gemacht werden, obwohl ein positiver Trend erkennbar ist (Tabelle I). Dies berechtigt uns, den eingeschlagenen Weg fortzusetzen und die postoperative Chemotherapie bei der erwähnten Risikogruppe routinemäßig einzusetzen.

Literatur beim Verfasser.

Gynäk. Rdsch. 27: suppl. 2, pp. 251–252 (1987)

Immunszintigraphie mit monoklonalen Antikörpern -klinische Einsatzmöglichkeiten in der gynäkologischen Onkologie

Ch. Schatten, N. Pateisky, K. Philipp, W. D. Skodler I. Universitäts-Frauenklinik Wien (Vorstand: Prof. Dr. E. Gitsch)

Die Immunszintigraphie konnte als nicht invasive spezifische Methode zur Karzinomdiagnostik im Bereich der gynäkologischen Onkologie so vor allem beim Mammakarzinom und Ovarialkarzinom

Fuß fassen. Der Name Immunszintigraphie weist auf die Kombination einer immunologischen mit einer nuklearmedizinischen Untersuchungstechnik hin. Monoklonale tumorassoziierte Antikörper sollen an sie gebundene Radioisotopen in möglichst hoher Konzentration an potentiell vorhandene Tumorzellen binden. In diesem Fall können die nunmehr radioaktiv markierten Tumorherde szintigraphisch geortet werden.