Prognostische Faktoren beim Endometriumkarzinom des Stadium I

M.		Lahousen
W.D.		Schneeweiß
M.		Zechner

Geburtshilflich-gynäkologische Universitätsklinik Graz (Vorstand: Prof. Dr. E. Burghardt)

Dr. M. Lahousen, Geburtshilflich-gynäkologische Universitätsklinik Graz, Auenbruggerplatz 14, A-8036 Graz (Österreich)

Die operative Entfernung des Uterus mit beiden Adnexen wird allgemein als Methode der Wahl zur Behandlung des Endometriumkarzinoms angesehen. Umstritten ist hingegen der Wert der primären Strahlentherapie. Die Operabilität wird nicht nur vom Stadium der Karzinomausbreitung bestimmt, sondern häufig auch durch allgemeine klinische Kriterien, da das Endometriumkarzinom bevorzugt bei älteren und adipösen Frauen vorkommt. Ist eine operative Entfernung des Endometriumkarzinoms möglich, so ist die weitere Prognose der Patienten von dem Stadium, der Invasionstiefe des Karzinoms in das Myometrium und von der Tumordifferenzierung abhängig.

Von 1970 bis 1979 wurden an der Geburtshilflich-gynäkologischen Universitätsklinik Graz 237 Frauen mit einem Endometriumkarzinom des Stadiums I operiert. Routinemäßig wurde bei jeder Patientin postoperativ das kleine Becken perkutan mit Gammatron von 4 Feldern aus mit 45 Gy Herddosis bestrahlt. Nach Beendigung der perkutanen Bestrahlung erfolgten zusätzlich 2 vaginale Radiumeinlagen (Vaginalrohre) mit einer Oberflächendosis bis 40 Gy. Die Fünf-Jahres-Rezidivfreiheit betrug insgesamt 85,6%. Aufgeschlüsselt für das Stadium I a betrug sie 88%, für das Stadium I b 75,6% ($p = 0,05$). Nach dem histologischen Differenzierungsgrad konnte bei hochdifferenzierten Adenokarzinomen eine Fünf-Jahres-Rezidivfreiheit von 91,5% gegenüber dem undifferenzierten mit 73,5% erreicht werden. Ähnlich unterschiedlich verhielten sich die Zahlen bei Berücksichtigung der myometranen Invasion. Bei einer Eindringtiefe des Tumors bis zu ein Drittel betrug die Fünf-Jahres-Rezidivfreiheitsrate 97,2%, bis ins mittlere Drittel 80,9% und bis ins letzte Drittel hingegen nur mehr 53,3% (Tabelle I). Setzt man nun klinisches Stadium, myometrane Invasion und Differenzierungsgrad in Relation, so zeigt sich ein weiterer Faktor, nämlich der Tumorein-

Tabelle I. 5-Jahres Rezidivrate 1970–1979 (N = 237)

Freie Vorträge, Gynäkologie 165

Tabelle II. 5-Jahres Rezidivrate, I a und I b (N = 237)

bruch ins Lymphgefäßsystem, als besonders gravierend. Bei insgesamt 34 Patienten (14,4%) kam es trotz Nachbestrahlung zum Auftreten von Rezidiven außerhalb des kleinen Beckens. Bei knapp 66% der 34 Patienten mit Rezidiven konnte im Operationspräparat ein Lymphgefäßeinbruch sowie in 88% eine myometrane Invasion über das erste Drittel hinaus nachgewiesen werden (Tabelle II). Entgegen der bisherigen Ansicht spielte der Differenzierungsgrad bei

diesen Patientinnen mit Rezidiven keine Rolle. Die vorliegende retrospektive Untersuchung zeigt, daß das Auftreten von Rezidiven in erster Linie von der myometranen Invasion des Tumors abhängt. Mit zunehmender Invasionstiefe nahmen Lymphgefäßeinbrüche und das Auftreten von Rezidiven trotz Nachbestrahlung zu.

Literatur beim Verfasser