Lymphadenektomie beim Korpuskarzinom

M.

Lahousen

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

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

Durch die Einführung der abdominalen Radikaloperation mit Lymphadenektomie konnte die Rezidivfreiheit und damit die Überlebenszeit beim Zervixkarzinom der Stadien I b bis II b deutlich verbessert werden. Auch beim Ovarialkarzinom konnte durch die erhöhte Radikalität des operativen Eingriffs mit der primären Lymphonodektomie eine eindeutige Anhebung der Heilungsergebnisse erreicht werden. Die Frage, ob eine Verbesserung der Behandlungsergebnisse durch eine Erweiterung der operativen Therapie des Endometriumkarzinoms möglich ist, beschäftigt die gynäkologischen Onkologen schon seit Jahren. Für das Stadium II dürfte die abdominale Radikaloperation mit Lymphadenektomie, wie sie in einigen Zentren geübt wird, durchaus diskutabel sein. Ob die seit Jahrzehnten durchgeführte einfache Totalexstirpation des inneren Genitale unter Mitnahme einer Scheidenmanschette für das Stadium I ausreicht, ist eine noch offene Frage.

Creasman hat sich intensiv mit der Pathologie und Klinik des Endometriumkarzinoms vor allem im Hinblick auf den Lymphknotenstatus auseinandergesetzt. Er fand beim Stadium I b/G 3 54% positive Becken- und in 46% positive paraaortale Lymphknoten. Boronow und Lewis fanden im Stadium I insgesamt 10,4% bzw. 12,0% pelvine Lymphknotenmetastasen. Wurden nur die undifferenzierten Adenokarzinome berücksichtigt, stieg der Prozentsatz auf 26,8%. Seit dem Jahre 1980 wurde an der Grazer Klinik bei 160 Fällen des Stadium I nach der abdominalen Hysterektomie die myometrane Invasionstiefe überprüft und bei Invasion des Karzinoms bis ins äußerste Drittel des Myometriums eine pelvine Lymphonodektomie durchgeführt. Dies war bei insgesamt 22 (13,7%) von 160 Patientinnen (Stadium I a 18, I b 4) notwendig. Bei je vier weiteren Patientinnen wurde aufgrund des Stadiums II bis III die gleiche Operationsart gewählt. Wie aus Tabelle I ersichtlich, wurden im Stadium I bei vier Patientinnen (18,2%) und in den fortgeschrittenen Stadien bei ebenfalls vier Patientinnen (50%) Lymphknotenmetastasen gefunden. Gemeinsam war diesen acht Fällen mit positiven Lymphknoten eine Invasion des Tumors bis ins äußerste Drittel des Myometriums mit Lymphgefäßeinbrüchen sowie mittelreife oder undifferenzierte Differenzierungsformen. Trotz Nachbestrahlung mittels perkutaner Hochvolt- und Brachytherapie und einer postoperativen Gestagen-Behandlung mit Methoxyprogesteronazetat in der Dosis von 300 mg pro Tag kam es innerhalb von einem Jahr bei vier der acht Patienten zum Auftreten von Metastasen in Lunge, Leber und paraaortale Lymphknoten. Auch unter den restlichen 22 Patientinnen mit Lymphgefäßeinbrüchen, aber negativen pelvinen Lymphknoten, kam es bei vier Patientinnen zum Auftreten von Fernmetastasen (Tabelle II). Bei den 138 Stadium I Patientinnen ohne Lymphgefäßeinbruch und ohne Lymphonodektomie kam es hingegen zum Auftreten von nur 9 Rezidiven (6,9%). Zusammenfassend kann gesagt werden, daß es sich auch bei Korpuskarzinomen, wie bei vielen anderen Krebsen erweist, daß der Tumoreinbruch in das

Freie Vorträge, Gynäkologie 167

Tabelle I. Positive Lymphknoten bei Korpuskarzinom (N = 8)

Differenzierung Myometrane Invasion

Stadium G1 G2 G3 1/3 2/3 3/3

1(1) 2 - 3(1)

1 - - - - 1

1(1) 1(1)

1 2 (2) 3 (2)

() = Rezidive

Tabelle II. Negative Lymphknoten bei Korpuskarzinom (N = 22)

Differenzierung Myometrane Invasion

Stadium G1 G2 G3 1/3 2/3 3/3

7 (1) 3 5 9 (1)

3(2) 3(2)

1 (1) 1 - 1 1 (1)

1 - 1 - -

() = Rezidive

Lymphgefäßsystem einen hohen Prozentsatz an positiven pelvinen Lymphknoten bedeutet. Trotz Nachbestrahlung kam es bei den Patienten mit Stadium I und Lymphgefäßeinbruch in 18% zum Auftreten von Fernmetastasen. Dies könnte zu der Vermutung Anlaß geben, daß eventuell eine systemische Therapie (Chemotherapie) bessere Heilungsergebnisse bringen könnte.

Literatur beim Verfasser