Ovarialkarzinom nach Hysterektomie

M.		Barrada
N.		Pateisky
Ch.		Schatten
N.		Vavra

I. Universitäts-Frauenklinik, Wien (Vorstand: Prof. Dr. E. Gitsch)

Dr. M. Barrada, I. Universitäts-Frauenklinik, Spitalgasse 23, A-1090 Wien

Das Ovarialkarzinom ist eine aggressive Erkrankung mit einer hohen Mortalität. Diese resultiert nicht zuletzt daraus, daß etwa 75% aller Ovarialkarzinome erst im Stadium III oder IV nach FIGO diagnostiziert werden. Die Hysterektomie ist eine häufige gynäkologi-sche Operation. Meist erfolgt ab dem vollendeten 49. Lebensjahr die prophylaktische Ovaryektomie im Zuge einer aus anderen Gründen durchgeführten Hysterektomie. Wir wollten untersuchen, bei wievielen Patientinnen durch die prophylaktische Ovaryektomie im Zuge einer aus anderen Gründen durchgeführten Hysterektomie diese aggressive Erkrankung hätte verhindert werden können. An unserer Abteilung waren von 1978–1988 insgesamt 538 Patientinnen wegen eines Ovarialkarzinoms aufgenommen. Von diesen 30 Patientinnen bereits aus anderen Gründen hysterektomiert (5,7%). Die Indikationen zur Hysterektomie waren wie folgt verteilt: Uterus myomatosus 19, Descensus vaginae 7 (bei drei Patientinnen trafen beide Indikationen zu), rezidivierende Metrorrhagie 6 und Carcinoma corporis uteri 1. Die 30 Patientinnen wurden nach ihrem Alter zur Zeit der Hysterektomie in drei Gruppen eingeteilt: I. Gruppe: 35–40 Jahre, II. Gruppe: von 41–45 Jahre und die III. Gruppe: über 45 Jahre. In der I. Gruppe waren 2, in der II. Gruppe 17, in der III. Gruppe 11 Patientinnen. Der durchschnittliche Zeitabstand zwischen Hysterektomie und Diagnosestellung des Ovarialkarzinoms lag in der I. Gruppe bei 15 Jahren. Im Stadium III oder IV nach FIGO waren in der I. Gruppe eine, in der II. Gruppe 13 und in der III. Gruppe 8 Patientinnen.

Als Nachteile einer prophylaktischen Ovaryektomie im Zuge der aus anderen Gründen durchgeführten Hysterektomie wären aufzuführen:

klimakterische Beschwerden wie Hitzegefühl, Schweißausbrüche, depressive Zustände, etc. Osteoporoserisiko, eventuell das Gefühl, keine „richtige“ Frau mehr zu sein.

Als Argumente für eine prophylaktische Ovaryektomie im Zuge der Hysterektomie führen wir auf:

das Risiko eines Ovarialkarzinoms ist nicht mehr vorhanden,
es besteht die Möglichkeit der Hormonsubstitution,
eine eventuelle Angst vor dem Ovarialkarzinom wäre genommen,
die postoperative Morbidität steigt durch die zusätzliche Ovaryektomie im Zuge der Hysterektomie nicht an.

Theoretisch wären von den 538 Ovarialkarzinom-Patientinnen 30 Patientinnen durch eine prophylaktische Ovaryektomie zum Zeitpunkt der aus anderen Gründen durchgeführten

Hysterektomie vor dieser bösen Erkrankung bewahrt worden. Die Entscheidung zur prophylaktischen Ovariectomie im Zuge der Hysterektomie sollte individuell gefällt werden unter Berücksichtigung von Alter, Anamnese, Rasse und Psyche. Wir wollen zur Diskussion stellen, in ausgewählten Fällen bereits ab dem 45. Lebensjahr, die prophylaktische Ovariectomie im Zuge der Hysterektomie in Erwägung zu ziehen.

Bei alldem muß man sich bewußt sein, daß man durch die prophylaktische Ovariectomie im Zuge der aus anderen Gründen durchgeführten Hysterektomie zwar nicht viele Leben retten wird, aber den vor dem Ovarialkarzinom bewahrten Patientinnen erspart man einen schweren Leidensweg.

Gynäk. Rdsch. 29: suppl. 2, pp. 365–367 (1989)

Transvaginalsonographisches Staging des Zervixkarzinoms

Th. Sautter, H. Mikan

Städtische Frauenklinik Esslingen (Chefarzt: Prof. Dr. med. H. Mikan)

Die individuelle Therapieplanung des Zervixkarzinoms erfordert eine möglichst exakte klinische Beurteilung der parametranen Ausdehnung des Karzinoms. Normalerweise werden zur prätherapeutischen Stadienzuordnung des Zervixkarzinoms neben der palpatorischen Untersuchung, die Computertomographie und die transrektale Sonographie eingesetzt. Die Transvaginalsonographie (TVS) hat den Vorteil, daß sie ohne größeren Mehraufwand unmittelbar im Anschluß an die Tastuntersuchung bzw. kombiniert mit dieser durchgeführt werden kann. Aufgrund des hohen axialen und lateralen Auflösungsvermögens der TVS können minimale Befunde im kleinen Becken dargestellt werden [1, 2, 3]. Es sollte deshalb die Aussagekraft der TVS als nicht invasives Untersuchungsverfahren beim prätherapeutischen Staging des Zervixkarzinoms beurteilt werden.

Patientinnen und Methode

12 Frauen mit einem histologisch gesicherten Zervixkarzinom wurden vor Therapieentscheid zusätzlich transvaginalsonographisch untersucht. Die dabei erhobenen Befunde wurden mit der normalen TVS-Zervixmorphologie und dem computertomographischen Untersuchungsergebnis verglichen. In zwei Fällen konnte dem TVS-Befund das pathologisch-anatomische Präparat gegenübergestellt werden. Die TVS-Untersuchung erfolgte mit 5 und 7,5 MHz-Panoramasektorscannern.