Chemotherapie und prognostische Bedeutung der Resttumorgroße beim Ovarialkarzinom

E.		Petru ^a
M.		Lahousen ^a
H.		Pickel ^a
H.		Stettner ^b

^aGeburtshilflich-gynäkologische Universitätsklinik Graz (Vorstand: Prof. Dr. E. Burghardt) ^bMathematisches Institut der Universität Klagenfurt (Vorstand: Prof. Dr. H. Stettner)

Dr. E. Petru, Geburtshilflich-gynäkologische Universitätsklinik Graz, Auenbruggerplatz 14, A-8036 Graz

Ovarialkarzinom und Resttumorgroße

Die vorliegende Studie sollte den Einfluß der Resttumorgroße auf die Prognose von Patienten mit Ovarialkarzinomen des Stadiums III, welche einer Radikaloperation und einer zytostatischen Chemotherapie unterzogen wurden, klären. Die Gesamtüberlebensraten sowie Überlebensraten mit Rezidivfreiheit wurden in den Gruppen ohne Resttumor, unter 2 cm und über 2 cm bestimmt. Weiters wurde im Stadium III der Einfluß der zytostatischen Chemotherapie und die Radikalität der Operation auf die Überlebenszeit überprüft.

Von 1980–1988 wurden an der Grazer Frauenklinik 320 Frauen mit Ovarialkarzinomen operiert. Bei 174 Patientinnen handelte es sich um ein FIGO-Stadium III. Bei 119 konnte ein maximales Tumordebulking, einschließlich Hysterektomie, Adnexektomie, Omentektomie, Resektion aller metastatisch befallenen Anteile von Blase, Darm und parietalem Peritoneum, durchgeführt werden. Eine pelvine Lymphadenektomie wurde bei 119 Patientinnen, eine ergänzende paraaortale Lymphadenektomie wurde bei 51 Patientinnen durchgeführt.

Bei 65 Patientinnen wurden mindestens 6 Zyklen eines platinhaltigen zytostatischen Kombinationsschemas verabfolgt.

Die 5-Jahres-Überlebensrate der 119 Patientinnen im Stadium III betrug 44,9%. Bei Patientinnen ohne Resttumor war die 5-Jahres-Überlebensrate 79,6%, bei den Patientinnen mit Resttumor unter 2 cm bei 23,2%. Deutlich verschlechterte sich das Ergebnis bei den Frauen mit Resttumor über 2 cm, auf 21,1%.

Die Unterschiede zwischen den Untergruppen ohne Resttumor und unter 2 cm sowie ohne Resttumor und über 2 cm waren signifikant ($p = 0,05$ bzw. $p = 0,003$).

Die 5-Jahres-Überlebensrate in Abhängigkeit vom Lymphknotenbefall ob positiv oder negativ, zeigten bei den Patientinnen ohne Resttumor keinen Unterschied (81,8% bzw. 78,3%). Bei den Patientinnen mit Resttumor unter und über 2 cm war der Lymphknotenstatus aufgrund der geringen Fallzahl nicht aussagekräftig.

Eindeutig verhielt sich die rezidivfreie 5-Jahres-Überlebensrate im Stadium III. Sie betrug in den Untergruppen ohne Resttumor 50,0%, mit Resttumor unter 2 cm 0,0% und mit Resttumor über 2 cm 6,3%. Die Unterschiede sind statistisch signifikant ($p = 0,03$).

Keinen Unterschied in der 5-Jahres-Überlebensrate gibt es bei Patientinnen mit

Poster

414

Ovarialkarzinom der Stadien III mit einer kompletten platinhaltigen zytostatischen Behandlung (mehr als 6 Kurse) versus einer unvollständigen oder anderen Therapie. Dies bedeutet, daß die Radikalität des operativen Eingriffs die Behandlungsbasis beim fortgeschrittenen Ovarialkarzinom darstellt. Die Resttumorgröße korreliert linear mit dem Überleben der Patienten. Wenn eine komplette Tumorresektion durchgeführt werden kann, verbessert sich die Prognose. Dies gilt nicht nur für den intraabdominalen, sondern auch für den retroperitonealen Raum. Dies zeigt sich darin, daß echte 5-Jahres-Heilungen im Stadium III in einem nicht beträchtlichen Prozentsatz erreicht werden können.

Literatur beim Verfasser.

Gynäk. Rdsch. 29: suppl. 2, pp. 414–416 (1989)

Ist die quantitative HCG-Messung zur Sicherung der Verdachtsdiagnose missed abortion unnötig geworden?

A. Kainhofer, Irene Fellingner, A. Bichler

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung, LKH Bad Ischl (Vorstand: Prof. Dr. A. Bichler)

Einleitung

Die laufend verbesserte Qualität der Ultraschallgeräte und deren immer breitere Verfügbarkeit bringen es mit sich, daß etwaige Störungen der Schwangerschaft schon in einem sehr frühen Gestationsalter vermutet werden.

Die betroffene Patientin und der einweisende Arzt erwarten eine rasche diagnostische Abklärung. Uns stellte sich die Frage, ob bei sonographischem Verdacht auf missed abortion die quantitative HCG-Messung als diagnostisches Hilfsmittel noch notwendig ist, oder ob man mit der Ultraschalluntersuchung allein das Auslangen findet.

Ergebnisse

Bei 50 Patientinnen mit der Verdachtsdiagnose missed abortion konnte 48mal die Diagnose teils mittels Ultraschall alleine

teils mittels Ultraschall und HCG-Bestimmung gesichert werden. 2mal wurde eine intakte Gravidität in utero diagnostiziert. Wir haben bei allen unseren Patientinnen bei der Aufnahme einen Sonographiebefund erhoben. Dabei konnten 18mal fetale Strukturen ohne Vitalitätszeichen dargestellt werden: Die Diagnose