3. Hauptthema: Die operative Behandlung des Zervixkarzinoms

Gynäkol Rundsch 1990;30(Suppl 1):94-95

Zur Diagnostik und Therapie des kleinen Zervixkarzinoms

F.		Girardi
----	--	---------

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

Dr. F. Girardi, Geburtshilflich-gynäkologische Universitätsklinik, Auenbruggerplatz 14, A-8036 Graz

An der Universitäts-Frauenklinik Graz wurden zwischen 1958 und 1988 in 166 Konisationspräparaten kleine Plattenepithelkarzinome diagnostiziert. Entsprechend der FIGO-Klassifikation von 1985 entsprachen nur mehr 101 Fälle dem Mikrokarzinom (I a 2), 65 Fälle waren größer als 7×5 mm; sie gehören daher neuerdings dem Stadium Ib an (Tabelle 1). Es wurden ausschließlich Fälle ausgewertet, bei denen der Tumor mittels Konisation zur Gänze entfernt worden war. Bei den 65 Fällen mit kleinen Zervixkarzinomen wurden in 33 Fällen die vaginale bzw. abdominelle radikale Hysterektomie angeschlossen, 16mal eine einfache Hysterektomie und dreimal eine Bestrahlung. In 13 Fällen erfolgte keine weitere Behandlung nach der Konisation. Bei 60 mindestens über 5 Jahre nachuntersuchten Patientinnen mit kleinen Plattenepithelkarzinomen trat in keinem Fall ein Rezidiv auf. 16 von 20 radikal operierten wiesen Lymphgefäßeinbruch auf. In einem einzigen Fall eines kleinen Karzinoms mit einem Tumolvolumen von 636 mm³ und einer Größenausdehnung von 10×2 und 7×3 mm wurde in einem einzigen Lymphknoten der obturatorischen Gruppe rechts eine 2 mm große Lymphknotenmetastase histologisch verifiziert. Ein gesicherter Lymphgefäßeinbruch war allerdings in diesem Fall nicht nachweisbar. Die Patientin ist zwölf Jahre nach der Konisation rezidivfrei, bei allen anderen radikal operierten Patientinnen konnten keine Lymphknotenmetastasen nachgewiesen werden, obwohl die Tumolvolumina zwischen 800 und 2000 mm³ betrugen. Auch in den neun weiteren Fällen, bei denen Lymphgefäßeinbruch bestand und keine Lymphadenektomie durchgeführt wurde, trat 5 Jahre und länger keine Rezidiv auf (Tabelle 2).

Betrachtet man die vorliegenden Daten und Ergebnisse kritisch, so kann selbst aufgrund dieses großen Zahlenmaterials keine allgemein gültige Therapieempfehlung ausgesprochen werden. Das nach wie vor nicht gelöste Problem des Mikrokarzinoms erstreckt sich auch in das Stadium Ib hinein. Die von der FIGO ausgesprochene Definition des Stadium

Tabelle 1. 166 invasive Karzinome in Konisationspräparaten 1955–1988

Stadium FIGO	Nr.	Verlauf	5 Jahre
Mikrokarzinom (I a 2)	101		89
Kleines invasives Karzinom (Ib)	65		60

Vorträge zum 3. Hauptthema

95

Tabelle 2. Behandlung und Ergebnisse von 60 Patienten mit kleinen Zervixkarzinomen Stadium Ib – Zustand nach Konisation 1958–1988

Behandlung	Nr. Lymphgef. Pos.	Pers.	Re-
einbruch	Knoten	CIN III	zidiv

Ia2 sollte zu einer internationalen Vergleichbarkeit der Fälle führen und es wird nötig sein, nach immer weiteren Details zu suchen, die als prognostische Faktoren in Frage kommen. Jeder Fall sollte mit einem mit dieser Materie vertrauten Pathologen diskutiert und danach individuell behandelt werden. Aufgrund von Einzelfällen gelten bisher die geringe Differenzierung, eine Konfluenz der Karzinomverbände und der nachgewiesene Lymphgefäßeinbruch als Risikofaktoren in Hinblick auf das Verhalten der kleinen Karzinome. Bezogen auf größere Kollektive zeigt sich aber, daß diese Merkmale nicht in jedem Fall zutreffen.

Ziel der Therapie muß es sein, einerseits mit dem kleinstmöglichen Eingriff eine ausreichend sichere Behandlung durchzuführen, andererseits in besonders gelagerten Fällen durch radikales Vorgehen, das durch die Grundkrankheit gefährdete Leben der Patienten zu erhalten.

Literatur

Burghardt, E.; Mestwertdt, G.; Ober, K. G.: Der Unterschied zwischen der Einstufung Zervixkrebs des Stadiums Ia und dem Begriff Mikrokarzinom. Geburts. Frauenheilk. 33: 168 (1973). Burghardt E.: Pathology of preclinical invasive carcinoma (microinvasive and occult invasive

carcinoma). In: Coppleson, M., ed Gynecologic Oncology. Edinburgh: Livingstone, 1981.

Dr. F. Girardi, Geburtshilflich-gynäkologische Universitätsklinik, Auenbruggerplatz 14, A-8036 Graz