Operation – Chemotherapie und Strahlentherapie des Adenokarzinoms der Tuba uterina

B.	Brigitte	Pakisch ^a
J.		Poschauko ^a
H.		Kettenbach ^a
G.		Stücklschweiger ^a
E.		Poier ^a
M.		Lahousen ^b
H.		Pickel ^b
P.		Klug ^c
A.		Hackl ^a

^aAbteilung für Strahlentherapie, Universitätsklinik für Radiologie Graz (Vorstand: Prof. Dr. E. Vogler) ^bGeburtshilflich-Gynäkologische Universitätsklinik Graz (Vorstand: Prof. Dr. E. Burghardt) ^cGynäkologisch-Geburtshilfliche Abteilung des Landeskrankenhauses Rottenmann (Vorstand: Prim. Dr. P. Klug)

OA Dr. Brigitte Pakisch, Abteilung für Strahlentherapie, Universitätsklinik, Auenbruggerplatz 9, A-8036 Graz

Zusammenfassung

Seit 1970 wurden 33 Fälle von primären Karzinomen der Tuba uterina behandelt. Die 3 Jahre Überlebensrate für das St I war 55% , für das St II 45%. Die Wichtigkeit der radikalen Operation, sowie die Möglichkeiten der adjuvanten Therapieformen werden diskutiert.

Einleitung

Entsprechend der Seltenheit des Tubenkarzinoms gibt es derzeit keinen eindeutigen Konsens über die adequate Therapie dieser Erkrankung.

Patientengut und Therapie

Bei der Datenaufarbeitung von 33 Patientinnen (Pat.) die wegen eines primären Adenokarzinoms der Tuba Fallopii behandelt wurden, konnten 14 Tumore dem Stadium (St) I, je 8 den St II und III und 32 dem St IV zugeordnet werden (teilweise retrospektive Stadieneinteilung nach FIGO). Das operative Vorgehen reichte von der totalen Hysterektomie mit beidseitigen Adnektomie (17/33) bis hin zur radikalen Operation, die eine zusätzliche paraaortale u/o pelvine Lymphadenektomie beinhaltete (12/33). Einmal wurde eine einseitige Tubenextirpation, dreimal eine palliative Tumorverkleinerung durchgeführt. Sechs Pat. erhielten postoperativ keine weitere Therapie. Vierzehn Pat. wurden postoperativ unter Hochvoltbedingungen bestrahlt. Zehnmal wurde das Becken, einmal zusätzlich die paraaortalen Lymphknoten, dreimal das gesamte Abdomen mit anschließender Beckenauf-sättigung als Zielvolumen gewählt. Die Dosishöhe war im Beckenbereich 46–50Gy, im Abdomen 30Gy. Dreizehn Pat. erhielten eine adjuvante Chemotherapie (Alkeran: 2/13, PAC (Cisplatin, Adriblastin, Cyclophosphamid) 5/13; CFS (Carboplatin, Farmorubicin, Sterecyt) 4/13; CFS + PAC: 2/13).

Ergebnisse und Diskussion

Pat. im St I hatten eine 36- Monate-Überlebensrate von 55%, im St. II von 42%, während 10/11 Pat. der St III und IV innerhalb von 26 Monaten starben. Nach radikaler Operation wurde für Pat der St I und II eine 36 Monate-Überlebensrate von 61% eruiert,

Freie Vorträge (Gynäkologie)

216

nach totalem Vorgehen dagegen von 43%. Je eine Pat. im Stadium Ia und Ib lebte nach alleiniger radikaler Operation derzeit 48 und 27 Monate rezidivfrei. Die 48-Monate-Überlebensrate für die 14 adjuvant bestrahlten Patientinnen war 68,6%, für die 13 chemotherapier-ten Pat. nur 11,1%.

Ein direkter Vergleich ist aber nicht statthaft, da mit der Chemotherapie meist weit fortgeschrittene Tumore behandelt wurden. Drei Pat. im St II leben nach CFS derzeit bei einer Nachbeobachtungszeit von 9–22 Monaten rezidivfrei. Nach diesen Daten empfiehlt sich folgendes therapeutisches Vorgehen: Eine radikale Operation sollte immer angestrebt werden; – sie sollte für die St Ia/b als alleinige Therapie ausreichen [1]. Nach totaler Operationen sollte eine adjuvante Therapie durchgeführt werden, wobei sich für die St Ia, b die Beckenbestrahlung anbietet [2]. Bei Serosabefall u/o positiver Peritoneallavage, sowie ab St II sollte eine Bestrahlung des gesamten Abdomens mit zusätzlicher Beckenauf-sättigung oder eine Polychemotherapie überlegt werden. Ab den St III ist immer ein multimodales Therapiekonzept, bestehend aus maximaler Tumorverkleinerung und Polychemotherapie [3], sowie eventueller Strahlentherapie zu überlegen.

Literatur

Pfleiderer, A.: Malignom der Tube; Wulf, K.; Schmidt-Mathiesen, H. (ed.): Klinik der Frauenheilkunde und Geburtshilfe, „Spezielle gynäkologische Onkologie II“. Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore, Bd. XII, 38–44 (1989).

Walls, E.; Perz, C.; Jacobs, A.; Camel, H.; Kao, M.; Galakatos, A.: Carcinoma of the Fallopian Tube: Management and sites of failure. Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys. 11, Sup. 1: 126 (1985).

Busowsky, J.; Brady, L.: Carcinoma of the Fallopian Tube: Perez, C; Brady, L. (ed.): Principles and Practise of Radiation Oncology. Lippincott Company, Philadelphia, 1016–1022 (1987).

Gynäkol Rundsch 1990;30(Suppl 1): 216–220

Indikationen zur röntgenologischen Kolonidiagnostik bei gynäkologischen Erkrankungen

W. Natho, L. Abet, W. Fischer, U. Bartel

Institut für Röntgendiagnostik (Direktor: OMR Prof. Dr. sc. med. M. Lünig),

Universitätsfrauenklinik (Direktor: OMR Prof. Dr. med. habil. H. Bayer) des Bereichs Medizin (Charité) der Humboldt-Universität zu Berlin

Die röntgenologische Kolonidiagnostik wird in der Differential- und Ausbreitungsdiagnostik von Erkrankungen des inneren Genitale der Frau neben modernen bildgebenden Verfahren

(Sonographie

Computertomographie

Angiographie

Magnetresonanztomographie) eingesetzt [3].