Paraaortale Lymphknoten-Rezidive bei Stromatumoren und Keimzelltumoren des Ovars

E.		Petru
H.		Pickel
M.		Lahousen
M.		Heydarfadaei
J.		Auner

Geburtsh.-gynäkol. Univers.-Klinik Graz (Vorst.: Prof. Dr. E. Burghardt)

Dr. E. Petru, Geburtsh.-gynäkol. Univers.-Klinik, Auenbruggerplatz 14, A-8036 Graz

Stroma- und Keimzelltumoren des Ovars sind selten. Sie werden meist im Frühstadium diagnostiziert und sind oft nicht erkennbar maligne. Beide Tumorarten gelten als radio- und chemosensibel.

Material und Methoden

Von 1972 bis 1989 wurden an der Grazer Frauenklinik 30 Patientinnen mit Tumoren des Ovarialstromas (28 Granulosazelltumoren, 2 Androblastome) und 12 Frauen mit Keimzellmalignomen (9 Dysgerminome, 2 Teratome, ein endodermaler Sinustumor) behandelt. 24 der 28 Patientinnen mit Granulosazelltumoren (mittleres Alter 48 Jahre) wiesen ein Stadium I auf (86%). 27 Frauen wurden operiert (davon Hysterektomie und beidseitige Adnexektomie in 17 Fällen). 13 Patientinnen erhielten eine adjuvante Therapie.

Alle 9 Patientinnen mit Dysgerminom wiesen ein Stadium I auf (mittleres Alter 20 Jahre). Bei 5 Patientinnen wurde eine einseitige Adnexektomie vorgenommen. Nur 3 Patientinnen erhielten eine adjuvante Therapie.

Ergebnisse

Granulosazelltumoren: Die mittlere Beobachtungsdauer betrug 73 Monate [1]. 7 der 28 Patientinnen (25%; Stadium I: n = 3; Stadium III: n = 3; Stadium IV: n = 1) erlitten ein Rezidiv. Drei davon traten in der Bauchhöhle und 2 in den paraaortalen Lymphknoten auf (3 bzw. 180 Monate postop.). 6 der 7 Patientinnen mit Rezidiv verstarben an der Tumorprogression. Eine Patientin im Stadium Ib lebt derzeit tumorfrei 14 Monate nach sekundärer paraaortaler Lymphadenektomie wegen eines isolierten, retroperitonealen Rezidivs.

Dysgerminome: Die mittlere Beobachtungsdauer betrug 71 Monate. 4 der 9 Patientinnen mit Dysgerminom im Stadium I (44%) entwickelten ein Tumorrezidiv, davon 2 im Bereich der paraaortalen Knoten. Nur eine der 4 Patientinnen mit Rezidiv hatte eine adjuvante Behandlung erhalten. Während 3 dieser Patientinnen im Stadium Ia derzeit tumorfrei am Leben sind (u. a. eine Patientin, deren paraaortales Tumorrezidiv exstirpiert wurde; Beobachtungszeit nach der Rezidivoperation: 92 Monate), verstarb eine 16-jährige Patientin im Stadium Ib 11 Monate nach Auftreten einer Paraaortametastase, die einer Strahlentherapie unterzogen wurde.

Diskussion

Granulosazelltumoren: Der Hauptanteil der Patientinnen mit Granulosazelltumoren wies ein Stadium I auf. 5/7 Frauen mit Rezidiv hatten zum Diagnosezeitpunkt bereits das

40. Lebensjahr überschritten. Diese Zahlen bestätigen frühere Arbeiten. Spätrezidive sollen für den Granulosazelltumor charakteristisch sein, was sich auch bei einer Patientin mit paraaortalen Lymphknotenmetastasen nach 180 Monaten bestätigte. Die Prognose von Frauen mit rezidivierendem Granulosazelltumor ist unabhängig von der Therapieform ungünstig. 6 von 7 Frauen mit Rezidiv verstarben am Tumor.

Dysgerminome: Das Durchschnittsalter der Patientinnen lag bei 20 Jahren. Aus diesem Umstand erklärt sich das überwiegend konservativ operative Vorgehen mit dem Zwecke der Erhaltung der Fertilität. Allgemein wird bei Dysgerminomen im Stadium Ia und einem Tumordurchmesser von < 10 cm nach Inspektion des kontralateralen Ovars eine einseitige Adnexexstirpation ohne adjuvante Therapie als ausreichend angesehen, wenn eine verlässliche Nachsorge gewährleistet ist. Im Stadium Ia liegt zwar die Rezidivrate zwischen 20 und 50%, jedoch können diese mittels Bestrahlung oder Zytostatika erfolgreich behandelt werden. Ab dem Stadium Ib stellt eine beidseitige Adnexexstirpation, Hysterektomie und adjuvante Therapie das Vorgehen der Wahl dar. Dennoch verstarb eine Patientin im Stadium Ib an der Metastasierung. Diese Tatsache steht im Gegensatz zu Berichten anderer Autoren, die im Stadium I keine Todesfälle beobachteten.

In den letzten Jahren wurde an der Grazer Klinik bei Patientinnen mit nicht-epithelialen Malignomen des Ovars in 6 Fällen eine primäre pelvine und paraaortale Lymphadenektomie durchgeführt. In keinem Fall fanden sich Lymphknotenmetastasen. Allerdings traten bei je 2 Keimzelltumoren und je 2 Granulosazelltumoren isoliert paraaortale Lymphknotenrezidive auf. Diese Prädispositionsstelle für die Metastasierung bzw. ein Rezidiv wurde mehrfach beschrieben. Wu et al [2] fanden bei 11/19 Patientinnen mit Keimzelltumoren (58%) positive retroperitoneale Knoten. Möglicherweise werden sich in Zukunft die Therapieergebnisse bei Keimzelltumoren und Stromatumoren des Ovars durch die zusätzliche Durchführung einer primären retroperitonealen Lymphadenektomie verbessern lassen.

Literatur

Petru, E.; Pickel, H.; Heydarfadaei, M. et al.: Experience with stromal tumors and germ cell tumors of the ovary. *Int. J. Gynecol. Cancer* 1: 9–16 (1991).

Wu

P.; Qu

J.; Lang

J. et al.: Lymph node metastasis of ovarian cancer: A preliminary survey of 74 cases of lymphadenectomy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 155: 1103–1108 (1986).