Chirurgisch-radiologisches Therapiekonzept beim Vulva-Karzinom

H.

Kucera

I. Univers.-Frauenklinik Wien (Stellv. Vorst.: Prof. Dr. E. Kubista)

Univ.-Prof. Dr. Herwig Kucera, I. Univers.-Frauenklinik, Spitalgasse 23, A-1090 Wien

Lange Zeit galt beim Vulvakarzinom die radikale Vulv-ektomie mit inguinaler en-bloc Lymphonodektomie als Therapie der Wahl. Die Lymphknotenentfernung hatte aber eher diagnostische Bedeutung, denn die Überlebens-raten von Patientinnen mit positiven Lymphknoten lag nur zwischen 25 und 40 %. Bei Befall von Beckenlymphknoten ist die Prognose infaust. Obwohl heute die Operationsrate trotz des hohen Alters der Patientinnen 95 % erreichen kann, ist die Morbiditäts- und Mortalitätsrate bei diesem radikalen Vorgehen beträchtlich: die Mortalitätsrate liegt zwischen 1-5 %. Die Komplikationsraten sind erschreckend hoch: ps-Heilungen 85 % , chronische Beinödeme 30-70%, Notwendigkeit von Zweitoperationen wegen Komplikationen 15 % [1, 3, 5]. Deshalb werden heute neue Therapiekonzepte überlegt, die auf die Ausdehnung des Tumors Rücksicht nehmen und auch die Strahlentherapie in das Behandlungskonzept miteinbeziehen [7]. Unter diesem Gesichtspunkt erhält das in Wien seit jeher vertretene chirurgisch-radiologische Therapiekonzept beim Vulvakarzinom eine neue Aktualität [4, 8].

Die operativen Trends gehen in Richtung einer weniger extensiven Vulva-Entfernung, einer getrennten Inzision der inguinalen Lymphknoten und einer weniger radikalen Lymphknotenentfernung: die Definition einer radikalen Vulva-Operation wurde durch die Erkenntnis ausgeweitet, daß der Effekt einer radikalen Operation eher durch Einhaltung eines entsprechend breiten Resektionsrandes als durch die Entfernung der gesamten Vulva zu erreichen ist. Die Wundheilung ist wesentlich besser, wenn die Leisteninzisionen durch separate Einschnitte erfolgen, wobei die Resultate nicht schlechter sind. Für die nur oberflächliche Entfernung der Leistenlymphknoten spricht die Tatsache, daß nur äußerst selten tiefere Lymphknoten befallen sind, wenn nicht schon die oberflächlichen Lymphknoten involviert sind. Die Morbiditätsrate nach nur oberflächlicher Lymphknotenentfernung ist wesentlich geringer als nach tiefer Lymphknotenentfernung [7].

Die strahlentherapeutischen Trends gehen einerseits in die Richtung, klinisch negative Lymphknoten vorsorglich zu bestrahlen, andererseits auch das Operationsfeld bei ungünstigen pathohistologischen Prognosefaktoren strahlentherapeutisch abzusichern. Es ist bekannt, daß 85 % von subklinischen Metastasen mit einer Strahlendosis von 45 Gy und Tumormassen bis zu 3 cm Durchmesser mit einer Dosis von 65 Gy sterilisiert werden können. In einer randomisierten GOG-Studie konnte gezeigt werden, daß die Bestrahlung von Leistenlymphknoten und der pelvinen Lymphknoten die Häufigkeit von Inguinal-rezidiven vermindert und ein signifikanter Überlebens-vorteil bei jenen Patientinnen zu finden ist, bei denen klinisch involvierte Lymphknoten oder mehr als 1 pathohistologisch befallener Lymphknoten gefunden wurde [2, 6]. Es ist daher zumindest eine postoperative Bestrahlung von

positiven Leistenlymphknoten sinnvoll. In einer weiteren GOG-Studie wird derzeit der Stellenwert der Strahlentherapie als Behandlungsmöglichkeit von klinisch negativen Lymphknoten randomisiert überprüft. Es ist unwahrscheinlich, daß Inguinalrezidive bei Patientinnen mit klinisch negativen Lymphknoten zunehmen, wenn diese bestrahlt werden, da einerseits der zu erwartende Prozentsatz von positiven Lymphknoten in dieser low-risk Patientengruppe gering ist und andererseits die zu erwartende Beherrschung subklinischer Lymphknoten-metastasen bei 85 % liegt. Die Strahlentherapie könnte also eine durchaus akzeptable Behandlungsmodalität für klinisch negative Lymphknoten darstellen.

Für die günstigen Frühstadien sieht das chirurgisch-radiologische Therapiekonzept daher eine radikale Exzision mit adäquaten tumorfreien Rändern vor. Als günstige Frühstadien werden jene Fälle bezeichnet, bei denen die kritischen Mittellinie-Strukturen (Klitoris, Urethra, Perineum) nicht betroffen sind und die keine palpablen Lymphknoten aufweisen. Ist die Veränderung kleiner als 2 cm und zeigt nur eine geringe Invasionstiefe, so ist weder eine Lymphknotendiagnostik noch eine Lymphknoten-therapie erforderlich. Bei größeren Veränderungen bzw. solchen mit tieferer Infiltration wird die oberflächliche Entfernung der ipsilateralen Leistenlymphknoten empfohlen. Es wird aber auch diskutiert, bei diesen Fällen auf eine histologische Lymphknotendiagnostik zu verzichten

und eine Bestrahlung derselben durchzuführen (Wiener Management). Sind die histopathologischen Charakteristika des Primärtumors ungünstig (Infiltration mehr als 5 mm, G/3, Lymphgefäßeinbrüche) so wird auch die zusätzliche postoperative Bestrahlung der Vulva empfohlen.

Bei zentraler Lokalisation des Primärtumors (Klitoris, Urethra, Perineum) ist ebenso die radikale operative Entfernung anzustreben, wobei Teilresektionen der Vulva nicht zu empfehlen sind. Bei günstiger Histopathologie des Primärtumors kann hier bei nicht palpablen Lymphknoten ebenfalls auf ein chirurgisches Lymphknotenstaging verzichtet werden, wenn eine Sicherheitsbestrahlung der Lymphknoten erfolgt. Bei den Fällen mit ungünstiger Histopathologie ist ein Lymphknotenbefall wesentlich wahrscheinlicher und die Kenntnis seines Ausmaßes (Zahl der befallenen Lymphknoten) kann zur Indikation einer Bestrahlung nicht nur der Inguinalregionen, sondern auch des kleinen Beckens führen. Bei ungünstiger Histopathologie des Lokaltumors ist zudem die Bestrahlung des Operationsfeldes zu empfehlen.

Als klinisch fortgeschrittene Fälle versteht man Tumoren mit großer Ausdehnung oder ungünstiger Lokalisation und/oder mit klinisch involvierten Lymphknoten. In diesen Fällen wird neben der radikalen Vulvektomie die oberflächliche Lymphknotendisektion auf beiden Seiten empfohlen. Bei negativem Lymphknotenstatus wird keine weitere Behandlung der Inguinalregion empfohlen, sind aber 2 oder mehr Lymphknoten befallen, so wird postoperativ nicht nur die Bestrahlung des Inguinalfeldes, sondern auch der pelvinen Lymphknoten empfohlen. Eine Bestrahlung der Vulva selbst wird nur bei ungünstigen Prognosefaktoren durchgeführt.

Bei lokal so weit fortgeschrittenen Fällen, bei denen der Sphincter ani oder -urethrae geopfert werden müßte, wird heute eher die primäre Bestrahlung als erfolversprechend angesehen.

Diese kann eventuell durch eine Chemotherapie (Mitomycin und 5-FU) ergänzt werden.

Eventuell erfolgt nach dieser Therapie eine operative Entfernung von Resttumoren.

Beim Wiener Management wurde bisher auf eine Lymphknotenexstirpation im allgemeinen verzichtet, sondern es wurde immer eine Bestrahlung sowohl bei den klinisch negativen als auch klinisch positiven Leistenlymphknoten vorgenommen. Die Vulva selbst wurde elektrokirurgisch radikal entfernt. Mit diesem Verfahren überlebten im Stadium I von 203 Patientinnen

175 (82,2%) und im Stadium II von 156 125 (80,1 %) 5 Jahre symptomfrei. Im Stadium III erreichten wir eine 5-Jahres-Überlebens-rate von 64,9 % (251/163). Insgesamt wurde beim Wiener Management quer durch alle Stadien eine Gesamtheilungsrate von 68,5 % erreicht, was als außerordentlich günstiges Ergebnis gewertet werden darf.

Literatur

Hacker NF, Leuchter RS, Berek JS et al.: Radical vulvectomy and bilateral inguinal lymphadenectomy. through separate groin incisions. *Obstet Gynecol* 58: 574-579 (1981).
Homesley HD, Bondy BN, Sedlis A, Adcock L: Radiation therapy versus node resection for carcinoma of the vulva with positive groin nodes. *Obstet Gynecol* 68: 733-740 (1986). Iverson T, Aalders J, Christensen A, Kolstadt P: Cell carcinoma of the vulva: A review of 424 patients, 1956-1974. *Gynecol Oncol* 9: 271-279 (1980).
Kucera H, Weghaupt K: The electrosurgical operation of vulvar carcinoma with postoperative irradiation of inguinal lymphnodes. *Gynecol Oncol* 29: 158-167 (1988). Podratz KC, Symmonds RE, Taylor WF: Carcinoma of the vulva: Analysis of treatment failures. *Am J Obstet Gynecol* 143: 340 (1982). Sedlis A, Homesley H, Bondy BN, Marshall R, Yordan E, Hacker N, Lee JH, Whitney Ch: Positive groin lymph nodes in superficial squamous cell vulvar cancer. A Gynecologic Oncology Group study. *Am J Obstet Gynecol* 156: 1159-1164 (1987).
Thomas GM, Dembo AJ, Bryson SCP, Osborne R, DePetrino AD: Changing concepts in the management of vulvar cancer. *Gynecol Oncol* 42: 9-21 (1991).
Vavra N, Kucera H, Weghaupt K: Zum Einfluß der inguinalen Lymphknotenbestrahlung auf das Behandlungsergebnis beim Vulvakarzinom mit unterschiedlichen Risikofaktoren. *Geburtsh u Frauenheilk* 50: 470-476 (1990).