Prognostische Faktoren beim invasiven Plattenepithelkarzinom der Vulva

E.		Petru
M.		Lahousen
H.		Pickel
M.		Heydarfadaei
J.		Haas
P.		Klewein
K.		Eibel

Geburtsh.-gynäkol. Univers.-Klinik Graz (Vorst.: Prof. Dr. R. Winter)

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

Die vorliegende Arbeit stellt die Therapieergebnisse beim Vulvakarzinom über den Zeitraum der letzten 20 Jahre dar.

Patientengut und Methoden

Die Krankheitsverläufe von 212 Patientinnen mit Plattenepithelkarzinom der Vulva, die im Zeitraum von 1972 und 1991 an der Geburtshilflich-gynäkologischen Universitätsklinik stationär aufgenommen worden sind, wurden einer Analyse unterzogen. 79 % der Patientinnen waren über 60 Jahre alt. Das mediane Alter betrug 72 Jahre (Spannweite 37-91 Jahre). 53 Patientinnen wiesen ein Stadium I, 60 ein Stadium II, 66 ein Stadium III, und 33 ein Stadium IV auf. 174 Patientinnen (82 %) wurden primär einer Operation unterzogen, 12 (6%) wurden bestrahlt. 26 Patientinnen (12 %) blieben unbehandelt. Bei den operierten Patientinnen wurde in der Mehrzahl eine radikale Vulvektomie einschließlich inguinaler und femoraler Lymphadenektomie durchgeführt (n = 83; 48 %). Bei weiteren 36 Frauen (21 %) wurde eine einfache Vulvektomie vorgenommen. Die restlichen Patientinnen wurden entweder einer einfachen Exzision, einer einfachen Vulvektomie mit inguinaler Lymphadenektomie oder einer Hemivulv-ektomie mit einseitiger inguinaler Lymphadenektomie unterzogen. 41 % der Patientinnen erhielten eine adjuvante Strahlentherapie.

Ergebnisse

Die 5-Jahresüberlebensrate des Gesamtkollektivs betrug 59% und die 10-Jahresüberlebensrate 50%. 19% der Patientinnen waren im Beobachtungszeitraum inter-kurrent verstorben. Frauen unter 70 Jahren wiesen eine signifikant höhere 5-Jahres-Überlebensrate als jene über 70 Jahren auf (74 % versus 44 %; $p = 0,0001$). Die Auswertung der operierten Patientinnen ergab sowohl für das Stadium I als auch das Stadium II eine 5-Jahresüberlebensrate von 85 % , für das Stadium III von 55 % , und für das Stadium IV von 10 %. Der Unterschied zwischen den Stadien I bzw. II einerseits und den Stadien III bzw. IV andererseits war hochsignifikant ($p = 0,0001$). Keine der Patientinnen mit primärer Strahlenbehandlung überlebte die 4-Jahres-grenze. Die 5-Jahresüberlebensrate bei den Patientinnen, die einer radikalen Vulvektomie mit inguinaler und femoraler Lymphadenektomie unterzogen wurden und bei welchem Lymphknotenmetastasen festgestellt wurden (n = 36),

betrug 68 %. Bei jenen mit negativen Lymphknoten (n = 47) betrug sie 92 %. Der Unterschied erwies sich als nicht signifikant (p = 0,06).

Im Stadium I wiesen Patientinnen mit radikaler Vulvektomie (n = 17) eine signifikant bessere Überlebensrate auf als jene, die mit anderen Operationsverfahren behandelt wurden (n = 35) (5-Jahresüberleben von 100 % versus 76%, p = 0,03). Ein solcher Zusammenhang konnte bei der gemeinsamen Auswertung der Stadien I und II nicht nachgewiesen werden (p = 0,12). Im Stadium III betrug die 5-Jahres-Überlebensrate für die 26 Frauen mit radikaler Lymphadenektomie 77 % und jene für die 30 Patientinnen mit anderen Operationsarten 39% (p < 0,02).

Die adjuvante Strahlenbehandlung verbesserte in den Stadien I und II die Überlebensraten gegenüber jenen Patientinnen, die ausschließlich operiert worden waren, nicht (86 % versus 87 % mit ausschließlicher Operation). Eben-so erwies sich in den Stadien I und II der Umstand, daß sich der Resektionsrand histologisch im Gesunden befand, als nicht prognostisch signifikant. Keine der Patientinnen mit primärer Strahlentherapie und keine der unbehandelten Frauen überlebten die 4-Jahresgrenze. Die Korrelation zwischen dem klinischen

Lymphknotenstatus inguinal und dem histologischen Lymphknotenstatus einer Seite (n = 205) ergab interessante Aufschlüsse. Waren die inguinalen Lymphknoten klinisch positiv, wurden histologisch nur in 67 % tatsächlich Metastasen nachgewiesen. Waren die inguinalen Lymphknoten klinisch negativ, stimmte diese Feststellung in 84 % der Fälle mit der Histologie überein.

Diskussion

Die mäßig gute Korrelation zwischen klinischem und histologischem Lymphknotenstatus zeigt die Problematik von Analysen beim Vulvakarzinom auf [1]. Die FIGO-Stadieneinteilung erfolgt nach wie vor nach klinischen Gesichtspunkten. Ein klinisch nachgewiesener Lymphknotenbefall ordnet eine Patientin dem Stadium III oder IV zu. Nur bei einem Teil der Patientinnen kann tatsächlich eine radikale Vulvektomie samt kompletter inguinaler Lymphadenektomie durchgeführt werden und so der Lymphknotenstatus objektiviert werden. Der Grund hierfür liegt in der hohen Morbidität der meist alten Patientinnen.

Trotz der obengenannten Problematik der klinischen Stadieneinteilung der FIGO erwies sich das Stadium auch in der vorliegenden Untersuchung als prognostisch wichtiger Faktor. Diese Ergebnisse decken sich mit jenen in der Literatur [2-4].

Das Fehlen eines signifikant positiven Effekts der radikalen Vulvektomie auf die Überlebenszeit von Patientinnen im Stadium I und II im Gegensatz zu einer weniger radikalen Operationstechnik wurde auch von Rutledge et al. 1991 [2] bereits beschrieben.

In der vorliegenden Studie fanden wir keinen signifikanten Einfluß des Lymphknotenstatus auf das Überleben. In der Literatur wird seine Wertigkeit nicht einheitlich beurteilt [3, 5].

Bedeutend für die Prognose der Patientinnen mit invasivem Vulvakarzinom waren in unserem Krankengut und auch anderen Arbeiten das Alter [3] und der Urnstand, ob eine Operation durchgeführt werden konnte oder nicht.

Literatur

Köchli O, Sevin BU, Benz J, Petru E, Haller U: Gynäkologische Onkologie. Springer Verlag, Heidelberg 1991.

Rutledge F, Mitchell M, Munsell M, Atkinson N, Bass S, McGuffe V, Silva E: Prognostic indicators for invasive carcinoma of the vulva. Gynecol Oncol 1991; 42: 239-244.

Hopkins M, Reid G, Vettrano I, Morley G: Squamous cell carcinoma of the vulva. Prognostic factors influencing survival. *Gynecol Oncol* 1991;43:113-117.

Lahousen M: Behandlungsformen und -Ergebnisse beim invasiven Vulvakarzinom. *Arch Gynecol Obstet* 1989; 245: 517-523.

Cavanagh D, Fiorica J, Hoffman M, Roberts W, Bryson P, LaPolla J, Barton D: Invasive carcinoma of the vulva. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163: 1007-1015.