Das Tubenkarzinom – eine österreichische Multicenterstudie

M.		Klein ^a
A.		Rosen ^b
N.		Vavra ^c
A.		Graf ^d
M.		Lahousen ^e
A.		Schröck ^f
M.		Medl ^g
B.		Bartussek ^h
F.		Wierrani ⁱ
L.		Fuith ^j
A.		Beck ^a

^aGeburtshilflich-gynäkologische Abteilung, Hanusch-Krankenhaus, Wien

^bGeburtshilflich-gynäkologische Abteilung, Donauespital SMZ Ost, Wien ^cI. Univers.-Frauenklinik Wien ^dGeburtshilflich-gynäkologische Abteilung, LKH Salzburg,

^eUniversitätsfrauenklinik, Graz ^fGeburtshilflich-gynäkologische Abteilung,

Wilhelminenspital, Wien ^gGeburtshilflich-gynäkologische Abteilung, Krankenhaus Lainz,

Wien ^hGeburtshilflich-gynäkologische Abteilung, LKH Klagenfurt ⁱGeburtshilflich-

gynäkologische Abteilung, KH Rudolfstiftung, Wien ^jGeburtshilflich-gynäkologische Abteilung, Krankenhaus der barmherzigen Brüder, Eisenstadt

Dr. M. Klein, Geburtshilflich-gynäkologische Abteilung Hanusch-Krankenhaus, Heinrich-Collinstraße 30, A-1140 Wien

Das primäre Tubenkarzinom ist ein seltenes, aber äußerst aggressiv verlaufendes Malignom. Seine Häufigkeit wird zwischen 0,3 und 1,8% der Karzinome des weiblichen Genitaltraktes angegeben [1, 4]. Eine präoperative Diagnose gelingt kaum, die klinischen Symptome treten spät auf und zeigen sich als uncharakteristische Unterbauchschmerzen, bisweilen als vaginale Blutung [2]. So erfolgt die Laparotomie wegen ungeklärter Adnextumore, die Diagnose erfolgt zumeist erst histologisch.

Methode und Patientenkollektiv

Im Rahmen der vorliegenden Multicenterstudie wurde der Krankheitsverlauf von 72 Fällen primären Tubenkarzinoms evaluiert, die in der Zeit zwischen 1978 und 1991 operiert wurden. 35 Patientinnen befanden sich dabei im Stadium I, 11 im Stadium II, 18 im Stadium III und 8mal fand sich ein Stadium IV. Während in den Stadien I und II lediglich einmal ein Aszites festgestellt wurde, fand sich ein solcher immerhin 13mal in den Stadien III und IV. Das histologische Grading ergab 12mal ein GI, was als hoch differenziert gewertet wurde, 21 × ein GII und 34 × GUI, also undifferenzierte Tumorformationen. Die Standardoperation bestand in der Hysterektomie mit beidseitiger Adnexektomie, 20 × erfolgte zusätzlich die Lymphonodektomie, und zwar teils als staging, mehrheitlich jedoch im Sinne einer erweiterten Radikalität mit Ausräumung der paraaortalen Lymphstrombahn. 17 × wurden andere Operationsformen angewandt, wie z. B. die Netzresektion oder lediglich einseitige

Adnexexstirpationen. Eine komplette Tumorexstirpation gelang in rund 80% der Fälle, karzinomatöses Gewebe verblieb bei 14 Patientinnen, so in allen Fällen des Stadiums IV und in fünf von 18 Fällen des Stadiums III.

Als postoperative Nachbehandlung erhielten 34 Pat. eine polyvalente, zumeist Cis-Platinhaltige Chemotherapie, 27 × wurde postoperativ eine Irradiation durchgeführt. Somit blieben lediglich 11 Frauen, die keine postoperative Therapie erhielten.

Ergebnisse

Nun zum Überleben und damit zur Prognose des primären Tubenkarzinoms: Natürlich bestand ein signifikanter Unterschied zwischen den einzelnen Stadien: So hatten Patienten der Stadien I und II mit einer medianen Überlebenszeit von 41 Monaten eine signifikant bessere Prognose als solche im Stadium III und IV, die lediglich 21 Monate mediane Überlebenszeit aufwiesen. Nur 16,6 % aller Patientinnen lebten länger als 5 Jahre.

Hinsichtlich der prognostischen Bedeutung der operativen Technik wurde zwischen der Standardoperation, nämlich der Hysterektomie mit beidseitiger Adnexexstirpation und der durch radikale Lymphonodektomie erweiterten Operationsart unterschieden.

Dabei zeigte sich in den Stadien I und II mit einer medianen Überlebenszeit von 42 bzw. 41 Monaten kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Im Stadium III und IV hingegen wiesen Patienten mit radikaler Lymphonodektomie mit 36 Monaten deutlich bessere Werte auf als solche des Vergleichskollektives (15 Monate). Dennoch brachte die statistische Auswertung keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen:

Die Ergebnisse lassen sich dadurch erklären, daß in den Stadien I und II nie positive, d. h. tumorbefallene Lymphknoten zu finden waren und in den Stadien III und IV von bis zu 68 aufgefundenen lediglich maximal 12 positiv waren. Die Bedeutung der lymphogenen Metastasierung ist somit zu relativieren.

Hinsichtlich der prognostischen Bedeutung der postoperativen Nachsorge, also Chemotherapie oder Irradiation, zeigte sich eine signifikant bessere Überlebensrate bei den Patientinnen die bestrahlt wurden. Auch die stadienstratifizierte Auswertung, bei der die häufigere Anwendung der Bestrahlung in den Stadien I und II gegenüber der in den Stadien III und IV öfter verwendeten Chemotherapie berücksichtigt wurde, bestätigte diese Ergebnisse.

Zusammenfassung

Das primäre Tubenkarzinom ist ein seltenes Malignom, die Prognose quoad vitam ist in allen Stadien jedoch äußerst ungünstig. Aufgrund der langen Symptomlosigkeit kann kaum mit einer rechtzei-

tigen Diagnosestellung gerechnet werden. Daher ist operativ die radikale Tumorentfernung anzustreben, als therapeutische Richtlinie ist in der postoperativen Nachsorge der Bestrahlung gegenüber der Chemotherapie der Vorzug zu geben.

Literatur

Kinzel G: Primary carcinoma of the Fallopian tube. Am J Obstet Gynecol 125 (1976) 816-820.

Benedet J, White G, Fairey R, Boyes D: Adenocarcinoma of the Fallopian tube. Obstet Gynecol 50 (1977) 654-657.

Hershey D, Fennell R, Major F: Primary carcinoma of the Fallopian tube. Obstet Gynecol 57 (1981) 367-370.

Phelps H, Chapman K: Role of Radiation therapy in treatment of primary carcinoma of the uterine tube. Obstet Gynecol 43 (1974) 669-673.

Pakisch B, Poschauko J, Kettenbach H, Stückl-schweiger G, Poier E, Lahousen M. Pickel H, Klug P, Hackl A: Operation-Chemotherapie und Strahlentherapie des Adenokarzinoms der Tuba uterina. Gynäkol. Rundschau 30 Suppl. 1 (1990)215-216.

124

Klein/Rosen/Vavra/Graf/Lahousen/Schröck/ Das Tubenkarzinom – eine österreichische Medl/Bartussek/Wierrani/Fuith/Beck Multicenterstudie