Blasenmole/Trophoblasttumor/Chorionkarzinom

G.		Luschin-Ebengreuth
E.		Petru
H.		Pickel

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

Dr. G. Luschin-Ebengreuth, Geburtsh.-gynäkol. Univers.-Klinik, Auenbruggerplatz 14, A-8036 Graz

Schon im Altertum wurden Blasenmolen beschrieben. Die ersten Fälle von Chorionkarzinomen wurden von Hans Chiari (Wien, 1877) genau untersucht und beschrieben. Die histologische Einteilung der Blasenmolen und gestationsbedingten Trophoblasttumoren geht auf die Einteilung von Felix Marchand [1] zurück. Marchand war es auch, der den Begriff Chorionepitheliom prägte. Neuere histologische Einteilungen mit vielfältigen Modifikationen erlauben aber nach wie vor nicht, eine Prognose über das biologische Verhalten der Tumore zu machen. So wurden 89 Chorionkarzinome, von denen der klinische Verlauf bekannt war, von fünf versierten Pathologen nur in 30% der Fälle übereinstimmend klassifiziert [2]. Auf das biologische Verhalten der Erkrankung läßt sich am besten durch Beobachtung der HCG-Ausscheidung schließen. Seit der Einführung der quantitativen HCG-Bestimmung mittels Radioimmunoassay durch Vaitukaitis et al. (1972), kann die Menge an HCG bestimmt werden, die von 104 bis 105 Zellen produziert wird. So besteht neben den bildgebenden Verfahren (Ultraschall, Röntgen, Computertomographie und Magnetresonanz) zur Darstellung der Ausbreitung vor allem der Verlauf der HCG-Ausscheidung zur Beurteilung der Schwere der Erkrankung im Vordergrund.

Methode

An der Grazer Univ.-Frauenklinik wurden in den Jahren 1977-1991 167 Patientinnen mit Blasenmolen/Trophoblasttumoren behandelt. Davon wurden 15 Patientinnen chemotherapiert. In den ersten Jahren kam vor allem Methotrexat und Actinomycin-D zur Anwendung; in den letzten Jahren wurde das Spektrum um das MAC- und das EMACO-Schema erweitert. Unsere derzeitige Indikationsliste für Chemotherapie umfaßt

Histologie: Chorionkarzinom

Serum-HCG-Titer über 25.000 IU/l nach 4 Wochen

Metastasen

Anhaltende uterine Blutung

Steigender HCG-Titer

Nachweis von HCG 4-6 Monate nach Curettage

Nach Metastasen Screening werden die Patientinnen entsprechend dem WHO-Schema [3] der Gruppe mit niedrigem, mittlerem oder hohem Risiko zugeordnet (Tab. 1).

In der Gruppe mit niedrigem Risiko wird mit Methotrexat/Calciumfolinat oder Actinomycin D, in der Gruppe mit mittlerem Risiko mit Methotrexat, Actinomycin D und Cyclophosphamid (MAC) und bei hohem Risiko mit Etoposid, Methotrexat, Actinomycin D, Cyclophosphamid und Vincristin (EMACO) behandelt.

Ergebnisse und Schlußfolgerung

Im Beobachtungszeitraum wurden von 167 Frauen mit trophoblastischen Erkrankungen 15 chemotherapiert. Zwei Patientinnen verstarben, eine Patientin ist derzeit in Behandlung, die übrigen befinden sich in Vollremission. Drei Patientinnen wurden primär und fünf Patientinnen wurden im Verlaufe der Therapie einer Hysterektomie unterzogen. Bei einer Patientin wurde die Entwicklung eines Choriokarzinoms aus einer Blasenmole beobachtet: Der Krankheitsverlauf dieser sechsunddreißigjährigen Patientin dauerte 33 Monate. Sie wurde zuerst kürettiert, dann nach sechs Monaten che-

Tabelle 1

Niedriges Risiko < 4; mittleres Risiko, 5-7; hohes Risiko > 8.

Zeit zwischen dem Ende der vorausgegangenen Schwangerschaft und Chemotherapiebeginn.

motherapiert, später bei Therapieresistenz hysterektomiert und schließlich wegen (nicht lokalisierbarer Metastasen) erneut chemotherapiert. Seit acht Monaten befindet sie sich in Vollremission.

Da die HCG-Ausscheidung von 10.000 bis 100.000 vitaler Tumorzellen unter der Nachweisgrenze liegt, müssen nach dem „Negativwerden“ der HCG-Ausscheidung noch ein oder mehrere Sicherheitskurse der entsprechenden Chemotherapie verabreicht werden. Die Anzahl der notwendigen Kurse kann anhand des Abfalls des HCG-Titers abgeschätzt werden. Fast alle Patientinnen sprechen am Beginn der Behandlung gut auf Methotrexat oder Actinomycin D an. Allerdings hat sich gezeigt, daß Fälle mit hohem Risiko, die solcherart anbehandelt wurden, eine deutlich schlechtere Prognose haben, als solche, die bei hohem Risiko gleich mit einer Polychemotherapie behandelt werden. In einer Studie, in der dieses Phänomen untersucht wurde, betrug die Überlebensrate 30% bzw. in der adäquat behandelten Gruppe 63 % [4].

Literatur

1 Marchand F: Über das maligne Chorionepitheliom, nebst Mitteilung von 2 neuen Fällen. Z Geburtsh Gynecol 1898; 39: 173-258.

Scott JS: Blasenmole & Chorionepitheliom. In: Käser et al Gynäkologie und Geburtshilfe Bd I S 767, Thieme Stuttgart 1969. Gestational trophoblastic disease: WHO technical report series 692, WHO Geneva, 1983.

Lurain JR. Brewer JI: Treatment of high-risk gestational trophoblastic disease with methotrexate, actinomycin D, and cyclophosphamide chemotherapy, Obstet Gynecol 1985; 65: 830-836.

126

Luschin-Ebengreuth/Petru/Pickel

Blasenmole/Trophoblasttumor/ Chorionkarzinom