Kasuistik eines primär bestrahlten Melanoms der Cervix uteri

E.		Joura ^a
G.		Gitsch ^a
Ch.		Kainz ^a
E.		Berger ^a
G.		Breitenecker ^b

^aII. Univers.-Frauenklinik Wien (Vorst.: Prof. Dr. H. Janisch) ^bInstitut für Gynäkopathologie der Universität Wien

Dr. E. Joura, II. Univers.-Frauenklinik, Spitalgasse 23, A-1090 Wien

3 % der malignen Melanome sind im Genitalbereich lokalisiert, die weitaus überwiegende Anzahl an der Vulva (entspricht 1-2 % der Körperoberfläche). Einzelfälle werden von der Scheide, dem Endometrium und dem Ovar berichtet, von der Cervix uteri bisher lediglich 26 Fälle eines primären Melanoms.

Wir berichten vom Fall einer 83jährigen Patientin, die unter dem Verdacht eines Zervixkarzinomes mit einer vaginalen Blutung eingewiesen wird. Die Diagnose wird zunächst klinisch bestätigt, Stadium FIGO III AB. Lichtmikroskopisch zeigt sich undifferenziertes Tumorgewebe mit spindeligen und polygonalen Zellen, durch Nachweis von Anti-S-100-Protein und durch negative Färbung mit Anti-Keratin HMW zum Abschluß eines epithelialen Ursprunges wird immunhistochemisch die Diagnose eines spindelzelligen Melanoms der Cervix uteri gestellt. Die Immunhistochemie wird wie bereits beschrieben durchgeführt (Gitsch et al. 1992).

Die Inspektion der Vulva und aller endoskopisch zugänglichen Schleimhäute sowie dermatologische und ophthalmologische Kontrollen geben keinen Hinweis auf einen anderen Primärherd.

Es wird eine kombinierte Strahlentherapie durchgeführt, nach 6 Wochen kommt es zum klinischen Bild einer Vollremission.

5 Monate nach Therapiebeginn tritt an der Portio wiederum Fremdgewebe auf, Parametrien und Rektalschleimhaut sind infiltriert. Das Rezidiv wird bestrahlt, es kommt wiederum zu einer Abnahme des Infiltrates, histologisch wird die Diagnose bestätigt. Ein Monat später treten Metastasen am Introitus und inguinal auf, 2 weitere Monate später findet sich ein Rundherd in der Lunge und eine tumorös infiltrierte Blasenschleimhaut.

15 Monate nach Therapiebeginn stirbt die Patientin an den Folgen der malignen Erkrankung. Da die meisten Melanome des weiblichen Genitaltraktes an der Vulva auftreten, vertreten manche Autoren die Meinung, daß das Melanom der Zervix durch metastatische Absiedelung entsteht (z. B. Morrow u. DiSaia 1976). In 3,5% von nicht-pathologischen Zervices fand man Melanozyten (Cid 1959, Stegner 1959), benigne Melanosen von Zervix und Vagina sind beschrieben (Tsakuda 1976). Uehara und Mitarbeiter fanden bei 8,6% der japanischen Frauen dermale Melanozytenanhäufungen. Ursprung dieser Melanozyten dürfte die Neuralleiste sein,

die Expression von S-100-Protein und die Nähe von peripheren Nervenfasern sind Hinweise dafür.

Die Patientinnen präsentieren sich meist mit vaginalen Blutungen, gelblicher Ausfluß wurde beschrieben. Die Diagnosestellung erfolgt wegen des undifferenzierten Bildes bei Fehlen des Pigmentes immunhistochemisch (S-100 Protein positiv, Anti-Keratin HMW negativ). Der Ausschluß eines anderen Primärherdes ist entscheidend.

Obwohl 94 % der Melanome in den Stadien I und II entdeckt wurden, ist die Prognose gegenüber dem Zervixkarzinom drastisch schlechter.

Neben anderen Therapieversuchen wird zumeist chirurgisch radikal therapiert, in fortgeschrittenen Stadien primär irradiert. Remissionen unter Bestrahlung sind nur bei Owens (1988) und in unserem Fall dokumentiert. Obwohl das Melanom als strahlenresistent gilt, wiesen Harwood und Cummings 1982 einen therapeutischen Effekt nach, dies wird durch unsere Erfahrungen bestätigt.

Literatur

Gitsch G, Reinthaller A, Kohlberger P, Tatra G, Breiteneker G: Immunohistochemistry in pelvic lymph nodes of patients with cervical cancer. Brit J Obst Gyn 99 (1992). Morrow CP, DiSaia PJ: Malignant melanoma of the female genitalia: A clinical analysis. Obst Gynecol Surv 31 (1976) 233.

Cid JM: La pigmentation melanique de l'endocervix. un argument visceral neurogenique. Ann Anat Pathol 4 (1959) 617. Stegner HE: Über melaninbildende Pigmentzellen und Pigmenttumoren der portio vaginalis uteri. Zbl Gynäkol 81 (1959) 1686. Tsakuda A: Benign melanosis of the vagina and cervix. Am J Obstet Gynecol 124 (1976) 211.

Uehara T, Takayama S, Takemura T, Kasuga T: Foci of stromal melanocytes (so-called blue naevus) of the uterine cervix. Virchows Archiv A 418 (1991) 327.

Harwood JR, Cummings BJ: Radiotherapy for malignant melanoma: a re-appraisal. Cancer Treat Rev 8 (1982) 271.