Aggressiver Krankheitsverlauf bei einer jungen Patientin mit kleinzelligem Zervixkarzinom

M.		Heydarfadai ^a
H.		Pickel ^a
E.		Petru ^a
M.		Lahousen ^a
F.		Ebner ^b

^aGeburtsh.-gynäkol. Univers.-Klinik Graz (Vorst.: Prof. Dr. R. Winter) ^bGemeinsame Einrichtung MR Graz (Vorst.: Prof. Dr. F. Ebner)

Dr. M. Heydarfadai, Geburtsh.-gynäkol. Univers.-Klinik, Auenburgerplatz 14, A-8036 Graz

Im Juni 1992 wurde eine 24jährige Patientin zur Behandlung eines Zervixkarzinoms stationär aufgenommen. Anamnestisch gab sie Blutungen unter Pilleneinnahme seit 2 Monaten an. Kolposko-pisch zeigte sich Tumorgewebe; eine Biopsie ergab Formationen eines kleinzelligen Karzinoms. Klinisch lag ein Carcinoma colli uteri Stadium Ib vor. Das präoperativ durchgeführte MRI zeigte ein Tumolvolumen von 21 cm³ bei einem Durchmesser von 3 cm.

Im Juli 1992 wurde die Patientin einer Radikaloperation nach Wertheim-Meigs unterzogen. Histologisch fand sich ein klein-zelliges, undifferenziertes Karzinom mit metastatischem Befall zweier pelviner Lymphknoten (Lnn. iliaci ext. sin.). Eine post-operativ vorgesehene Chemotherapie mit Carboplatin (400 mg/m²) und Bleomycin (30 mg) wurde von der Patientin nach dem 1. Kurs aus familiären Gründen abgebrochen.

Im Jänner 1993 suchte sie wegen Schmerzen in der linken Ingui-nalregion und wegen eines Knotens in der rechten Mamma ein auswärtiges Spital auf. Dort wurde der Verdacht auf ein Beckenwandrezidiv gestellt. Eine zusätzlich durchgeführte Mammo-graphie ergab den Verdacht auf ein polyzyklisches Fibroadenom; die Exstirpation des Knotens wurde empfohlen.

Zuständigkeitshalber wurde die Patientin an unsere Klinik transferiert. Bei der klinischen Untersuchung fand sich ein gut nuß-großer Knoten an der linken Beckenwand; der Rezidivverdacht wurde mittels TruCut-Punktion bestätigt. Die Tumorexstirpation aus der rechten Mamma ergab Metastasen eines kleinzelligen, undiffe-renzierten Karzinoms.

Die Patientin erhält derzeit eine Chemotherapie mit Carboplatin und Bleomycin.

Außerdem ist eine Irradiatio des kleinen Beckens sowie der Mamma geplant. Die Beobachtungsdauer nach Primärtherapie be-trägt derzeit 11 Monate.

Der Grund für die bei einem Carcinoma colli uteri Ib extrem rapide Progredienz ist in der Histologie zu suchen.

Epitheliale Malignome der Cervix uteri können unterteilt wer-den in – großzellige nicht verhornende.

verhornende Plattenepithelkarzinome und kleinzellige Karzinome, wie bei unserer Patientin.

Histologisch charakteristisch für kleinzellige Karzinome sind kleine uniforme Zellen mit wenig Zytoplasma und geringer Aniso-karyose.

Kleinzellige Karzinome (small cell cancers) kommen selten vor. Die ausführlichste Publikation ist jene von Van Nagell et al. (1988): Von 2201 Patientinnen mit Zervixkarzinomen hatten 25 Frauen (=1.1%) kleinzellige Karzinome. 33% dieser kleinzelligen Karzinome wiesen endokrine Marker wie die neuronspezifische Enolase, Chromogranin, Calcitonin oder Serotonin auf, die restlichen 67 % zeigten epitheliale Marker wie Cytokeratin oder Epithel-membranantigene.

Über den Ursprung der kleinzelligen Karzinome gibt es 2 Theo-rien: Einerseits wird die Abstammung aus endozervikalen ar-gyrophilen Zellen oder deren Vorstufen, den multipotenten endo-krinen Zellen, andererseits ein epithelialer Ursprung (Entwicklung aus Basalzellen) diskutiert.

Bei den „small cell cancers“ handelt es sich um eine heterologe Gruppe von Tumoren, welche eine rasche Wachstumstendenz zeigen und mit einer hohen Rate von Lymphgefäßeinbrüchen sowie Lymphknotenmetastasen assoziiert sind.

15 von 25 Patientinnen (60%) mit kleinzelligen Karzinomen aus der Studie von Van Nagell zeigten bereits bei Diagnosestellung Lymphgefäßeinbrüche, und in bereits 10 von 25 Tumoren (40%) mit einem Durchmesser < 3 cm waren Lymphknotenmetastasen fest-stellbar.

Das rezidivfreie Intervall war bei kleinzelligen Karzinomen si-gnifikant kürzer (20 Monate) als bei großzelligen Plattenepi-thelkarzinomen (35 Monate). Bei 68% der Fälle mit kleinzelligem Karzinom trat das Rezidiv innerhalb eines Jahres nach Primärtherapie auf.

Zusammenfassend steht unser Fallbericht in Einklang mit der Literatur, daß es sich bei dieser seltenen Form eines Zervixkarzinoms um eine biologisch besonders aggressive Tumorra-riante handelt, die frühzeitig Metastasen setzt.

Literatur

Gauthier P. et al.: Identification of histopa- 2 Van Nagell JR. et al.: The prognostic si- 4

Yamasaki M. et al.: Argyrophil small cell car-thologic risk groups in Stage IB squamous cell
gnificance of cell type and lesion in patients cinomas of the uterine cervix. Int. J.

Gynecol.

carcinoma of the cervix. Obstet. Gynecol.: with cervical cancer treated by radical surgery.

Pathol.: 1984, 3: 146–152.

1985, 66: 569–574. Gynecol. Oncol: 1977, 5: 142–151.

3 Van Nagell JR. et al: Small cell carcinoma of the uterine cervix. Cancer: 1988, 62: 1586–1593.

282 Heydarfadaei/Pickel/Petru/Lahousen/Ebner Aggressiver Krankheitsverlauf bei einer jungen Patientin mit kleinzelligem Zervixkarzinom