Verzögerte Diagnosestellung beim fortgeschrittenen Endometriumkarzinom

P.		Buxbaum
A.		Obermair
I.		Schreiner-Freeh
Ch.		Kurz
N.		Vavra
P.		Sevelda

Univers.-Frauenklinik Wien Abt. Geburtsh. u. Gynäk. (Vorst.: Prof. Dr. P. Husslein)

Dr. P. Buxbaum, Univers.-Frauenklinik, Spitalgasse 23, A-1090 Wien

Eine kürzlich publizierte Studie [1] widersprach der gängigen Meinung, daß Patienten mit fortgeschrittenem Endometriumkarzinom im Gegensatz zu Patienten mit beginnendem Endometriumkarzinom einer verzögerten Diagnosestellung unterlagen.

Anläßlich dieser Behauptung erhoben wir anhand einer retro-spektiven Studie an 116 Patientinnen mit postmenopausalem Endometriumkarzinom die Dauer des Blutungsintervalls, definiert als Zeitraum zwischen erstmaligem Auftreten einer postmenopausalen Blutung (als häufigstes Erstsymptom des Endometriumkarzinoms) und endgültiger histologischer Diagnosesicherung. In Folge untersuchten wir, ob dieses von uns erhobene Blutungsintervall in Zusammenhang mit bereits etablierten Prognosefaktoren des Endometriumkarzinoms gebracht werden kann. Ein solcher Zusammenhang würde die oben erwähnte Studie widerlegen und eine ehestmögliche histologische Abklärung sofort nach Auftreten einer postmenopausalen Blutung rechtfertigen.

Material und Methode

Material: In unserer retrospektiven-Studie wurden von insgesamt 231 zwischen 1976-1989 an der ehemaligen I. Univers.-Frauenklinik operierten Patientinnen mit postmenopausalem Endometriumkarzinom der FIGO-Stadien I-IV 116 Patientinnen zur Auswertung herangezogen. Die Einschlusskriterien umfaßten eine Postmeno-pausendauer von mindestens 5 Jahren sowie die exakte anamnestische Erfassung des Blutungsintervalls. Die Diagnosestellung erfolgte mittels Curettage und histologischer Aufarbeitung. Die spätestens 2 Wochen nach der Curettage durchgeführte Radikaloperation umfaßte Hysterektomie und bilaterale Adnexektomie, bei Tumoren im Stadium IC-IV, und bei undifferenzierten Tumoren wurde zusätzlich eine pelvine Lymphonodektomie durchgeführt.

Methode: Die Tumorklassifikation erfolgte nach den FIGO-Kriterien 1988. Wir verglichen die Blutungsintervalle bei Stadium IA, IB-Tumoren (Tumorinvasion weniger oder bis zu $\frac{1}{2}$ des Myome-

triums) mit den Blutungsintervallen bei Stadium IC (Tumorinvasion mehr als $\frac{1}{2}$ des Myometriums) bis Stadium II-IV-Tumoren. Als weitere Parameter wurden Gefäßinvasion, histologisches Grading (nach Bloom & Richardson) und Lymphknotenstatus herangezogen.

Ergebnisse

Unsere retrospektive Studie basiert auf den Daten von 116 Patientinnen mit Endometriumkarzinomen der Stadien I-IV. Das mittlere Alter betrug 64.7 Jahre (± 7.3 ; 55-85). Die Stadienzuordnung umfaßte 91 Patientinnen im Stadium I. 16 im Stadium II und 9 im Stadium III/IV. Das durchschnittliche Blutungsintervall betrug 19.2 Wochen (± 45.5 : 0,14-365,1). Die Zuordnung des Blutungsintervalls zu den einzelnen etablierten Prognosefaktoren (FIGO-Stadium, Myometriuminvasion, histologisches Grading, Gefäßinvasion und histologischer Typ) zeigt Tabelle 1.

Zusammenfassend fanden wir statistisch signifikant kürzere Blutungsintervalle bei Tumoren der Stadien IA, IB sowie bei Tumoren mit einer Invasionstiefe von weniger als 2/3 des Myometriums. Für die Parameter histologisches Grading, Gefäßinvasion, und histologischer Typ konnte jedoch kein Zusammenhang mit dem Blutungsintervall festgestellt werden. Da in nur 6 von 63 lymphonodektomierten Patientinnen positive Lymphknoten gefunden wurden, konnte dieser Parameter in unserer Auswertung nicht berücksichtigt werden.

Schlußfolgerung

Unsere Ergebnisse zeigen, daß das Blutungsintervall bei fortgeschrittenen Karzinomen im Vergleich zu Karzinomen im Stadium IA, IB drei mal, bzw. im Vergleich zu Karzinomen mit einer Invasionstiefe weniger als 2/3 des Myometriums zweieinhalb mal länger war. Dies bestärkt unsere Meinung, daß Patientinnen mit fortgeschrittenen Karzinomen zum Zeitpunkt der Diagnosesicherung möglicherweise einer verzögerten Diagnosestellung unterlagen.

Prognosefaktor	n	mittleres Blutungsintervall	SD ($\pm$)	p-value
(in Wochen) (Kruskal-Wallis)				
FIGO-Stadium				
Stadium IA	74	42		
IB	11,2			
Stadium IC-IV	33,4			
	18,1	69,8		
	0,0023			

Invasionstiefe	bis V3 des Myometriums	bis 2/3 des Myometriums	> 2/3 des Myometriums
	66		
	25	25	
	11,9		
	28,8	30,9	
	20,0		
	57,8	71,7	
	0,0141		

Grading

g1	g2	g3	keine Angabe
41			
51			
20			
4			
21,3	16,5	22,7	
58,2	27,8	55,0	

0.4157

Gefäßinvasion

vorhanden

keine

keine Angabe

20

88

8

26,2 18

55,8 44,7

0,174

Hystologischer Typ

endometroid

klarzellig

papillär

undifferenziert

andere

94 5 5

3 9

19,8

5,7 23,8 13,6 20,2

49,6 4,1 30,2 12,5 16,9

0,351

n = Anzahl, SD = Standardabweichung

155