

Univ.-Prof. Dr. med. Ralph J. Lellé, MIAC

Frauenklinik des Universitätsklinikums Münster
Albert-Schweitzer-Straße 33
D-48149 Münster

Wissenschaftliches Sekretariat:
Alexandra Woltering
Tel: 0251-83-4 54 76
Fax: 0251-83-4 54 77

26.01.2008

Fertilitätserhaltung auch beim mikroinvasiven Adenokarzinom der Zervix?

Zusammenfassung

Bisseling et al. führten bei diesem relativ seltenen Tumorstadium eine retrospektive Analyse bei 38 Fällen durch. Bei 29 Patientinnen lag ein FIGO-Stadium IA1 vor und bei 9 Patientinnen ein Stadium IA2. Die Patientinnen waren im Mittel 36 Jahre alt. Die Behandlungsmodalitäten reichten von der einfachen Konisation bis zur radikalen Hysterektomie mit pelviner Lymphonodektomie. Von den 18 Patientinnen, die ausschließlich konisiert wurden, hatten 2 Patientinnen ein Stadium IA2. 11 dieser Patientinnen wurden schwanger. Es kam zu 13 Lebendgeburten, 3 Spontanaborten und 2 Schwangerschaftsabbrüchen. Innerhalb des 72-monatigen mittleren Nachbeobachtungszeitraums traten keine Rezidive auf.

In einer Analyse der gesamten Literatur finden sich 1565 Fälle mit mikroinvasivem Adenokarzinom. 814 mal wurde eine pelvine Lymphonodektomie durchgeführt, wobei nur 12 mal tatsächlich Lymphknotenmetastasen gefunden wurden. Dagegen traten keine Lymphknotenmetastasen bei den 25 Patientinnen auf, deren Tumor eine Lymphangiosis carcinomatosa aufwies. 365 mal wurde Parametrium reseziert und war in keinem der Fälle infiltriert.

Die Autoren empfehlen trotz fehlender Daten bei ausgedehnter Lymphangiosis carcinomatosa eine pelvine Lymphonodektomie. Durch einen laparoskopischen Zugangsweg könnte hierbei die Morbidität vermindert werden. Eine Exzision der Parametrien ist offenbar nicht erforderlich. Eine Fertilitätserhaltung scheint prinzipiell vertretbar. Allerdings ist die Datenlage hierbei sehr dünn. Der Tumor sollte mit einem Sicherheitsabstand von mindestens 3 Millimetern entfernt sein. Ungeklärt ist hierbei der Stellenwert der Trachelektomie. Die Autoren sind der Ansicht, dass dies beim mikroinvasiven Karzinom eine zu radikale Methode darstellt.

Kommentar

Die Diagnose des mikroinvasiven Adenokarzinoms ist schwieriger als die des plattenepithelialen Mikrokarzinoms. Die offizielle Stadiendefinition der FIGO ist für beide Entitäten identisch: Infiltrationstiefe 3 Millimeter (IA1) bzw. 5 Millimeter (IA2) oder weniger und horizontale Ausdehnung 7 Millimeter oder weniger. Die "Society of Gynecologic Oncology" (SGO) in den USA akzeptiert dagegen nur eine Infiltrationstiefe von maximal 3 Millimetern (ohne Berücksichtigung der horizontalen Ausbreitung) und auch nur, wenn keine Lymphangiosis carcinomatosa vorliegt.

Die Infiltrationstiefe ist bei der drüsenzelligen Läsion schwer zu messen, da der Bezug zur Basalmembran nicht so einfach zu beurteilen ist wie bei plattenepithelialen Karzinomen. Eine lineare Ausbreitung entlang der Drüsenkrypten kann zum Beispiel eine tiefere Infiltration vortäuschen. Außerdem wachsen bis zu einem Viertel der Adenokarzinome multifokal.

Aufgrund der spärlichen Daten lässt sich der vorsichtige Schluss ziehen, dass mikroinvasive Adenokarzinome der Zervix in Analogie zu mikroinvasiven plattenepithelialen Karzinomen behandelt werden können. Zweifellos ist die exakte histomorphologische Diagnose gerade beim mikroinvasiven Adenokarzinom von zentraler Bedeutung, um eine Über- oder Untertherapie zu vermeiden.

Literaturstelle

Bisseling KC, Bekkers RL, Rome RM, Quinn MA:

Treatment of microinvasive adenocarcinoma of the uterine cervix: a retrospective study and review of the literature

Gynecol Oncol 107: 424-430 (2007)

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=17707895