

Ovarial-, Endometrium- und Zervixkarzinom bilden die drei häufigsten genitalen Karzinome der Frau. Erfreulicherweise sind – vor allem in den letzten fünf Jahren – einige Fortschritte in der Therapie bei diesen drei Krankheitsbildern zu vermelden: Neue therapie- und prognoserelevante Erkenntnisse haben neue Sichtweisen und auch Hoffnungen geschaffen.

Meist schon fortgeschritten: Ovarialkarzinom

Das Ovarialkarzinom weist die höchste Mortalität der genitalen Tumoren auf. Der Grund liegt in einer späten Diagnosestellung, welche meist in fortgeschrittenem Tumorstadium wegen fehlender Frühsymptome und mangelnder Möglichkeit der Früherkennung erfolgt. Oft finden sich früh Implantationsmetastasen auf dem Peritoneum. Die lymphatische Ausbreitung erfolgt ebenfalls früh in die pelvinen und vor allem paraaorta-



lenwert der adjuvanten Chemotherapie unklar. Kürzlich konnte gezeigt werden, dass sich in gewissen Fällen eine adjuvante Chemotherapie positiv auf das Überleben auswirkt.

Im Frühstadium gut therapierbar: Zervixkarzinom

Auch die Therapie des Zervixkarzinoms hat in den letzten Jahren deutliche Veränderungen erfahren. In den Frühstadien führt die stadienadaptierte Therapie bei angepasster Radikalität zu reduzierter Morbidität. Bei den fortgeschrittenen Stadien (ab FIGO IIB) bewirkt der Zusatz eines Chemotherapeutikums (meist Cisplatin) als Radiosensitizer anlässlich der primären Radiotherapie einen Überlebensvorteil in der Grössenordnung von 10 Prozent.

Subspezialität mit Schwerpunkttitle

Auch wenn diese Krankheitsbilder interdisziplinär angegangen werden müssen, wurde der Komplexität dieser Entwicklungen dadurch Rechnung getragen, dass aus der Allgemeinen Gynäkologie die Subspezialität «Gynäkologische Onkologie» hervorgegangen ist. Im Jahr 2002 hat die FMH denn auch für diese den Schwerpunkttitle «Gynäkologische Onkologie» geschaffen.

Prof. Dr. med. Daniel Fink
Klinikdirektor
Klinik für Gynäkologie
UniversitätsSpital Zürich

Fortschritte in der Gynäkologischen Onkologie

len Lymphknoten. Die Therapie des fortgeschrittenen Ovarialkarzinoms basiert auf der möglichst radikalen Tumorresektion, der sich eine Kombinationschemotherapie anschliesst. Die operative Radikalität ist dabei für die Prognose der Patientin mit fortgeschrittenem Ovarialkarzinom von entscheidender Bedeutung. Somit ist die Debulkingoperation sinnvollerweise in operativen Zentren durchzuführen.

Bei knapp 30 Prozent aller Patientinnen mit Ovarialkarzinom kann die Diagnose bereits in einem frühen Stadium mit auf das Ovar begrenzter Erkrankung gestellt werden. Kürzlich wurde gezeigt, dass mit einer adjuvanten platinhaltigen Chemotherapie auch bei den meisten Frühstadien bessere Überlebensdaten erreicht werden können. Die Ausnahme stellt das gut differenzierte, auf ein Ovar beschränkte Karzinom (FIGO IA) dar. Beim frühen Ovarialkarzinom ist daher ein exaktes Staging mit pelviner und paraaortaler Lymphonodektomie wichtig, eben weil unter Umständen diesen Patientinnen eine adjuvante Chemotherapie erspart werden kann.

Hierzulande häufig: Endometriumkarzinom

Das Endometriumkarzinom ist in den Industriestaaten das häufigste gynäkologische Malignom der Frau. Das operative Staging mit Hysterektomie, bilateraler Adnexektomie und meist pelviner und paraaortaler Lymphonodektomie stellt die wichtigste Komponente der Primärtherapie des Endometriumkarzinoms dar. Bei nachgewiesenem Lymphknotenbefall wird eine pelvine Radiotherapie durchgeführt. Lange Zeit war der Stel-