

5. Zusammenfassung

Retrospektiv untersucht und ausgewertet wurden die Akten und Daten von 122 Patientinnen, die in den Jahren 1992 bis einschließlich 2000 im Auguste-Viktoria-Krankenhaus in Berlin aufgrund eines Zervixkarzinoms nach Wertheim/Meigs operiert wurden.

Das Durchschnittsalter aller Patientinnen betrug 50,67 Jahre. Die Gruppe der 41-50jährigen Frauen war mit 31,1% am häufigsten, die 20-30jährigen mit 1,6% am seltensten vertreten.

83,6% der Frauen wiesen histologisch ein Plattenepithelkarzinom, 9,8% ein Adenokarzinom und 6,6% andere Histologien auf.

Der histologische Differenzierungsgrad verteilt sich in 9% auf G1, 56% auf G2 und 35% auf G3.

Die Stadien pT1b1/1b2 traten mit 52,5% am häufigsten auf, gefolgt von den Stadien pT2a/b mit 37,7%. Die restlichen Prozente verteilten sich auf die Stadien pT1a1/1a2 und pT3a/b.

Bei 54,1% der Patientinnen konnte eine Lymphgefäßkarzinose festgestellt werden. Lymphknotenmetastasen traten jedoch lediglich bei 28,7% der Fälle auf.

Die Rate der intraoperativen Komplikationen liegt bei etwa 23%. Die Transfusionspflichtige Blutung war mit 14% die häufigste intraoperative Komplikation. Verletzungen von Nachbarorganen, großen Gefäßen und Nerven kamen unter 5% vor.

Postoperative Komplikationen traten in 71% der Patientinnen auf. Mit 29% war der Ureterstau die häufigste Komplikation, gefolgt von den Blasenentleerungsstörungen mit 24%, dem Harnwegsinfekt mit 17%, der Lymphzyste mit 15% und dem Lymphödem mit 13%. Die Komplikationsrate von Ureterstau und Ureterläsion war bei Patientinnen mit präoperativer Einlage von Ureterenkatheter signifikant niedriger als ohne.

Bei 47% der Patientinnen wurde von einer postoperativen Therapie abgesehen.

53% der Patientinnen erhielten aufgrund von Lymphknotenstatus oder fortgeschrittenem Karzinomstadium eine postoperative Therapie, wovon über 90% eine adjuvante Radiatio ausmachte.

Bezüglich eines Rezidivs konnten die Daten von 106 Patientinnen evaluiert werden. 21 (19,8%) Patientinnen erkrankten an einem Rezidiv. 70% der Rezidivfälle traten innerhalb der ersten 12 Monate auf.

Ein hochsignifikanter Zusammenhang konnte zwischen Rezidivrate und Stadium, ein signifikanter Zusammenhang zwischen Rezidivrate und Lymphknotenbefall erwiesen werden. Zwischen Rezidivrate und Tumorhistologie, Rezidivrate und Grading und Rezidivrate und postoperativer Therapie konnten nur tendenziell signifikante Zusammenhänge festgestellt werden. Kein signifikanter Zusammenhang besteht zwischen Rezidivrate und Lymphgefäßkarzinose.

67% der Tumorrezidive befanden sich am Scheidenstumpf, bei drei Fällen in Kombination mit einem zentralen Rezidiv, die restlichen verteilten sich auf Beckenwand, isoliert zentrales Rezidiv und paraaortale Lymphknoten.

Die Rezidivfälle wurden in über 30% palliativ behandelt. 70% wurden mit kurativem Ansatz mit einer Operation, Radiatio oder Kombination aus beidem therapiert. Es zeigte sich tendenziell, daß Patientinnen, die eine Operation mit anschließender Strahlentherapie erhielten, ein höhere Überlebensrate aufwiesen, als mit alleiniger Operation, isolierter Radiatio oder Chemotherapie.

Die Mortalitätsrate liegt bei 23%. 17 der 25 verstorbenen Patientinnen waren zuvor an einem Rezidiv erkrankt. Der mittlere Zeitraum bis zum Eintritt des Rezidivs liegt hier bei 13,1 Monaten.

Fernmetastasen zeigten sich bei 12 (12,7%) der 106 Frauen. Diese traten zu 70% in der Lunge auf. Neun der Fälle hatten zuvor ein Rezidiv entwickelt.

Alle Patientinnen mit Fernmetastasierung verstarben innerhalb eines durchschnittlichen Zeitraums von 26,1 Monaten.