

Diagnostik und Therapie der Vaginal-,Vulva- und Zervixkarzinome

Vaginalkarzinome

Primäre Vaginalkarzinome sind **selten** und machen nur 1-2% der malignen Tumoren des weiblichen Genitaltraktes aus. Mehr als doppelt so **häufig** ist **der sekundäre Befall** der Vagina durch Ausbreitung anderer Malignome des weiblichen Genitaltraktes oder von Rektum- und Blasenkarzinomen.

Vaginalkarzinome sind **zu 90 % Plattenepithelkarzinome**, die restlichen 10% verteilen sich auf Adenokarzinome, Melanome und Rhabdomyosarkome (Kindesalter, Altersgipfel 2.-3- Lj., vom oberen Anteil der Vaginalwand ausgehender, traubenförmiger Tumor).

Bei Töchtern von Müttern, die in der Gravidität Diethylstilböstol erhalten hatten, wurde das Auftreten eines hellzelligem Adenokarzinoms der Vagina beobachtet.

In Abhängigkeit vom Ausmaß der Atypien werden **die Vorstadien** des Vaginalkarzinoms in 3 Schweregrade (**VAIN I-III**) eingeteilt.

Das Vaginalkarzinom wird gemäß den FIGO-Empfehlungen **in Stadium I-IV** eingeteilt (siehe Vorlesung).

Hauptsymptom ist die vaginale Blutung, oft nach Kohabitation.

Die Diagnose der Vaginalkarzinome wird bei der Spiegeleinstellung und bei der vaginalen Untersuchung durch die Entnahme eines zytologischen Abstrichs oder einer Biopsie (nicht beim Melanom!!) gesichert.

Strahlentherapie: meist lokale Kontakttherapie, bei größeren Karzinomen in Kombination mit einer perkutenen Beckenbestrahlung.

Operative Therapie:

Bei Karzinomen des oberen Scheidendrittels erfolgt die radikale Hysterektomie mit pelviner Lymphonodektomie (nach Wertheim-Meigs) und oberer Kolpektomie; bei Sitz im mittleren Drittel zusätzlich inguinale Lymphonodektomie.

Bei Karzinomen im unteren Drittel ist die untere Kolpektomie mit Vulvektomie und inguinaler Lymphonodektomie indiziert.

Vulvakarzinome

Das Vulvakarzinom ist ein Malignom der **älteren Frau** (Durchschnittsalter 65 Lj), mit 4% der weiblichen Genitaltumoren ist es eher selten.

90% der malignen Veränderungen der Vulva sind **Plattenepithelkarzinome**, die restlichen 10% verteilen sich auf Melanome, Sarkome und Basaliome.

Plattenepithelkarzinome, die an der Oberfläche einen Durchmesser von unter 2cm und eine Infiltrationstiefe von unter 1mm haben werden als mikro-invasive Karzinome bezeichnet; hier ist die Wahrscheinlichkeit einer Metastasierung gering:

mit einer **lymphogenen Metastasierung** muss gerechnet werden, wenn die **Invasionstiefe** des Vulvakarzinoms **größer als 1mm** ist.

Die Vorstadien des Vulvakarzinoms werden je nach dem Ausmaß der Atypien in 3 Schweregrade eingeteilt (**VIN I-III**). VIN III umfasst die schwere Dysplasie und das Carcinoma in situ. **Der Morbus Bowen** zählt zu den schweren Dysplasien und zeichnet sich durch Hyperpigmentation aus.

Der Morbus Paget der Vulva ist eine Sonderform der VIN, da er nicht vom Plattenepithel sondern von den Hautanhangsdrüsen abstammt. Histologisch kennzeichnend: Paget-Zellen mit vakuolisiertem Zytoplasma und bläschenförmigen Kernen.

Nach den FIGO-Empfehlungen wird das **Vulvakarzinom in die Stadien I-IV** eingeteilt (siehe Vorlesung)

Hauptsymptome des Vulvakarzinoms sind Pruritus und Schmerzen. Ein Fünftel der Patienten ist beschwerdefrei.

Die Diagnostik erfolgt durch Inspektion und histologische Abklärung (Biopsie).

Die Standardtherapie des Vulvakarzinoms ist die radikale Vulvektomie mit Ausräumung der inguinalen und femoralen Lymphknoten. Grundsätzlich sollte die Radikalität der Operation der Tumorgröße und Lokalisation angepasst sein. Im Tumorstadium IA (Tu.-größe <2cm, Infiltrationstiefe <1mm) und manchmal auch noch bis Stadium Ib (Tumorgröße wie IA, Invasionstiefe über 1mm, ohne LK-Beteiligung) ist eine lokale Exzision im Gesunden möglich. Eine größere Sicherheit bietet die radikale Vulvektomie.

Die primäre Strahlentherapie wird hauptsächlich bei inoperablen Patientinnen angewandt.

Zervixkarzinome

Heute ist das Zervixkarzinom seltener geworden als das Korpuskarzinom; jährlich liegt die Inzidenz in Deutschland bei 15 Neuerkrankungen pro 100 000 Frauen.

Das Karzinom entsteht in der Transformationszone (siehe Vorlesung). 95% aller Zervixkarzinome sind **Plattenepithelkarzinome**, 4% sind Adenokarzinome (weniger strahlenempfindlich). Bei einem überwiegenden Anteil der Plattenepithelkarzinome sind Genome der HPV-Viren insbesondere der Typen **HPV 16,18 und 45** nachweisbar und sind neben anderen Risikofaktoren wie z.B. dem Rauchen (!) ätiologisch wichtig.

Die Vorstadien des Zervixkarzinoms werden je nach dem Ausmaß der Atypien in 3 Schweregrade eingeteilt (**CIN I-III**). CIN III umfasst die schweren Dysplasien und das Carcinoma in situ. Die Zellatypien betreffen alle Schichten des Epithels, beim Carcinoma in situ ist die Schichtung des Plattenepithels aufgehoben, die Karzinomzellen haben die Basalmembran aber noch nicht durchbrochen (obligate Präkanzerose).

Nach den FIGO-Empfehlungen wird das **Zervixkarzinom in die Stadien I-IV** eingeteilt (siehe Vorlesung).

Hauptsymptome des Zervixkarzinoms und seiner Vorstufen sind Blutungsstörungen (azyklische spontane Blutungen oder Blutungen nach Kontakt/GV, bräunlich-blutiger Ausfluss, Schmierblutungen).

Wesentlich für die frühzeitige Diagnose ist die Spiegeleinstellung mit **Kolposkopie** (siehe Vorlesung) und Entnahme eines **zytologischen Abstrichs** von der Portiooberfläche **und** aus dem Zervikalkanal. Die endgültige Diagnose wird histologisch gestellt. Beim **Carcinoma in situ** und bei länger persistierenden schweren Dysplasien durch die **Konisation** und **fraktionierte Abrasio** (siehe Vorlesung) und beim klinisch/makroskopisch sicheren Karzinom durch die Biopsie.

Beim Carcinoma in situ ist die Messerkonisation gleichzeitig Diagnose und Therapie. Beim invasiven Zervixkarzinom der **Stadien I-II** ist die erweiterte abdominale radikale Hysterektomie nach **Wertheim-Meigs** die Standardtherapie. Entfernt werden: der Uterus, die Parametrien, Parakolpien, eine Scheidenmanschette und die pelvinen Lymphknoten. Die Adnexe können belassen werden. Bei aggressiven, großen Tumoren oder bei Nachweis einer pelvinen LK-metastasierung erfolgt die paraaortale Lymphonodektomie.

Die Strahlentherapie kommt **primär** zum Einsatz bei Inoperabilität infolge des AZ der Patientin oder infolge des fortgeschrittenen Tumorstadiums (**ab Stadium IIb**). Die primäre Strahlentherapie erfolgt **kombiniert** durch lokale Kontakttherapie (Afterloading-Verfahren) und zusätzliche perkutane Bestrahlung des kleinen Beckens.

Die **postoperative Bestrahlung** erfolgt, wenn das Karzinom durch die Operation nicht mit Sicherheit vollständig entfernt werden konnte.