

Endometriumkarzinom

Neuigkeiten in der operativen Therapie des Endometriumkarzinoms

Die Durchführung einer Hysterektomie und bilateralen Adnexektomie stellt weiterhin die operative Standardtherapie beim Endometriumkarzinom (EC) dar. Je nach Tumorstadium wird die Durchführung einer pelvinen/paraaortalen Lymphadenektomie ergänzt. Bei serös-papillären Karzinomen erfolgt die operative Therapie in Analogie zum Ovarialkarzinom. Fortgeschrittene Karzinome werden üblicherweise mittels zytoreduktiver Operation behandelt. Zu einigen Themengebieten gab es aktuell neue wissenschaftliche Erkenntnisse und relevante Publikationen, die in diesem Artikel zusammengefasst werden.

Lymphadenektomie: Eine pelvine/paraaortale Lymphadenektomie ist bei Intermediate- und High-Risk-Histologie im Rahmen des operativen Stagings indiziert und liefert wertvolle Informationen für die Planung einer ggf. notwendigen adjuvanten Therapie. Die im letzten Jahr publizierten Leitlinien der ESGO/ESMO/ESTRO empfehlen, dass – wenn eine Lymphadenektomie durchgeführt wird – prinzipiell eine systemische pelvine und paraaortale Lymphadenektomie gemacht werden sollte (Colombo N., *Int J Gynecol Cancer* 2016). In den letzten Jahren sind beim EC zunehmend Sentinel-Lymphadenektomie-Konzepte implementiert worden. Diese liefern den Vorteil von reduzierter Morbidität und verkürzter Operationsdauer. Diese Faktoren sind insbesondere relevant, da ein Großteil der Patientinnen mit Typ-I-EC Übergewicht und andere Komorbiditäten aufweist (metabolisches Syndrom). Der kürzlich publizierte multizentrische FIRES-Trial verglich die Sentinel-Lymphadenektomie (SLND) mittels Indocyaningrün-(ICG)-Anfärbung mit einer systemischen pelvinen/paraaortalen Lymphadenektomie bei 385 Patientinnen mit Stadium-I-EC. Die Sentinel-Detektion zeigte eine sehr hohe Sensitivität und niedrige Komplikationsrate verglichen mit der systematischen Lymphadenektomie (Rossi E.C.,

Lancet Oncol 2017). In der aktuellen ESGO/ESMO/ESTRO-Leitlinie wird die SLND ebenso als gut durchführbar beurteilt und mit einer höheren Sensitivität als die systematische Lymphadenektomie bewertet. Die Verwendung der Da-Vinci-Plattform zur Roboter-assistierten Hysterektomie ermöglicht durch die Ausstattung einer 3D-Infrarot-Kamera die Methode der Sentinel-Detektion mittels ICG und wird am AKH Wien bereits routinemäßig bei ausgewählten Patientinnen eingesetzt.

Minimal invasiver Zugang: Im Rahmen der IGCS-Konferenz (International Gynecological Cancer Society) in Lissabon wurden neue Ergebnisse des LACE-Trial (Laparoscopic Approach to Carcinoma of the Endometrium) präsentiert. In die Studie wurden 760 Patientinnen mit frühem EC eingeschlossen und entweder mittels laparoskopischer oder abdominaler Hysterektomie behandelt. Es zeigte sich kein Unterschied in Bezug auf das rezidivfreie oder Gesamtüberleben. Wie bereits in früheren Publikationen berichtet, zeigten sich beim minimal-invasiven Zugang weniger Komplikationen und reduzierter Blutverlust sowie ein kürzerer Krankenhausaufenthalt. Ähnliche Ergebnisse zeigte eine Analyse der großen SEER-Datenbank und es konnte gezeigt werden, dass der Einsatz von minimal invasiven Zugängen inklusive roboterchirurgischen Eingriffen in den letzten Jahren deutlich angestiegen ist (Wright J. D., *JCO* 2016). Somit kann die laparoskopische Hysterektomie und bilaterale Adnexektomie +/- Lymphadenektomie mittlerweile als Standardzugang bei der Therapie des EC angesehen werden. Gynäkologen verzichten üblicherweise auf den Einsatz von Uterusmanipulatoren bei der laparoskopischen Hysterektomie, um eine potenzielle Tumorzellverschleppung zu vermeiden. Eine multizentrische italienische Kohortenstudie untersuchte die onkologische Sicherheit von atraumatischen Uterus-



Assoc. Prof. Priv.-Doz. Dr. Stephan Polterauer
Abt. für allgemeine Gynäkologie und Gynäkologische Onkologie, Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Medizinische Universität Wien

manipulatoren bei 951 Patientinnen mit EC. Es konnte gezeigt werden, dass die Verwendung eines atraumatischen Uterusmanipulators weder die Rezidivrate, noch das PFS und das OS beeinflusste (Ucella S., *AJOG* 2017).

Verzicht auf Ovarrektomie: In einer weiteren Analyse der SEER-Datenbank wurden 9.110 Frauen unter 50 Jahren mit endometrioiden EC (Stadium I, Grad 1) untersucht. Bei 10 % dieser Frauen wurde aufgrund des jungen Alters keine Ovarrektomie durchgeführt. Es zeigten sich in beiden Gruppen exzellente krankheitsspezifische 20-Jahres-Überlebensraten von 98 %. Interessanterweise konnte bei der Gruppe mit Ovarerhalt und G1-Histologie ein signifikant besseres Gesamtüberleben auch in multivariater Analyse beobachtet werden. Bei Grad-2-Histologie zeigte sich dieser Unterschied nicht mehr (Matsuo K., *Obstet Gynecol* 2016). Diese und frühere Publikationen wurden in der aktuellen ESGO-Leitlinie berücksichtigt und es wird die Möglichkeit eines Ovarerhalts bei Frauen < 45 Jahren mit endometrioiden Karzinomen Grad 1 im Stadium IA und makroskopisch unauffälligen Ovarien als Therapieoption erwähnt. Eine Tubektomie sollte auf jeden Fall durchgeführt werden.

Unabhängig davon sollte bei jungen Frauen mit EC eine Abklärung bzgl. Lynch-Syndrom in Erwägung gezogen werden (AGO, 2017). Für junge Patientinnen mit EC und nachgewiesenem Lynch-Syndrom wird ein Ovarerhalt aufgrund des erhöhten Ovarialkarzinomrisikos generell nicht empfohlen. ■