

ENDOMETRIUM- KARZINOM

ENDOMETRIUMKARZINOM

Epidemiologie und Ätiologie

Das Endometriumkarzinom (Gebärmutterkörperkrebs), ist die vierthäufigste Krebserkrankung der Frau. 12% aller Krebsarten der Frau sind Endometriumkarzinome. Im Jahr 1997 betrug die Häufigkeit in Österreich 17,2 Fälle/100.000 Frauen. Die Sterberate betrug im selben Zeitraum 2,8 Todesfälle/100.000 Frauen.

Das Endometriumkarzinom ist eher eine Erkrankung der älteren Frau. Patientinnen zwischen dem 60. und 70. Lebensjahr sind am häufigsten betroffen. Ungefähr 20% der Fälle kommen bei Patientinnen vor dem Wechsel vor, davon rund 4% bereits vor dem 40. Lebensjahr.

Die Prognose ist relativ gut. Dies resultiert aus dem Umstand, dass Patientinnen mit Endometriumkarzinom frühzeitig vaginale Blutungen aufweisen und somit die Diagnose meist in einem relativ frühen Stadium (Stadium I nach FIGO) gestellt werden kann.

Ein effektives Screening für das Endometriumkarzinom gibt es leider nicht. Der vaginal-zytologische Befund (PAP-Abstrich = Krebsabstrich), der bei der jährlichen Routineuntersuchung beim Frauenarzt durchgeführt wird, zeigt nur bei sehr wenigen Frauen Endometriumauffälligkeiten. Von besonderer Bedeutung in diesem Zusammenhang ist das Ergebnis PAP III G des Krebsabstrichs. Dieser Befund beschreibt, im Gegensatz zu allen anderen Ergebnissen, keine Plattenepithelatylien des Gebärmutterhalses, sondern atypische Drüsenzellen des Endometriums bzw. der Endozervix.

Der Ultraschall über die Scheide (Transvaginalsonographie) lässt Rückschlüsse auf die Beschaffenheit und Dicke der Gebärmutter Schleimhaut (Endometrium) zu. Die Genauigkeit des Ultraschalls hinsichtlich der Frühdiagnose ist jedoch sehr niedrig.

Die postmenopausale Blutung ist bei etwa 80% der Patientinnen mit Endometriumkarzinom das Leitsymptom. Umgekehrt ist in 10-15% der Fälle mit postmenopausaler Blutung ein Endometriumkarzinom zu finden. Wenn eine postmenopausale Blutung vorliegt, so ist eine histologische Abklärung erforderlich. Die histologische Abklärung wird durch die so genannte fraktionierte Curettage (auskratzen der Gebärmutter Schleimhaut), kombiniert mit einer diagnostischen Hysteroskopie (mit einer Kamera wird in die Gebärmutter geschaut) durchgeführt.

Formen des Endometriumkarzinom

Grundsätzlich sind zwei Formen des Endometriumkarzinoms zu unterscheiden, das hormonsensible und das wesentlich seltenere nicht hormonsensible Endometriumkarzinom. Als Risikofaktoren für den hormonsensiblen Karzinomtyp gelten Übergewicht (Adipositas), Bluthochdruck (Hypertonie) und erhöhter Blutzucker (Diabetes mellitus), sowie das Polycystische Ovarsyndrom (PCO-Syndrom). Ein weiterer Risikofaktor ist auch eine alleinige Hormonersatztherapie mit Östrogenen.

Beim hormonabhängigen Typ wird eine familiäre Disposition zu Brustkrebs und Eierstockkrebs, bzw. zum nicht-polypösen Darmkrebs beobachtet.

Ovulationshemmer, Schwangerschaft und Stillen wirken in Bezug auf das Endometriumkarzinom schützend.

DIAGNOSE

Die Blutung nach Eintritt der Wechseljahre ist häufig das einzige Symptom der Erkrankung. Die Diagnose wird mittels Gebärmutter Spiegelung und Curettage gesichert.

THERAPIE

Die Therapie besteht im Frühstadium aus einer Gebärmutter- und Eierstockentfernung unter Mitnahme eines kleinen Scheidenstückes. Wenn das Endometriumkarzinom fortgeschritten ist, müssen auch die Beckenlymphknoten und die Lymphknoten entlang der Hauptschlagader entfernt werden. In Abhängigkeit des Krebsstadiums und weiterer Faktoren ist für diese Operation kein Bauchschnitt (Laparotomie) mehr notwendig. In den meisten Fällen kann die Entfernung der Gebärmutter und ggf. der Lymphknoten über eine Bauchspiegelung erfolgen. Dies ermöglicht der Patientin eine schnellere postoperative Erholung und ein kürzerer Krankenhausaufenthalt bei geringerem Schmerzmittelbedarf ist möglich. In den meisten Fällen ist es nötig, den nach der Operation übrig gebliebenen Teil der Scheide (Scheidenstumpf) noch zu bestrahlen. Zusätzlich werden, bei nicht hormonempfindlichen Typen das Bauchnetz in der Operation entfernt und anstelle der Strahlentherapie der Patientin eine Chemotherapie vorgeschlagen.

Patientinnen, die aufgrund der Gesamtsituation nicht operiert werden können, werden direkt über die Gebärmutterhöhle bestrahlt (Afterloading-Strahlentherapie).

Hormonersatztherapie

Die oftmals auftauchende Frage nach einer Hormonersatztherapie nach erfolgter Therapie muss individuell beantwortet und diskutiert werden. Da die Patientinnen nach Entfernung der Eierstöcke, ein fixer Bestandteil der operativen Behandlung, unter möglichen Östrogenausfallerscheinungen leiden können, kann die Hormonersatztherapie zum Thema werden. Daher ist es sinnvoll Rücksprache mit Ihrem behandelnden Arzt zu halten.

NACHSORGE

Die meisten Patientinnen mit Endometriumkarzinom haben eine sehr gute Prognose. Bei ihnen ist die regelmäßige apparative Suche nach Lokalrezidiven und Fernmetastasen nicht zielführend. Regelmäßige gynäkologische und rektale Untersuchung, vaginaler Ultraschall und zytologische Abstriche vom Scheidenstumpf sowie die Kolposkopie (Lupenuntersuchung des Gebärmutterhalses und des äußeren Genitale) dienen der Erkennung von operablen Frührezidiven und Nebenwirkungen der Strahlentherapie. Ebenso sollten die Patientinnen jährlich eine Mammographie durchführen lassen.

Bezüglich der Nachsorgetermine werden Ihnen vom behandelnden Arzt bestimmte Zeitabstände vorgeschlagen (anfangs alle 3 Monate, später halbjährlich bzw. jährlich). Bei uns bekommt jede Patientin einen **NACHSORGEPASS** ausgestellt, wo alle Untersuchungstermine und Ergebnisse eingetragen werden. Daher ist es wichtig bei **jedem** Nachsorgetermin diesen Pass vorzulegen.

WICHTIG!!

Jegliche vaginale Blutung, ob Schmierblutung oder starke Blutung, nach den Wechseljahren MUSS über eine Gebärmutter Spiegelung (Hysteroskopie) und Ausschabung der Gebärmutter Schleimhaut (Curettag) abgeklärt werden!!