

[7] und entsprechend der aktuellen Leitlinie werden postoperativ positive Lymphknoten und/oder mikroskopischer Parametrienbefall und/oder positive Resektionsränder als Risikofaktoren definiert. Durch die adjuvante Radiochemotherapie konnte das progressionsfreie 4-Jahres-Überleben von 63% auf 80% und das Gesamtüberleben von 71% auf 81% verbessert werden [7].

Die Größe des onkologischen Vorteils durch die simultane Radiochemotherapie ist abhängig von der Tumorgöße und der Anzahl befallener Lymphknoten. So betrug die Verbesserung des 5-Jahres-Überlebens für Patientinnen mit Tumoren <2 cm lediglich 5%, >2 cm aber 19%; lediglich 4% waren es bei Befall eines Lymphknotens, aber 20% bei Befall von mindestens 2 Lymphknoten. Für Patientinnen mit IB₂-Tumoren konnte der Vorteil durch die postoperative Radiochemotherapie bestätigt werden, ohne dass sie im Radiochemotherapie-Arm signifikant mehr Spättoxizitäten aufwiesen. Das Alter der Patientin hatte keinen Einfluss, weshalb diese Behandlung auch älteren Patientinnen, Kontraindikationen ausgenommen, nicht vorenthalten wird [7] [20, 21].

Auch Patientinnen der FIGO-Stadien IB₁-IIB ohne Lymphknotenmetastasen, aber mit sog. Intermediate-Risk-Faktoren wie Tumorgöße >4 cm, L₁, Stromainvasion >½ des Zervixstromas haben nach adjuvanter Radiochemotherapie mit einem rezidivfreien Überleben („relapse-free survival“, RFS) nach 5 Jahren von 89% verglichen mit Patientinnen nach alleiniger Bestrahlung und 67% RFS deutlich profitiert. Hervorzuheben ist, dass durch die simultane Chemotherapie die nichthämatologische Toxizität gegenüber der alleinigen Radiotherapie nicht erhöht war [22].

In einer Cochrane-Analyse [23] wurde der onkologische Vorteil durch die adjuvante Bestrahlung (ohne Chemotherapie) vor dem Hintergrund der möglichen Toxizität analysiert. Eingeschlossen werden konnte die bekannte GOG-92-Studie, in der 137 Patientinnen nach radikaler Hysterektomie und pelviner Lymphonodektomie (LNE) randomisiert wurden:

- ▶ bei Vorliegen von Risikofaktoren (großer Tumor, tiefe Stromainvasion, L₁) in einen Arm mit postoperativer Bestrahlung (1,8/2,0–46/50,4 Gy ohne Brachytherapie)
- ▶ sowie in einen Arm ohne weitere Therapie

Die mediane Nachbeobachtung betrug 10 Jahre. Die andere Studie wurde 1982 abgeschlossen und randomisierte je 60 Patientinnen nach radikaler Hysterektomie und Lymphonodektomie in die oben genannten Arme. Die Dosierung war vergleichbar (2–52 Gy), die mediane Nachbeobachtung war kürzer (44 Monate).

» Eine adjuvante Therapie sollte immer als kombinierte Radiochemotherapie durchgeführt werden «

Insgesamt war quoad vitam kein Benefit zu verzeichnen. Jedoch profitierten Lo-Patientinnen mit sog. Bulkytumoren und tiefer Stromainvasion hinsichtlich des Überlebens von der Strahlentherapie; bezüglich des progressionsfreien Überlebens profitierten insbesondere Patientinnen mit Adeno- und adenosquamösen Tumoren (GOG#92). In beiden Studien unterschieden sich die Behandlungsarme nicht im Hinblick auf hämatologische, gastrointestinale und urogenitale Toxizität und auch nicht im Hinblick auf Lymphödeme. Dies unterstreicht, dass eine adjuvante Therapie, wann immer angezeigt, als kombinierte Radiochemotherapie durchgeführt werden sollte – nicht als Bestrahlung allein.

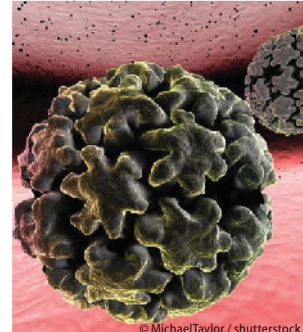
Neoadjuvante Radiochemotherapie. An über 1000 Patientinnen ist bisher die Effektivität der neoadjuvanten Radiochemotherapie in der Behandlung des Zervixkarzinoms untersucht worden. Das erkrankungsfreie Überleben beträgt 57–85%, das Gesamtüberleben 64–90%. Es wurden unterschiedlichste Konzepte bezüglich Strahlentherapie, Chemotherapie und Operation eingesetzt, was die Vergleichbarkeit erschwert. Kritisch zu

HPV-Ratgeber für Ärztinnen und Ärzte

Das Niedersächsische Landesgesundheitsamt (NLGA) und die Ärztekammer Niedersachsen (ÄKN) raten bei allen Mädchen im Alter von 12 bis 17 Jahren zu einer Schutzimpfung gegen Humane Papillomviren (HPV).

Für die niedersächsische Ärzteschaft hat das NLGA jetzt zusammen mit dem Niedersächsischen Impfforum zur Aktivierung der Schutzimpfungen (NIAS) und mit Unterstützung der ÄKN den „HPV-Ratgeber für Ärztinnen und Ärzte“ herausgegeben.

Der HPV-Ratgeber ist online abrufbar unter: www.aekn.de sowie unter: www.nlga.niedersachsen.de



© Michael Taylor / shutterstock

betrachten sind die hohen Raten peri- und postoperativer Komplikationen [24]:

- ▶ 8,5% intraoperative Komplikationen wie Verletzungen von Ureter und Blase, Gefäßen, Darm (ggf. Kolostomie);
- ▶ 1% postoperative febrile Phasen;
- ▶ 10% schwere postoperative Komplikationen wie Nierenversagen, Fisteln (ggf. Nephrostomie), Darmobstruktion und erneute Operation, Lungenödem, Tod.

In einer weiteren Studie wurden 39 Patientinnen untersucht, die im FIGO-Stadium IIB eine neoadjuvante Radiochemotherapie (39,6–50,4 Gy plus Cisplatin plus 5-FU) erhalten hatten. Fast ein Drittel der Patientinnen litt unter therapiebedingter Grad-3- und Grad-4-Toxizität, eine Patientin verstarb therapiebedingt. Bei 30% der Patientinnen kam es zu operativen Komplikationen (>50% Transfusionen, 11% Gefäßverletzungen; bei 4 Patientinnen kam es zu Verletzungen von Darm, Blase bzw. Ureter). Postoperativ mussten sich 40% der Patientin-