

Definition

Eierstockkrebs ist ein bösartiger (maligner) Tumor der von den Epithel-Zellen der Eierstöcke (Ovarien) ausgeht. Er ist mit ca. 8000 Neuerkrankungen pro Jahr in Deutschland die siebthäufigste Krebserkrankung der Frau und steht bei den krebbedingten Todesursachen an 5. Stelle, da er nur in 20% aller Fälle früh genug für eine erfolgreiche Behandlung festgestellt wird. Damit gilt der Eierstockkrebs als „das Problemkarzinom“ der Gynäkologie.

Häufigkeit, Symptome, Ursachen

Eierstockkrebs ist eine Erkrankung, die vor allem bei älteren Frauen (insbesondere im Alter zwischen 65 und 85 Jahren) auftritt, jedoch auch bei jungen Frauen zu beobachten ist. Die Symptome beim Ovarialkarzinom treten erst im fortgeschrittenen Stadium auf und sind zudem uncharakteristisch.

Die Patientinnen klagen über Leistungsschwäche, Schmerzen im Unterbauch, Appetitlosigkeit oder Verstopfung (Obstipation). Seltener treten auch genitale Blutungen auf. Wenn die Bauchhöhle bereits von Metastasen befallen ist (Peritonealkarzinose), sammelt sich vermehrt Flüssigkeit im Bauchraum an. Diese führt zu einer Zunahme des Leibumfangs, obwohl die Patientin über eine Gewichtsreduktion berichtet.

Eierstockkrebs

< C 56 >

Ovarialkarzinom

Die Ursachen von Eierstockkrebs sind bisher weitgehend unbekannt. Etwa 10% der Ovarialkarzinome sind genetisch bedingt. In diesem Fall beträgt das Lebenszeitrisko, an einem Ovarialkarzinom zu erkranken, bis zu 60%. Deshalb wird einer Frau in der Menopause mit einem auffälligen genetischen Profil die prophylaktische Entfernung der Eierstöcke und Eileiter (Adnexektomie) empfohlen. Grundsätzlich muss, insbesondere bei anderen Krebserkrankungen in der Krankheitsvorgeschichte (wie z.B. Brust-, Darm- oder Magenkrebs) auch eine Metastasierung am Ovar (sog. „Abtropfmetastasen“) in Erwägung gezogen werden.

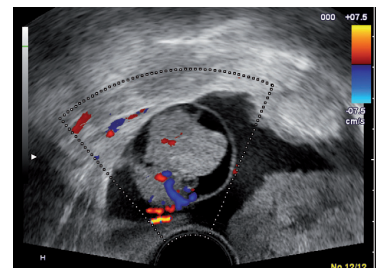


Abb.: Ultraschallaufnahme eines Ovarialkarzinoms

Diagnostik

Leider gibt es noch keine Standardmethode für die Früherkennung des Ovarialkarzinoms. Auch eine routinemäßig durchgeführte vaginale Ultraschalluntersuchung (Transvaginalsonographie) im Rahmen der allgemeinen Vorsorge und die regelmäßige Bestimmung des Tumormarkers CA 125 können keine Früherkennung garantieren. Trotzdem hat die Transvaginalsonographie bei der Eierstock-Diagnostik den höchsten Stellenwert unter den bildgebenden Verfahren. Die Bewertung des Tumors richtet sich hierbei nach den morphologischen Kriterien wie Zystengröße, Wanddicke, Vorhandensein von Septen, soliden Anteilen und vor allem positiver Durchblutung. Ergänzend können zur Sonographie eine Computertomographie (CT) oder Magnetresonanztomographie (MRT) durchgeführt werden.

Therapie

Vorrangiges Ziel der Therapie des Eierstockkrebses ist es, den Primärtumor mit allen dazu gehörenden Lymphknoten radikal zu entfernen. Dafür wird eine sog. „Staging-Operation“ durchgeführt, bei welcher der Bauchraum durch einen Bauchhöhlenlängsschnitt (mediane Laparotomie) geöffnet und eingehend untersucht wird. Ein lediglich endoskopisches Vorgehen wäre mit erheblichen Risiken verbunden. Grundsätzlich werden bei der Operation Uterus, Eierstöcke und Eileiter, das große Netz, Blinddarm und Lymphknoten aus der Becken-Beinregion sowie entlang der Hauptschlagader entfernt.

Andere Organe sollten bei Tumorbefall und falls technisch möglich ebenfalls entfernt werden. Sofern sich der Krebs bereits auch im Becken ausgebreitet hat, schließt sich an die Operation eine taxanhaltige oder platinhaltige Chemotherapie an.

Nachsorge

Die Nachsorge erfolgt alle 3 Monate mit einer Tastuntersuchung, der Einführung eines Spekulumgeräts zur Betrachtung der Bauchhöhle sowie einer transvaginalen Sonographie. Eine regelmäßige Bestimmung von Tumormarkern ist nicht erforderlich.

Bei 55% aller Ovarialkarzinome gibt es nach Operation und Chemotherapie gleichwohl einen Rückfall (Rezidiv) der Erkrankung. In diesem Fall ist das weitere Vorgehen vom Zeitintervall zwischen der Primärerkrankung und dem Entstehen des Rezidivs von entscheidender Bedeutung. Ein weiterer Ausbruch der Krankheit in den ersten 6 Monaten nach Behandlung mit einer platinhaltigen Chemotherapie spricht für eine Resistenz gegen diese Therapie. Hier sollte deshalb eine Alternativtherapie (z.B. mit Topotecan, pegyliertem, liposomalem Doxorubicin) oder mit Taxanen bei nicht taxanvorbehandelten Patienten durchgeführt werden. Bei platinresistenten Rezidiven kann eine Wiederholung mit der Kombination Platin/Taxan erwogen werden. Weitere Substanzen sind Treosulfan oder Gemcitabine. Aber auch für das Tamoxifen sind Ansprechraten beschrieben worden.

Autoren: Peter Jankowski, PD Dr. med. Achim Rody, Prof. Dr. med. Erich-Franz Solomayer

