

OVARIALKARZINOM

EPIDEMIOLOGIE

Das Ovarialkarzinom (Eierstockkrebs) stellt die häufigste Todesursache durch ein Malignom bei der Frau dar. In Österreich erkranken jährlich rund 936 Frauen an einem Eierstockkrebs. Es handelt sich um die 3. häufigste bösartige Erkrankung der weiblichen Geschlechtsorgane, wobei vor allem ältere Frauen davon betroffen sind. Der Altersgipfel liegt bei 60 Jahren. Multiple Schwangerschaften, die Pille, spät einsetzende Menarche und frühe Menopause bieten daher einen gewissen Schutz vor der Entstehung des Ovarialkarzinoms. Töchter und Schwestern von Frauen die an einem Ovarialkarzinom erkrankt sind, haben durch die familiäre Belastung dagegen ein erhöhtes Risiko daran zu erkranken.

Der Anstieg der Zahlen an Ovarialkarzinomen bei im Ausland lebenden Japanerinnen und Chinesinnen muss an umwelt- und ernährungsbedingte Risikofaktoren denken lassen. Verschiedene Untersuchungen weisen auf einen Zusammenhang zu höherem Fleisch- und Fettkonsum hin. Auch chemische Karzinogene (krebserregende Substanzen) wie Spermizide, kosmetischer Talg oder andere in die Scheide eingebrachten Chemikalien werden immer wieder als Risikofaktoren beschrieben.

Rund 15% der Eierstockkrebse sind Metastasen eines anderen Tumors. Oft sitzt der Primärtumor an einer ganz anderen Stelle und nicht am Eierstock selber (Genitalorgane, Magen-Darm-Trakt, Brust).

VORSORGE

Die wichtigste Maßnahme zur Früherkennung des Eierstockkrebses ist eine sorgfältige gynäkologische Untersuchung verbunden mit einer exakten Anamnese. Besonders bei Frauen in der Menopause mit unklaren abdominellen Beschwerden muss der Verdacht auf ein Ovarialkarzinom so lange aufrecht erhalten werden, bis durch eine sorgfältige Untersuchung das Gegenteil bewiesen ist. Einem Ultraschall-Screening, das heißt dem vaginalen Schall (Schall durch die Scheide), kommt in diesem Zusammenhang eine besondere Bedeutung zu. Auch die Farb-Dopplersonographie (bildliche Darstellung der Durchblutung) spielt bei der Diagnostik eine Rolle, da bösartige Eierstocktumore sehr häufig dopplersonographisch eine Durchblutung aufweisen.

Der Einsatz der Tumormarker CA-125 und HE4 in Kombination mit der Ultraschalluntersuchung eignet sich, wenn überhaupt, als Screeningmethode nur bei postmenopausalen (im Wechsel befindliche Frauen) Risikopatientinnen.

SYMPTOME

Eierstocktumore bleiben oft sehr lange ohne Symptome und werden oftmals erst bei einer starken Größenzunahme symptomatisch. Vor allem die frühen Stadien verlaufen häufig unauffällig, ohne klinische Symptome die richtungsweisend wären. Erst bei Größenzunahme des Bauchumfangs wird ein Arzt aufgesucht und es kommt vor, dass zu diesem Zeitpunkt der Tumor bereits eine beträchtliche Größe aufweist, da frühe tumorbedingte Warnzeichen fehlen und im kleinen Becken viel Platz ist.

Erst spät und auch nur bei einem Viertel der Patientinnen treten vaginale Blutungen auf. Druckgefühl im Bauch oder leichte Bauchschmerzen sind die einzigen Beschwerden die zu einem Arztbesuch führen. Erst durch eine gewisse Größenzunahme und übergreifen auf andere Organe kommt es zur Beschwerden wie Schmerzen beim Harnlassen oder Stuhlgang, Harnleiterstauungen, Verdrängung der Gebärmutter, Magen-Darm-Beschwerden oder Kreuzschmerzen.

Darum liegt in mehr als der Hälfte der Fälle bereits bei Diagnosestellung ein fortgeschritteneres Stadium der Erkrankung vor.

DIAGNOSTIK

Ovarialkarzinome im Frühstadium sind in der Regel asymptomatisch. Sie werden häufig durch die Ultraschalluntersuchung während einer routinemäßigen gynäkologischen Untersuchung entdeckt.

Bei jeder nachgewiesenen suspekten Raumforderung am Eierstock muss eine Laparoskopie (Bauchspiegelung)/ Laparotomie (Bauchschnitt) durchgeführt werden. Da nur mittels feingeweblicher Untersuchung (Histologie) definitiv gesagt werden kann, worum es sich dabei handelt.

THERAPIE

Im Frühstadium besteht die operative Therapie aus der Entfernung beider Adnexe (Eierstock+Eileiter) und der Gebärmutter, des Beckenperitoneums, des großen Netzes und der Entfernung von Lymphknoten.

Ziel der operativen Therapie im fortgeschrittenen Stadium ist die möglichst vollständige Entfernung aller Tumormanifestationen mit anschließender Chemotherapie.

Auch bei erneutem Auftreten von Tumoren, kann durch Zweiteingriffe eine Linderung der Tumorsymptomatik und eine Verbesserung der Lebensqualität erzielt werden.

Bei der Primärbehandlung des Eierstockkrebses hat die Chemotherapie (medikamentöse Therapie) die Strahlentherapie weitestgehend verdrängt. Die Strahlentherapie beim Eierstockkrebs ist somit nur speziellen Indikationen vorbehalten.

NACHSORGE

Erkennen des Lokalrezidives (=Wiederauftreten) ist das primäre Ziel einer guten Nachsorge. Rezidive können durch die gynäkologische Untersuchung mit bimanuell vaginaler und rektaler Untersuchung, dem transvaginalen Ultraschall und der Computertomographie des Beckens (in definierten Abständen) erkannt werden. Erst bei Verdacht auf das Vorliegen eines Rezidives macht auch die Tumormarkerbestimmung Sinn. Diese Bestimmung gehört jedoch nicht zur Routine-Nachsorge.