

Angelika Bott
Dr. med.

Die Rolle des Tumormarkers CA 125 bei Diagnostik, Therapieverlauf und Nachsorge von Ovarialkarzinomen.

Geboren am 03.04.1953 in Mannheim.
Reifeprüfung am 12.06.1972 in Bensheim.
Studiengang der Fachrichtung Medizin vom SS/WS 1972 bis SS/WS 1975.
Physikum am 12.09.1975 an der Universität Heidelberg.
Klinisches Studium in Mannheim.
Praktisches Jahr in Mannheim.
Staatsexamen am 25.06.1979 an der Universität Heidelberg.

Promotionsfach: Frauenheilkunde
Doktorvater: Prof. Dr. med. Dr. h.c. G. Bastert

Die bösartigen Tumoren der Ovarien stehen mit 15 Neuerkrankungen pro 100000 Frauen im Jahr an fünfter Stelle der Häufigkeit der malignen Tumoren der Frau, wobei am häufigsten Ovarialkarzinome beobachtet werden können.

Tumormarker besitzen einen besonderen Stellenwert bei Diagnostik, Therapieverlauf und Nachsorge von Ovarialkarzinomen. Der meistverbreitete Tumormarker beim Ovarialkarzinom ist CA 125.

Ziel der vorliegenden Untersuchung war es die Anwendbarkeit des Tumormarkers CA 125 unter praxisnahen Gesichtspunkten zu untersuchen.

Das analysierte Kollektiv von 161 Ovarialkarzinom-Patientinnen an der Universitäts-Frauenklinik Heidelberg (Zeitraum 1984 - 1988), war in jeder Hinsicht (Alter, Stadienverteilung, Histologie) für den Durchschnitt an einem Ovarialkarzinom erkrankten Frauen repräsentativ.

In Abhängigkeit vom Tumorgrading zeigte sich bei Tumorrezidiven kein unterschiedliches Ansprechen des Tumormarkers CA 125.

Erhöhte CA 125 Serumspiegel (größer als 35 U/ml) wiesen bereits jedoch verlässlich die mittels Second-Look-Laparotomie (SLOP) gesicherte Tumorproedienz nach, so daß der operative Eingriff keinen zusätzlichen Informationsgewinn brachte.

Bei normalen CA 125 Werten erwies sich dagegen eine SLOP zur Sicherung der Vollremission aufgrund der falsch negativen CA 125 Werte (30%) als indiziert. Die Diskrepanz zwischen normalen CA 125 Konzentrationen und positiven SLOP-Ergebnissen zeigte sich hauptsächlich bei Fällen von kleinen Resttumormengen (minimal disease, Tumorreste unter 1 cm).

Der cut-off von 35 U/ml war für die Nachsorge bestens geeignet.

Der Tumormarker CA 125 war im Rahmen der Rezidivdiagnostik bei initial FIGO I/II-Stadien aufgrund der geringen Sensitivität nicht zuverlässig. In den initial FIGO-Stadien III/IV dagegen lag die Sensitivität in der Nachsorge bei 0,79 und die Spezifität bei 0,95 (cut-off 35 U/ml). Tumorprogredienz bzw. apparente Tumorfreiheit wurden einerseits durch klinisch/paraklinische Untersuchungsmethoden (n=88), andererseits durch SLOP (n=73) festgestellt.

Eine CA 125-Titerzunahme ging einem Ovarialkarzinomrezidiv in 68,6% der Fälle voraus.

In 59 von 86 Patientinnen konnte in dieser Untersuchung ein Anstieg von CA 125 im Normbereich schon vor der Rezidivdiagnose festgestellt werden. Der Markeranstieg innerhalb der Normgrenze ging der Redzividiagnose durchschnittlich 4 Monate voraus.

CA 125 eignet sich sehr gut zur Beurteilung der gesamten klinischen Verläufe und stellt in der Nachsorge des Ovarialkarzinoms einen wertvollen Parameter dar.