

Fee Anouk Laur  
Dr. med.

## **Die operative Radikalität des Ovarialkarzinoms – eine retrospektive Analyse von 235 Patientinnen an der Universitäts-Frauenklinik Heidelberg**

Fach/Einrichtung: Frauenheilkunde  
Doktorvater: Priv.-Doz. Dr. med. Joachim Rom

Im Rahmen dieser retrospektiven Arbeit wurden die Daten von 235 Patientinnen ausgewertet, welche in den Jahren 2010 – 2013 an einem Ovarialkarzinom erkrankten und an der Universitäts-Frauenklinik in Heidelberg behandelt wurden. Das Ziel dieser Studie war es, den Einfluss verschiedener Faktoren auf das Gesamtüberleben sowie das progressionsfreie Überleben zu analysieren, die Therapieformen an der Frauenklinik darzustellen sowie den Therapieerfolg zu beurteilen.

Das mediane Alter der Patientinnen in dieser Studie lag bei 59 Jahren, die jüngste Patientin war 11, die älteste Patientin 88 Jahre alt. Die FIGO Stadien verteilten sich wie folgt: FIGO I – 21%, FIGO II – 9%, FIGO III – 54%, FIGO IV – 16%. In der Mehrzahl der Fälle (63%) handelte es sich um seröse Ovarialkarzinome, weniger häufig waren endometroide (12%), muzinöse (5%) oder klarzellige (4%) Histologietypen vertreten. Am häufigsten fanden sich mittelgradig (38%) oder schlecht differenzierte (55%) Karzinome. Die mediane Nachbeobachtungszeit lag bei 31 Monaten.

Häufig wurde eine radikale operative Therapie durchgeführt. 198 Patientinnen (84%) erhielten eine Primäroperation. Sowohl in den frühen als auch in den fortgeschrittenen FIGO Stadien war die operative Therapie mit den aktuellen Standards vergleichbar. Es wurde nach Möglichkeit immer eine operative Komplettresektion angestrebt, auch wenn diese zum Teil mit Multiviszeraloperationen verbunden waren. 68% der Patientinnen mit Angabe zum Tumorrest (n=173) konnten durch dieses radikale Vorgehen tumorfrei operiert werden. Der Zeitpunkt des Therapiebeginns (<12 Wochen, >12 Wochen) zeigte keinen Einfluss auf progressionsfreies und Gesamtüberleben.

146 Patientinnen erhielten eine adjuvante Chemotherapie. Am häufigsten wurde eine Kombination aus Carboplatin und Paclitaxel verwendet (73,4%). Dabei unterschieden sich die beiden Therapie-Regime (Standard-Regime und wöchentliche Gabe) hinsichtlich progressionsfreiem und Gesamtüberleben nicht. Auch der zeitliche Abstand zwischen Operation und adjuvanter Therapie zeigte keinen Einfluss auf das Überleben der Patientinnen. Die Rezidivrate lag im vorliegenden Kollektiv bei 30,3%. Am häufigsten fanden sich Spätrezidive nach über 12 Monaten nach Abschluss der Primärbehandlung. Im Durchschnitt erlitten die Patientinnen nach 17 Monaten ein Rezidiv.

In der univariaten Auswertung erwiesen sich das Tumorstadium, das Alter bei Diagnosestellung, der Allgemeinzustand, der postoperative Tumorrest sowie eine positive Peritonealzytologie als stärkste Prognosefaktoren für das Gesamtüberleben. In der multivariaten Analyse zeigte sich für keine der Variablen ein signifikanter Zusammenhang. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass die einzelnen Variablen miteinander korrelieren, dass also zum Beispiel ein hohes Alter mit einem höhergradigen Tumorstadium und einem schlechteren Allgemeinzustand einhergeht.

Wie in dieser und anderen Untersuchungen gezeigt wurde, haben mehrere Faktoren einen Einfluss auf das Gesamtüberleben. Eine herausragende Bedeutung kommt dabei dem postoperativen Tumorrest und der damit verbundenen operativen Radikalität zu. Die Analyse des Patientinnenkollektivs der Universität Heidelberg im Zeitraum von 2010 bis 2013 bestätigt, dass eine optimale operative Therapie mit maximaler Tumorreduktion entsprechend den Leitlinien einen entscheidenden Prognosefaktor darstellt und zu einem verbesserten Gesamtüberleben führt ( $p < 0,0001$ ). Um in der Zukunft eine bessere Vergleichbarkeit im Hinblick auf die zytoreduktiven Ergebnisse der Therapie des Ovarialkarzinoms sicherzustellen, wäre eine zusätzliche Angabe des Completeness of Cytoreduction Score (CSS) sowie des Peritoneal Cancer Index (PCI) bei jedem operativen Eingriff wünschenswert.