Frühes Zervixkarzinom: Operieren oder bestrahlen?

r -- Landoni F, Maneo A, Colombo A et al. Randomised study of radical surgery versus radiotherapy for stage Ib-IIa cervical cancer. Lancet 1997 (23. August); 350: 535-540
[LINK]

Kommentar: Oswald R. Köchli

Studienziele

Das frühe Zervixkarzinom (Stadium Ib-IIa gemäss International Federation of Gynaecology and Obstetrics [FIGO]) kann sowohl operativ als auch radiotherapeutisch behandelt werden. Das Ziel dieser Studie war, die beiden Therapiestrategien unter randomisierten Bedingungen zu vergleichen.

Methoden

An einer Universitätsklinik in Mailand wurden zwischen 1986 und 1991 343 Patientinnen im Alter von 30 bis 70 Jahren mit lokal invasivem Zervixkarzinom in diese randomisierte Studie aufgenommen. 172 wurden primär der Chirurgie und 171 der primären Radiotherapie zugeordnet. Die chirurgische Therapie bestand aus einer erweiterten abdominalen Hysterektomie, wobei bei jüngeren Frauen jeweils ein Ovar belassen wurde. Eine postoperative Radiotherapie wurde in folgenden Fällen durchgeführt: Stadium pT2b oder grösser, knappe oder positive Resektionsränder (weniger als 3 mm intaktes Bindegewebe) und bei Lymphknotenmetastasen. Die Radiotherapiegruppe erhielt während 3-5 Wochen eine lokale Bestrahlung mit 40-53 Gy; Lymphknotenmetastasen wurden zusätzlich bestrahlt. Primäre Endpunkte der Studie waren das Gesamtüberleben nach 5 Jahren und die Komplikationsrate in dieser Zeit. Um einen Unterschied in der Fünfjahresüberlebensrate von 15% mit Sicherheit entdecken zu können, mussten mindestens 290 Patientinnen in die Studie aufgenommen werden (siehe Seite 72).

Ergebnisse

Nach einer medianen Beobachtungszeit von 87 Monaten unterschied sich das gesamte und das krankheitsfreie Überleben in den beiden Gruppen nicht signifikant: in der chirurgisch behandelten Gruppe überlebten 83%, in der Radiotherapiegruppe 74%. Ein Viertel aller Patientinnen entwickelte ein Rezidiv (25% in der Chirurgiegruppe, 26% in der Radiotherapiegruppe). Die entscheidenden Faktoren in der Multivariat-Analyse waren die primäre Tumorgrösse, der Befund der Lymphangiographie und der histologische Typ. Plattenepithelkarzinome sprachen auf beide Therapieformen gleich gut an, bei Adenokarzinomen war die chirurgische Therapie deutlich erfolgreicher. Die Morbiditätsanalyse zeigte, dass die primäre Chirurgie und die primäre Radiotherapie ähnliche Morbiditätszahlen von 7 bis 16% bei den Kurzzeitkomplikationen und 16 bis 24% bei den Langzeitkomplikationen aufwiesen; eine deutlich höhere Morbidität (20% Kurzzeit-, 29% Langzeitkomplikationen) war zu beobachten, wenn nach der Operation noch bestrahlt werden musste.

Schlussfolgerungen

Bezüglich Überleben ist die Radiotherapie der radikalen Chirurgie gleichzustellen. Abhängig vom Alter bzw. Menopausenstatus, Allgemeinzustand, histologischem Typ und Tumordurchmesser ergeben sich aber für die primäre Chirurgie einige Vorteile, die vor allem in der kürzeren Behandlungszeit und dem möglichen Erhalt der Ovarialfunktion zu sehen sind. Ausserdem liegt die Rate an Vaginalfibrosen und -verkürzungen beim Einsatz der primären Chirurgie tiefer.

Die Studie bestätigt, was klinisch schon längere Zeit bekannt ist, dass bezüglich Überleben die Radiotherapie der operativen Therapie ebenbürtig ist. Die operative Therapie stellt jedoch weiterhin die Therapie der ersten Wahl dar, falls die Patientin aus internistischen bzw. anästhesiologischen Gründen operabel ist. Meiner Meinung nach sollten deshalb alle Zervixkarzinome Ia-IIb primär einer Staging-Laparotomie zugeführt werden, um intraoperativ zu entscheiden, ob eine Radikaloperation mit Lymphadenektomie und Hysterektomie möglich ist.

Oswald R. Köchli