

Kompletter Abortus des Zervixsarkoms

Cemil YAMAN, Angelika Soldan-SALZMANN, Angelika STELZER, Erkan BAKIR, *Wölfl SORAYA
Allgemeines Krankenhaus Linz, Krankenhausstr.9, A-4020 Linz, Österreich

Abteilung für Gyn & Geburtshilfe

*Abteilung für Pathologie

Abstract

Complete Abortion of Cervicalsarcoma

Uterinesarcoma is a rare disease with poor prognosis. This case report describes abortion of an adenosarcoma of cervix. A 55-year-old postmenopausal woman with persistent vaginal bleeding showed a 5x3 cm tumor in external uterine os. After biopsy and pathological evaluation, hysterectomy and bilateraloophorectomy were performed. Intraoperative pathologic examination demonstrated no residual tissue. The tumor was found in the vagina.

Keywords: uterus, sarcoma, postmenopause

Zusammenfassung

Uterussarkome sind seltene Erkrankung mit schlechter Prognose. Dieser Fallbericht beschreibt den kompletten Abortus eines Zervixsarkoms einer 55-jährigen Patientin mit Dauerblutungen in der Postmenopause. Ein 5x3 cm Tumor der Zervix wurde biopsiert. Die histologische Aufarbeitung ergab ein Adenosarkom. Hysterektomie und beidseitige Adnexektomie wurde durchgeführt. Im intraoperativen Schnellschnitt wurde kein Tumorgewebe nachgewiesen. Der Tumor lag in der Scheide. **Schlüsselwörter:** Uterus, Sarkom, postmenopause

Einführung

Uterussarkome, post menopause sind selten. Sie haben eine schlechte Prognose. Sie können histologisch als Leiomyosarkom, Karzinosarkom oder als Adenosarkom vorkommen. Leiomyosarkom ist mit einer Frequenz von 47% das häufigste Sarkom (1). In der Literatur wurde ein Fall mit komplettem Abortus eines Leiomyosarkoms im Wochenbett von Jane Cleary-Goldman et al (2) beschrieben. Der vorliegende Fallbericht beschreibt, dass ein kompletter Abgang des Uterussarkoms auch in der Postmenopause vorkommen kann.

Fallbericht

Eine 55-jährige Patientin wurde wegen seit 14 Tagen anhaltenden vaginalen Blutungen stationär aufgenommen. Bei der Aufnahmeuntersuchung wurde am äußeren Muttermund ein 5x3cm grosser, rundlicher Tumor mit höckeriger Oberfläche diagnostiziert. Drei Biopsien wurden entnommen. Die histologische Untersuchung des Biopsiematerials ergab ein Sarkom. Der PAP Befund wurde mit II klassifiziert. Die sonografische Untersuchung des En-

dometriums zeigte eine maximale Dicke von war 5mm. Das Endometrium war regelmäßig begrenzt und echohogen.

Die präoperative Untersuchung mittels Beckenmagnetresonanztomografie, Thoraxröntgen, Oberbauchsonografie, Rektosigmoidoskopie und die Laborbefunde zeigten keine weiteren Pathologien. Drei Tage nach der Aufnahme wurden der Uterus und beide Adnexe per medianer Unterbauchlaparotomie entfernt. Die Leber, der Darm waren makroskopisch und palpatorisch unauffällig. Die cytologische Untersuchung der Douglaslavage ergab keinen Hinweis auf Karzinomzellen.

Nach der Hysterektomie war der Portitumor am Operationspräparat nicht mehr nachweisbar. Er lag in der Vagina.

Bei der intraoperativen Schnellschnittuntersuchung wurde kein Tumorgewebe am Uterus nachgewiesen, so dass von einer Lymphadenektomie mit Netzresektion Abstand genommen wurde.

Die histologische Parafinschnittuntersuchung bestätigte den Schnellschnitt. Auch hier wurden kein Sarkomzellen am Uterus und an den Ovarien nachgewiesen. Die Untersuchung des aus der Scheide entfernten Tumors ergab einen Adenosarkom. Der postoperative Verlauf war unauffällig. Die Patientin wurde am 8.postoperativen Tag entlassen.

Korrespondenzadresse: Univ.-Doz. Dr. Cemil Yaman
AKH-Linz, Krankenhausstr.9 A-4020 Linz / Österreich
Tel : +43 732 7806 73389
Fax : +43 732 7806 2226
E-mail : cemil.yaman@akh.linz.at

Diskussion

Die histologische Kriterien des Sarkoms scheinen kontrovers zu sein (Abbildung 1). Die Mitoseindex ist das dominierende Kriterium der Malignität. Die Tumornekrose ist das dominierende Kriterium für Sarkom (2).

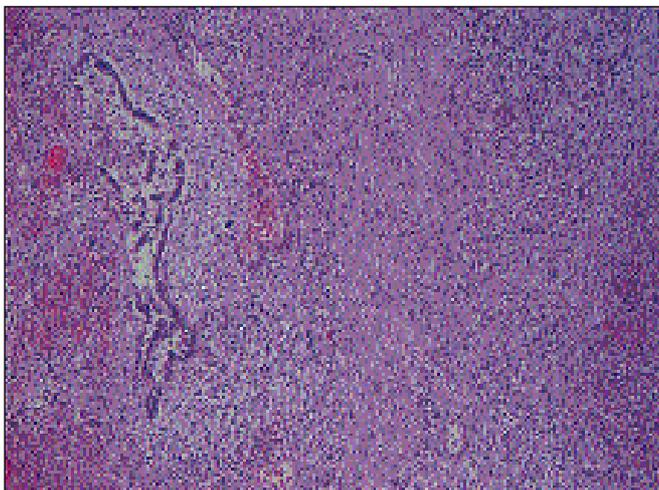


Abbildung 1. Adenosarkom des Corpusendometrium mit sarkomatöser Überwucherung. Mikroskopische Beschreibung: Histologisch polypoider Architektur mit ausgedehnter Nekrose und Hämmorrhagie mit fokaler erhaltenem autolytischen Endometrium. Bild eines biphasischen Tumors aus prädominanter maligner mesenchymaler Komponente mit teils runden, teils fusiformen Zellen mit polymorphen hyperchromatischen Kernen und atypischen Mitosen. Dazwischen glanduläre Strukturen mit hochzylindrischen atypischen Epithelien.

Wenn nur der Corpus uteri befallen ist, besteht die Therapie aus der Hysterektomie mit Entfernung beider Adnexe. Bei Befall der Zervix uteri sollte eine pelvine Lymphadenektomie und eine Netzresektion durchgeführt werden (1,2,3,4,5). Ca.8% der Sarkompatientinnen weisen innerhalb von 2 Jahren nach der chirurgischen Therapie Rezidive auf. Die Rolle der postoperativen adjuvanten Chemotherapie scheint im Stadium I umstritten zu sein. In höheren Stadien kann die adjuvante Chemotherapie die Prognose verbessern (6). Die

postoperative Radiatio führt zur signifikanten Reduktion des Lokalrezidivs (7,8).

Wie die histologische Untersuchung zeigte, handelte es sich um einen polypoiden Sarkom, der an der Basis nekrotisch wurde und in der Folge von der Zervix abging.

Basierend auf den vorliegenden Fallbericht und auf die Literatur können folgende klinisch relevante Überlegungen bei Sarkomen angestellt werden: 1. Bei älteren Patientinnen mit schlechtem Allgemeinzustand und bei jüngeren Patientinnen mit Kinderwunsch kann an eine Tumorentfernung ohne Hysterektomie gedacht werden. Allerdings sollte nach erfülltem Kinderwunsch auf jeden Fall die Hysterektomie durchgeführt werden. 2. Um Übertherapien zu vermeiden ist intraoperativer Schnellschnitt mit Bestimmung der Ausbreitung und der Eindringtiefe unbedingt notwendig.

Literatur

- Gonzalez-Bosquet E, Martinez-Palones JM, Gonzalez-Bosquet J, Garcia Jimenez A, Xercavins J. Uterine sarcoma: a clinicopathological study of 93 cases. *Eur J Gynaecol Oncol.* 1997;18(3):192-5.
- Jane Cleary-Goldman, MD, Alexandra Cole, MD, Fang Qian, MD, Ephraim Resnik, MD. Completely aborted uterine leiomyosarcoma in the puerperium. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187:1717-8.
- Brooks SE, Zhan M, Cote T, Baquet CR. Surveillance, Epidemiology, and End Results analysis of 2677 cases of uterine sarcoma 1989-1999. *Gynecol Oncol.* 2004 Apr;93(1):204-8.
- Morice P, Rodrigues A, Pautier P, Rey A, Camatte S, Atallah D, Pomel C, Lhomme C, Haie-Meder C, Duvillard P, Castaigne D. Surgery for uterine sarcoma: review of the literature and recommendations for the standard surgical procedure. *Gynecol Obstet Fertil.* 2003 Feb;31(2):147-50. Review.
- Dinh TA, Oliva EA, Fuller AF Jr, Lee H, Goodman A. The treatment of uterine leiomyosarcoma. Results from a 10-year experience (1990-1999) at the Massachusetts General Hospital. *Gynecol Oncol.* 2004 Feb;92(2):648-52.
- Szantho A, Balega J, Szabo I, Demeter A, Sipos N, Csapo Z, Papp Z. Adjuvant chemotherapy following surgery in the management of uterine sarcomas. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2003;24(5):421-4.
- Livi L, Paiar F, Shah N, Blake P, Villanucci A, Amunni G, Barca R, Judson I, Lodge N, Meldolesi E, Simontacchi G, Piperno G, Galardi A, Scoccianti S, Biti GP, Harmer C. Uterine sarcoma: twenty-seven years of experience. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2003 Dec 1;57(5):1366-73.
- Echt G, Jepson J, Steel J, Langholz B, Luxton G, Hernandez W, Astrahan M, Petrovich Z. Treatment of uterine sarcomas. *Cancer.* 1990 Jul 1;66(1):35-9.