

OVARIALKARZINOM

In den Stadien I, seltener in den Stadien II und nur in Ausnahmefällen in den Stadien III nach der FIGO-Stadieneinteilung besteht eine realistische Heilungschance. Die Nachsorge hat in erster Linie das Ziel, Folgeschäden zu erkennen und zu behandeln. Die Erkennung eines Rezidivs, auch eines solitären, bedeutet in der Regel, daß keine kurative Chance mehr besteht. Je nach Vorbehandlung, Dauer des rezidivfreien Intervalls und Art des Rezidivs oder der Metastasierung bestehen aber zum Teil gute Möglichkeiten einer längerfristigen Palliation, so daß Nachuntersuchungen, die dazu beitragen, ein Rezidiv in einem Stadium mit geringerer Ausdehnung zu behandeln, sinnvoll sind. Als Besonderheit ist zu berücksichtigen, daß Borderline-Karzinome auch nach vielen Jahren noch rezidivieren können und oft erneut zu therapieren sind. Gerade diese Patientinnen sollten dazu motiviert werden, die jährliche gynäkologische Nachsorge- bzw. Früherkennungsuntersuchung wahrzunehmen.

Ärztliche Untersuchung:

Anamnestisch: Frage nach Schmerzen, Problemen bei Miktion oder Stuhlgang, Zunahme des Bauchumfangs

Körperliche Untersuchung: Neben der gynäkologischen Untersuchung vor allem abdominelle Palpation zum Ausschluß von abdominellen Tumoren und Ascites. Hinweise auf Pleuraerguß beachten.

Ergänzende Untersuchungen:

Der Tumormarker CA 125 kann auf ein Rezidiv hinweisen. Etwa 3 Monate vor der klinischen Manifestation kann der Wert ansteigen. Die regelmäßige Bestimmung verbessert aber selten die Prognose. Den größten Wert hat die Markerbestimmung für die Verlaufsbeurteilung unter einer Therapie beim metastasierten Stadium. CEA-Bestimmung ist entbehrlich, weil keine zusätzlichen Informationen daraus resultieren.

Sonographie:

a) vaginal zum Ausschluß eines Lokalrezidivs

b) abdominell vor allem zum Ausschluß einer abdominellen Metastasierung, eines Nierenstaus und von Aszites

Röntgenuntersuchungen:

Eine abdominelle Computertomographie ist routinemäßig nur selten notwendig - am ehesten dann, wenn eine sonographische Nachuntersuchung auf technische Probleme stößt.

Eine Thoraxröntgenaufnahme kann eine (nicht sehr häufige) Lungenmetastasierung aufdecken. Etwas häufiger ist ein Pleuraerguß, der jedoch auch klinisch und (als Nebenbefund) bei der abdominellen Sonographie leicht zu entdecken ist. Pleuraergüsse als erste Fernmetastasierung sind beim Ovarialkarzinom selten. Aus diesen Gründen sollte eine Thoraxaufnahme routinemäßig nicht erfolgen.

Andere apparative Untersuchungen (Skelettszintigraphie, NMR) spielen in der routinemäßigen Nachsorge des Ovarialkarzinoms keine Rolle.