

Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Onkologie (AGO) der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG) und der Österreichischen Gesellschaft für Pathologie (ÖGP)

Elektive Salpingektomie zur Prävention des epithelialen Ovarialkarzinoms

Das Ovarialkarzinom ist die fünfthäufigste Krebstodesursache bei Frauen in Österreich und das Genitalkarzinom der Frau mit der höchsten Mortalität [1]. In Österreich erkranken daran jedes Jahr ca. 700 Frauen und es versterben ca. 500 Frauen [1]. Es gibt derzeit keine zuverlässige Früherkennung; weder Tumormarkerbestimmungen noch die Vaginalsonographie konnten sich als Screeninguntersuchung etablieren.

In den letzten Jahren ist es zu einem Paradigmenwechsel im Verständnis über die Entstehung der Ovarialkarzinome (OC) insbesondere des mit Abstand häufigsten Typs, des niedrig differenzierten (high grade) serösen Karzinoms gekommen. Man geht heute von einer gemeinsamen Entstehung der niedrig differenzierten (high grade) serösen Karzinome der Ovarien, der Tuben und des Peritoneums aus, die sich aus einer gemeinsamen Vorläuferläsion, dem sog. serösen intraepithelialen Karzinom (serous tubal intraepithelial carcinoma, STIC) im Bereich der Fimbrien der Tuben entwickeln. Aufgrund dieser gemeinsamen Genese werden die high grade serösen Ovarial-, Tuben- und Peritonealkarzinome auch als seröses Beckenkarzinom (pelvic serous carcinoma) bezeichnet. Bei knapp 60% aller high grade serösen OC lassen sich invasive Läsionen im Bereich der Fimbrien nachweisen.

Abgeschilferte Tumorzellen können sich im Ovar bzw. Peritoneum implantieren und dort zu der typischen Karzinose führen. Wissenschaftliche Arbeiten der letzten 10 Jahre unterstützen dieses Konzept [2-8].

Die Entfernung der Eileiter im Rahmen benigner gynäkologischer Eingriffe oder zur Tubensterilisation bei Frauen mit abgeschlossener Familienplanung wird als elektive (auch inzidentelle oder opportunistische) Salpingektomie bezeichnet. Eine elektive Salpingektomie hat das Potential, einen relevanten Teil der serösen Beckenkarzinome zu verhindern [6]. Die Salpingektomie gilt als sicherer Eingriff, vermeidet das Auftreten Tuben-assoziiierter Komplikationen (Hydrosalpinx, Tubargravidität, Tubenprolaps, Tuboovarialabszess) und führt nachweislich nicht zu einer Reduktion der ovariellen Funktion [9,10]. Die bilaterale Salpingektomie hat eine höhere kontrazeptive Effektivität als eine Tubenligatur [8,9].

Die OEGGG empfiehlt daher, dass entsprechenden Frauen mit abgeschlossener Familienplanung vor einer entsprechenden gynäkologischen Operation, einem Kaiserschnitt oder einer Tubensterilisation die Möglichkeit der prophylaktischen Salpingektomie angeboten wird.

Diese Empfehlung steht im Einklang mit Stellungnahmen anderer Fachgesellschaften (American College of Obstetricians and Gynecologists [11], Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists [12], Royal College of Obstetricians and Gynaecologists [13], Society of Gynecologic Oncology [14]).

Diese Empfehlung gilt für Frauen ohne familiäres Risiko für Ovarialkarzinom (HBOC) bzw. ohne BRCA 1/2 Mutation.

Literatur

1. Statistik Austria. Krebsinzidenz und Krebsmortalität in Österreich 2014. www.statistik.at.
2. Kurman RJ, Shih I-M. Molecular pathogenesis and extraovarian origin of epithelial ovarian cancer – shifting the paradigm. *Hum Pathol* 2011;42:918-31.
3. Crum CP, et al. Lessons from BRCA: the tubal fimbria emerges as an origin for pelvic serous cancer. *Clin Med Res* 2007;5:35-44.
4. Dietl J, et al. The post-reproductive Fallopian tube: better removed? *Hum Reprod* 2011;26:2918-24.
5. Cibula D, et al. Tubal ligation and the risk of ovarian cancer: review and meta-analysis. *Hum Reprod Update* 2011;17:55-67.
6. McAlpine JN, et al. Opportunistic salpingectomy: uptake, risks, and complications of a regional initiative for ovarian cancer prevention. *AJOG* 2014;210:471.e1-11.
7. Guldberg RG, et al. Salpingectomy as standard at hysterectomy? A Danish cohort study, 1977-2010. *BMJ Open* 2013;3:e002845.
8. Creinin M, Zite N. Female tubal sterilization: the time has come to routinely consider removal. *Obstet Gynecol* 2014; 124:596-599.
9. Peterson HB, et al. The risk of pregnancy after tubal sterilization: findings from the U.S. Collaborative Review of Sterilization. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174:1161.
10. Dar P, et al. Ovarian function before and after salpingectomy in artificial reproductive technology patients. *Hum Reprod* 2000;15:142-4.
11. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 620. Salpingectomy for ovarian cancer prevention. (January 2015) <http://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Gynecologic-Practice/co620.pdf>
12. Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Managing the adnexae at the time of hysterectomy for benign gynaecological disease (Statement, July 2014). http://www.ranzcog.edu.au/editions/doc_view/2030-managing-the-adnexae-at-the-time-of-hysterectomy-for-benign-gynaecological-disease-c-gyn-25.html
13. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The distal fallopian tube as the origin of non-uterine pelvic high-grade serous carcinomas. Scientific impact paper No. 44 (November 2014). <https://bgcs.org.uk/professionals/ncinnssg/NCIN%20Clinical%20Leads%205%20Dec%202014%20RCOG%20scientific%20impact%20paper%20fallopian%20tube%20risk%20reduction.pdf>
14. Society of Gynecologic Oncology. Clinical practice statement: Salpingectomy for ovarian cancer prevention (November 2013). www.sgo.org/clinicalpractice/guidelines/sgoclinicalpracticestatementsalpingectomyforovariancancerprevention.

Diese Stellungnahme wurde erarbeitet und am **30.09.2015** befürwortet durch die OEGGG/AGO und ÖGP.