



<p><b>Wirksamkeit</b></p> <p>Betrachtet man die Wirksamkeit der prophylaktischen Salpingektomie im Hinblick auf die avisierte Risikosenkung des Ovarialkarzinoms, scheint eine solche objektivierbar zu sein. In einer schwedischen Studie konnte durch eine zusätzliche Salpingektomie bei Hysterektomie eine Risikoreduktion um 65% aufgezeigt werden gegenüber einer Risikoreduktion um 28% bei alleiniger Tubenligatur verglichen mit Frauen, die keine Sterilisation, keine Salpingektomie, keine Hysterektomie und keine Adnexektomie hatten.</p> <p>In einer Metaanalyse von drei Studien mit Frauen mit durchschnittlichem Risiko für ein Ovarialkarzinom fand sich eine analoge Risikoreduktion durch die Salpingektomie bei einem follow up von bis zu dreissig Jahren.</p> <p><b>Aufklärung über Risiken und Nutzen</b></p> <p>Frauen mit abgeschlossener Familienplanung, die sich einer gynäkologischen Operation unterziehen müssen, sollen über die Möglichkeit der gleichzeitigen, prophylaktischen Salpingektomie zur Risikoreduktion eines Ovarialkarzinoms aufgeklärt werden. Es gibt eine messbare Risikoreduktion um bis zu 2/3 (66%) gegenüber nicht operierten Frauen, resp. auf die Hälfte (50%) gegenüber Frauen, die nur eine Hysterektomie durchführen lassen.</p> <p>Die sicherste Prävention wäre natürlich die beidseitige Adnexektomie, welche aber Frauen mit sehr hohem Risiko (BRCA 1 / 2 Mutationen u.a.) vorbehalten bleiben sollte. In der „Nurses Health Study“ wies die Gruppe von Frauen mit beidseitiger Adnexektomie vor der Menopause eine höhere Gesamtmortalität (all-cause mortality) und eine höhere Tumormortalität (cancer mortality) auf, wahrscheinlich durch die frühzeitige iatrogene Menopause mit erhöhtem cardio-vaskulärem Risiko, Osteoporose, verminderter cognitiver Funktion und erhöhter Inzidenz an anderen Tumorerkrankungen.</p> <p>Das Risiko nach Hysterektomie an einem Ovarialkarzinom zu erkranken war in der Studie mit 0.1-0.75% sehr gering. Das Mortalitätsrisiko durch Ovarialkarzinom nach Erhalt der Adnexe lag lediglich bei 0.03%.</p> <p>Bei einem Wunsch nach Sterilisation im Rahmen einer Sectio sollte in die Aufklärung einfließen, dass auf Grund der geringen Fallzahlen die Risiken und Vorteile bei der postpartalen Salpingektomie noch nicht eindeutig klar sind.</p> <p><b>Empfehlungen</b></p> <p>Frauen mit abgeschlossener Familienplanung, die sich einer gynäkologischen Operation mit benigner Indikation unterziehen müssen, sollten über die Möglichkeit der opportunistischen Salpingektomie beidseits aufgeklärt werden.</p> <p>Nutzen und potenzielle Risiken des zusätzlichen Eingriffs müssen erläutert werden.</p> <p>Die Empfehlung zur opportunistischen Salpingektomie betrifft Frauen mit einem durchschnittlichen Risiko für ein Ovarialkarzinom. Bei Frauen mit hohem oder sehr hohem Risiko (BRCA 1 / 2 Mutation u.a.) soll nach wie vor die prophylaktische Adnexektomie empfohlen werden.</p> <p>Bei Frauen mit Wunsch nach einer Sterilisation kann die Salpingektomie ebenfalls empfohlen werden, bei der postpartalen Salpingektomie ist die Datenlage jedoch noch stark limitiert. Das Operationsrisiko scheint auch in diesen Fällen nicht erhöht zu sein gegenüber der klassischen Tubenligatur.</p> <p>Nicht speziell erwähnt ist in sämtlichen Empfehlungen, ob die entfernten Tuben systematisch pathologisch aufgearbeitet werden sollen und was zu tun ist, wenn STIC Läsionen gefunden werden.</p> <p>Ebenso ist die Kostenübernahme nicht abschliessend geklärt. Grundsätzlich wird eine histopathologische Aufarbeitung der Tuben empfohlen und hierdurch entstehen zusätzliche Kosten, welche bei einem nicht kassenpflichtigen Eingriff von der Frau selber getragen werden müssen. Die genauen Kosten müssen mit der Pathologie des betreffenden Instituts abgeklärt werden und die betroffene Frau muss über die zusätzlichen Kosten informiert werden.</p>	<p>III</p> <p>la</p> <p>III</p>
--	---------------------------------

Datum: 19. April 2020

Evidenzlevel	Empfehlungsgrad
<p><b>Ia</b> Evidenz durch die Meta-Analyse von randomisierten, kontrollierten Untersuchungen</p> <p><b>Ib</b> Evidenz durch mindestens eine randomisierte, kontrollierte Untersuchung</p> <p><b>Ila</b> Evidenz durch mindestens eine gut angelegte, kontrollierte Studie ohne Randomisierung</p> <p><b>Ilb</b> Evidenz durch mindestens eine gut angelegte andere, quasi-experimentelle Studie</p> <p><b>III</b> Evidenz durch gut angelegte, beschreibende Studien, die nicht experimentell sind, wie Vergleichsstudien, Korrelationsstudien oder Fallstudien</p> <p><b>IV</b> Evidenz durch Expertenberichte oder Meinungen und/oder klinische Erfahrung anerkannter Fachleute</p>	<p><b>A</b> Es ist in der Literatur, die gesamthaft von guter Qualität und Konsistenz sein muss, mindestens eine randomisierte, kontrollierte Untersuchung vorhanden, die sich auf die konkrete Empfehlung bezieht (Evidenzlevel Ia, Ib)</p> <p><b>B</b> Es sind zum Thema der Empfehlung gut kontrollierte, klinische Studien vorhanden, aber keine randomisierten klinischen Untersuchungen (Evidenzlevel Ila, Ilb, III)</p> <p><b>C</b> Es ist Evidenz vorhanden, die auf Berichten oder Meinungen von Expertengruppen basiert und / oder auf der klinischen Erfahrung von anerkannten Fachleuten. Es sind keine qualitativ guten, klinischen Studien vorhanden, die direkt anwendbar sind (Evidenzlevel IV)</p> <p><b>Good Practice Punkt</b> Empfohlene Best Practice, die auf der klinischen Erfahrung der Expertengruppe beruht, die den Expertenbrief / Guideline herausgibt</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>

Übersetzt aus dem Englischen (Quelle: RCOG Guidelines Nr. 44, 2006)

## Literatur

Bei den Autoren

## Deklaration von Interessenkonflikten

Christoph M. Honegger: kein Interessenskonflikt

Thomas Hess: kein Interessenskonflikt

Irene Hösl: kein Interessenskonflikt

*Die Kommission Qualitätssicherung der gynécologie suisse / SGGG erarbeitet Guidelines und Expertenbriefe mit der größtmöglichen Sorgfalt - dennoch kann die Kommission Qualitätssicherung der gynécologie suisse / SGGG für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. Die Angaben der Hersteller sind stets zu beachten, dies gilt insbesondere bei Dosierungsangaben.*

*Aus Sicht der Kommission entsprechen Guidelines und Expertenbriefe dem aktuellen Stand der Wissenschaft zur Zeit der Redaktion. Zwischenzeitliche Änderungen sind von den Anwendern zu berücksichtigen.*