

Neue Erkenntnisse für Sie gelesen
und kommentiert von
J. Heinrich, Hansestadt Stralsund

Angelina Jolie und die neue S3 Leitlinie für das Ovarialkarzinom

Ein Artikel vom 14. Mai 2013 in der New York Times, mit dem die prominente Hollywood-Schauspielerin ihre prophylaktische Mammaamputation öffentlich machte, hat weltweit eine Diskussion ausgelöst. Ausschlaggebend für diese Entscheidung waren die Erkrankung der Mutter an Brustkrebs und deren früher Tod im Alter von 56 Jahren sowie der eigene positive BRCA 1 Test und eine von den behandelnden Ärzten für den Fall einer Mammaamputation in Aussicht gestellte Senkung des individuellen Brustkrebsrisikos von 87 auf 5%. Angelina Jolie zieht in ihrem Interview folgendes Fazit: „Herausforderungen, die wir kontrollieren und aktiv angehen können, müssen uns nicht verängstigen“.

Was bei der nachgewiesenen BRCA 1 Mutation trotz der Brustamputationen bleibt, ist die latente Gefährdung durch ein Ovarialkarzinom. Dazu sind jetzt neue für Deutschland gültige S3-Leitlinien veröffentlicht worden. Mit 7790 Neuerkrankungen im Jahr 2008 ist das Ovarialkarzinom zwar nur der sechsthäufigste bösartige Tumor der Frau, die 5-Jahresüberlebensrate liegt aber unter 40%, da die Erkrankung in 70% erst in einem fortgeschrittenen Stadium erkannt wird.

Die neuen Leitlinien enthalten folgende Aussage: „Die bilaterale Salpingo-Oophorektomie ist die effektivste Methode zur Senkung des Erkrankungsrisikos und der Mortalität bei hereditärem Ovarialkarzinom. Patientinnen mit nachgewiesener BRCA 1 Mutation sollten nach abgeschlossener Familienplanung, jedoch nach dem 40. Lebensjahr oder 5 Jahre vor der jüngsten in der Familie an einem Ovarialkarzinom Erkrankten, die beidseitige Salpingo-Oophorektomie angeboten werden“. Durch diese prophylaktische Maßnahme kann das Erkrankungsrisiko um 80 bis >90% gesenkt werden. In 2,3% der prophylaktisch entfernten Adnexe wurde histologisch bereits ein subklinisches Ovarialkarzinom nachgewiesen. Als geeigneten Zeitraum für

eine Operation wird für BRCA 1 Trägerinnen ein Alter zwischen 35–40 Jahren und bei BRCA 2 von 40–45 Jahren empfohlen. Erfolgt die bilaterale Salpingo-Oophorektomie in der Prämenopause, so verringert sich gleichzeitig das Risiko an einem Mammakarzinom zu erkranken um die Hälfte.

Die neuen Leitlinien empfehlen eine Genanalyse bei folgender Familienanamnese:

- 3 Frauen, die an einem Mammakarzinom erkrankt sind.
- 2 Frauen, die vor dem 51. Lebensjahr an einem Mammakarzinom erkrankt sind.
- 1 Frau mit einem Mammakarzinom und eine mit einem Ovarialkarzinom.
- 2 Frauen mit einem Ovarialkarzinom.
- 1 Frau mit einem Mammakarzinom im Alter von 35 Jahren oder jünger.
- 1 Frau mit einem bilateralen Mammakarzinom im Alter von 50 Jahren oder jünger.

1 Mann mit Mammakarzinom und eine Frau mit einem Mamma- oder Ovarialkarzinom.

Ein Gentest bei gesunden Angehörigen ist nur dann indiziert, wenn bei der Indexperson die pathogene Mutation nachgewiesen wurde. Ohne Indexperson sollten gesunde Angehörige 1. Grades nur dann getestet werden, wenn nach einem kommerziell erhältlichen Risikokalkulationsprogramm, die zu untersuchende Person ein Erkrankungsrisiko von 20–30% hat.

Diese differenzierten Empfehlungen sollten vor dem Hintergrund ernüchternder Angaben zur Effektivität der Frühdiagnostik verstärkte Beachtung finden. Weder ca. 125 Untersuchungen noch der transvaginale Ultraschall haben selbst in Risikokollektiven zu einer Reduktion der Mortalität geführt. Wichtige klinische Frühsymptome, wie Völlegefühl, Blähungen, unklare abdominelle Schmerzen und eine Zunahme der Miktionsfrequenz werden von >90% aller Erkrankten retrospektiv angegeben. Diese klinischen Frühsymptome sollten daher insbesondere bei Risikokonstellation Anlass für eine weiterführende Diagnostik sein.

KOMMENTAR: Unter Beachtung der Familienanamnese sollte Frauen, die die Kriterien einer Risikopopulation erfüllen, eine multidisziplinäre Beratung und genetische Testung angeboten werden. Nach

abgeschlossener Familienplanung ist die bilaterale Salpingo-Oophorektomie die effektivste Maßnahme einer Karzinomprävention und damit Mortalitäts-senkung bei nachgewiesener Genmutation.

Referenz: S3-Leitlinie der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG), der Arbeitsgemeinschaft gynäkologische Onkologie (AGO) und der Deutschen Krebshilfe: Diagnostik, Therapie und Nachsorge maligner Ovarialtumoren. AWMF Registriernummer: 032/03SOL (Internetrecherche)
