

Richtlinien zur bilateralen Risiko reduzierenden Salpingo-Oophorektomie (RRSO) bei stark erhöhtem Eierstockkrebsrisiko

Mit Erlaubnis, und basierend auf dem “**Protocol for risk reducing bilateral salpingo-oophorectomy of the multidisciplinary clinic for BRCA Family Service**” des Departments of Clinical Genetics, Guy's Hospital, London

Chirurgisches Protokoll

- **Die bilaterale Salpingo-oophorektomie** reduziert das Risiko an Eierstockkrebs zu erkranken. Falls die Patientin eine vaginale Hysterektomie erhält, sollten die Tuben, Ovarien und die Bauchhöhle zu Beginn der Operation laparoskopisch inspiziert werden.
- Falls möglich, ist eine laparoskopische Entfernung der Tuben und Ovarien vorzuziehen. Laparoskopisch resezierte Tuben und Ovarien sollten in einen Plastikbeutel platziert werden bevor sie durch einen 10 to 12 mm abdominalen Trokar entfernt werden. Stückelungen des Operationspräparates sollten, wenn immer möglich, vermieden werden, da dies die pathologische Aufarbeitung erschweren kann.
- Eine Spülzytologie sollte zum Beginn der Operation vorgenommen werden.
- Eine Routine Hysteroskopie des Uterus sollte vorgenommen werden. Diese ist obligatorisch für alle Patientinnen, die Tamoxifen einnehmen.
- Peritoneale / omentale Biopsien sollten, falls angezeigt, entnommen werden.
- Die pathologische Aufarbeitung der Tuben und Ovarien sollte mittels 2mm Schnitten erfolgen (siehe unten).
- Falls Patientinnen Tamoxifen einnehmen, ist es wichtig sicherzustellen, dass das Risiko eines Endometriumkarzinomes vor der Operation diskutiert wird, da sich diese Patientinnen im Lichte dieser Information für eine Hysterektomie entscheiden könnten.

Protokoll zur histopathologischen Aufarbeitung

Ovarien:

- Nachdem Grösse und makroskopisches Aussehen festgehalten wurden, sollten beide Ovarien seriell in 2-3 mm Schnitte präpariert und in toto aufgearbeitet werden.

Tuben:

- Die Gesamtlänge, der Durchmesser und das makroskopische Aussehen beider Tuben sollte beschrieben werden.

- Transverse serielle 2-3mm Schnitte sollten vom isthmischen zum fimbrialen Ende der ganzen Tuben inklusive der Mesosalpinx durchgeführt werden und sequentiell in Kassetten platziert werden (2-4 Schnitte/Kassette).
- Die isthmischen, ampullären und infundibulären Segmente sollten in separate Kassetten platziert und entsprechend beschriftet werden.
- Eine andere Möglichkeit um die Untersuchung der fimbrialen Mukosa zu maximieren besteht darin, das infundibuläre Segment zu amputieren und davon serielle, longitudinale Schnitte anzufertigen, im Gegensatz zum Rest der Tuben, die transvers geschnitten werden sollten.

Peritoneale / omentale Biopsien:

- Falls solche eingereicht werden, sollten diese gesamthaft prozessiert werden.

Peritoneale Waschungen:

- Zytologische Untersuchungen sollten durchgeführt werden aus der Spülzytologie, die gewonnen wurde durch eine Instillation von physiologischer Kochsalzlösung in die Bauchhöhle.

Falls Sie Fragen haben in Bezug zur pathologischen Aufarbeitung, kontaktieren Sie bitte Frau Dr. Meike Körner, Fachärztin FMH für Pathologie u. klinische Zytopathologie, Pathologie Länggasse Bern. Tel: 031 300 24 24 Fax: 031 300 24 20.

Postoperatives Management

- Frauen ohne Brustkrebsdiagnose sollten eine Hormonersatztherapie verschrieben bekommen bis zum 50. Altersjahr mit Beginn unmittelbar postoperativ.
- Das Vorgehen in Bezug auf eine Hormonersatztherapie bei Frauen mit Brustkrebs sollte am Tumorboard besprochen werden.