3. Thema: Adnexektomie bei Hysterektomie: ja – nein?

Gynäkol Geburtshilfliche Rundsch 1993;33(Suppl 1):52-53

Adnexektomie bei Hysterektomie: Ja – Nein? Epidemiologische Aspekte

Ch.	Vutuc
-----	-------

Abt. für Epidemiologie, Institut für Tumoriologie-Krebsforschung, Universität Wien

Prof. Dr. med. Christian Vutuc, Institut für Tumoriologie-Krebsforschung der Universität Wien, Borschkegasse 8a, A-1090 Wien

Die höchsten Raten an Ovarialkarzinomen finden sich in hochindustrialisierten Ländern. Die altersstandardisierten Sterberaten [2] schwanken zwischen 3,02/105 (Italien) und 11,02/105 (Dänemark). Eine Ausnahme ist Japan, das mit 1,69/105 zu den Ländern mit extrem niedriger Sterblichkeit zählt. In Österreich sind im Jahr 1991 614 Frauen (6,4/105) an diesem Tumor gestorben. Analysiert man die Sterblichkeit im Zeitverlauf, so zeigt sich, daß die Zahl der Fälle von 611 im Jahr 1969 auf 614 im Jahr 1991 (+0,5%) zugenommen, die altersstandardisierte Sterberate jedoch um 15% von 12,91/105 auf 10,99/105 abgenommen hat. Das Stagnieren der absoluten Fallzahl gegenüber der Abnahme der altersstandardisierten Sterberaten ist durch die zunehmende Lebenserwartung bedingt.

Analysiert man die Sterblichkeit nach Alters- und Geburtskohorten (Abb. 1) zeigt sich, daß in allen 5-Jahres-Altersgruppen jünger als 75 Jahre die Sterblichkeit in Richtung jüngere Geburtskohorte abnimmt.

Im Krebsregister sind im Jahr 1991 insgesamt 755 Ovarialkarzinome (18,7/105) erfaßt worden. Die Inzidenz ist um 23% größer als die Mortalität. Mit 2.432 Fällen (15,0/105) im Jahr 1991 lag die Inzidenz der Uteruskarzinome (Cervix, Uteruskörper) wesentlich über jener des Ovarialkarzinoms. Ganz anders in der Mortalitätsstatistik (1991): Uteruskarzinome 581 Todesfälle (6,1/105), Ovarialkarzinom 614 Todesfälle (6,4/105).

In allen Altersgruppen liegt die Sterblichkeit am Ovarialkarzinom über jener der Uteruskarzinome (Abb. 2). Sie wird jedoch in allen Altersklassen vom Mammakarzinom übertroffen.

Insgesamt sind bei Frauen alter als 55 Jahre 1.819 (146/10) Todesfälle an Karzinomen des Uterus und des Ovars registriert worden. Dies ist das theoretische präventive Potenzial pro Jahr, wenn man von der Annahme ausgeht, daß alle Frauen nach der Menopause der Uterus und auch die Ovarien entfernt würden. Setzt man den Zeitpunkt für den präventiven Eingriff im Altersbereich

100 ·
 1887–1891 1897–1901 1907–1911 1917–1921 1927–1931 1937–1941 1947–1951 1957–1 1882–
 1886 1892–1896 1902–1906 1912–1916 1922–1926 1932–1936 1942–1946 1962–1956

Legende

750

— Ovar

■- Mamma

Zervix

Korpus

50 ■

: 200 —

Korpus o.n.Bz.

1 M III *I

25–29 35–39 45–49 55–59

20–24 30–34 40–44 50–54 60–64

Abb. 1. Mortalität Ovarialkarzinom nach Altersklassen und Abb. 2. Altersverteilung Mortalität weibliche Karzinome

Geburtskohorten 1971–1991 Österreich 1991

< O bis 54 Jahre an, so müßte dieser Eingriff an 743 788 Frauen durchgeführt werden. Auf 5 Jahre aufgeteilt wären dies etwa 50.000 Operationen/Jahr. Geht man von einer konstanten Bevölkerungsentwicklung (Vleischbleibende Altersstruktur) aus, wären in der Folge jedes Jahr jeweils 50.000 präventive Eingriffe dieser Art durchzuführen. In der Altersgruppe der über 55jährigen Frauen würde das Sterberisiko an den genannten Tu-moren langsam zurückgehen. Das gesamte präventive Potential wäre dann ausgeschöpft, wenn die erste ope-rierte Geburtskohorte ihre maximale Lebenserwartung erreicht hat.

Aus diesen Zahlen geht hervor, daß dieser präventive Eingriff in Einzelfällen durchgeführt, auf die Gesamt-mortalität überhaupt keinen Einfluß hat.

Für den Epidemiologen ist der Ansatz einer Präven-tion, die nur über einen operativen Eingriff am Gesunden erreicht werden kann [1], nicht nachvollziehbar. Würde man diesen Gedanken weiterverfolgen, würde sich daraus der Schluß ableiten lassen, daß der menschliche Körper mittels operativer Eingriffe auf eine risikoarme Form zu reduzieren wäre, wobei verbleibende Schwachstellen laufend mittels präventiver Transplantation zu kon-trollieren wären.

Literatur

Weiss NS

Harlow BL: Why does hysterectomy without bilateral oophorectomy influence the subsequent incidence of ovarian cancer? Am. J. Epidemiol. Vol. 124 (5): 856–858 (1986)