
Ovarialscreening i høyrisikogruppen

KORRESPONDANSER

CLAES TROPÉ

Jaran Apold og medarbeidere har i Tidsskriftet nr. 16/2000 (1) kommentert vår artikkel om ovarialcancerscreening (2). Den handlet først og fremst om screening i normalbefolkningen.

Kun et lite avsnitt handlet om høyrisikogruppen. Forfatterne hevder at ”opplysningene (om screening for arvelig ovarialcancer) ikke er dekkende og konklusjonen ikke holdbar”. Videre skriver de at ”*Internasjonal konsensus* (basert bl.a. på norske data) er at eggstokkene hos kvinner med anlegg for arvelig ovarialcancer primært bør vurderes fjernet”. Som referanse oppgir de et ”. . . *forslag* til felles europeiske retningslinjer” (3). De fleste europeiske sentre for arvelig kreft (4) og norske gyn -onkologiske enheter (Regionsykehuset i Tromsø, Regionsykehuset i Trondheim, Sentralsjukehuset i Rogaland) skiller klart mellom BRCA1-familier (mutasjonsbærere), BRCA2-familier og familier med bryst-/ovarialcancer når det gjelder å anbefale ooforektomi *før* menopause. Alle tilbys regelmessig screening av bryst og ovarier fra 30 – 35 års alder. At kvinnen selv bør delta i og planlegge eget kontrollopplegg er en selvfølge, men det krever at hun får riktig informasjon. Utsagnet internasjonal konsensus blir derfor unyansert og lite dekkende.

Det medfører ikke riktighet at ”det norske gynekologiske miljøet lot seg ikke overtale til å følge den etablerte protokoll for å evaluere effekt av screening”. Det var kombinasjonen av allment tilgjengelig kunnskap om BRCA1, egne norske data og ønsket hos noen kvinner om genetisk veiledning som førte til en del ooforektomier, i all hovedsak *etter* eller ved menopause. Av samme grunn fant vi det indisert å justere våre anbefalinger.

Den ”basisinformasjon” Apold og medarbeidere gir hele høyrisikogruppen ved genetisk veiledning ved å anbefale ooforektomi og substitusjonsbehandling etter at de har fått sine barn, synes lite vitenskapelig fundert. Høyrisikogruppen er en heterogen gruppe. En del er BRCA1-mutasjonsbærere, men de fleste har betydelig lavere risiko for ovarialcancer. Man må ikke glemme at risikoen for ovarialcancer i normalbefolkningen er i underkant av 2 % før 70 år, og at risikoen for peritonealcancer/ovarialcancer etter ooforektomi er 2 – 11 % (5, 6), mortalitet og morbiditet ved laparoskopisk salpingooforektomi bør heller ikke

neglisjeres (0,5 – 7,7 %) (7, 8). Fortsatt er det flere uavklarte sider ved effekten av ooforektomi sammenliknet med screening *før* menopause, slik som tap av fertilitet og libido, forandring i lipidprofil med dobbelt risiko for hjerteinfarkt og osteoporose og bruk av eksogene hormoner i ung alder på brystkrefttrisikoen. Fordi gjennomsnittsalderen for pasienter med BRCA1-mutasjon og ovarialcancer i de fleste studier er 48 – 51 år, har noen foreslått senere profylaktisk ooforektomi for å minimere negative konsekvenser av tap av ovariefunksjon i ung alder (4). Dessuten reduserer p-piller ovarialcancerrisikoen med mer enn 50 % hos både BRCA1- og BRCA2-mutasjonsbærere, og selv om brystkrefttrisikoen ikke er avklart, synes den ikke å være en kontraindikasjon (9).

Hensikten med screening i høyrisikogruppen er å påvise cancer i tidlig stadium med god prognose, og så langt er vitenskapelige data oppmuntrende. Screening, ev. kombinert med andre tiltak, bør derfor vurderes som et viktig alternativ i forhold til livskvalitet og sikkerhet for en vesentlig del av høyrisikogruppen før kastrasjon innføres som en generell anbefaling.

LITTERATUR

1. Apold J, Heimdal K, Møller P. Screening for ovarialcancer Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1913 – 4.
2. Bjørge T, Dørum A, Tropé CG. Ovarialcancerscreening Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1444 – 8.
3. Møller P, Apold J, Mæhle L, Heimdal K. Europeiske retningslinjer for helsetilbud ved arvelig brystkreft Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 726 – 7.
4. Vasen HF, Haites NE, Evans DG, Steel CM, Moller P, Hodgson S et al. Current policies for surveillance and management in women at risk of breast and ovarian cancer: a survey among 16 European family cancer clinics. European Familial Breast Cancer Collaborative Group. Eur J Cancer 1998; 34: 1922 – 6.
5. Tobacman JK, Greene MH, Tucker MA, Costa J, Kase R, Fraumeni JFJ. Intraabdominal carcinomatosis after prophylactic oophorectomy in ovarian-cancer-prone families. Lancet 1982; 2: 795 – 7.
6. Piver MS, Jishi MF, Tsukada Y, Nava G. Primary peritoneal carcinoma after prophylactic oophorectomy in women with a family history of ovarian cancer. A report of the Gilda Radner Familial Ovarian Cancer Registry. Cancer 1993; 71: 2751 – 5.
7. Minelli L. Ovarian cysts. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1996; 65: 81 – 9.
8. Reich H, Johns DA, Davis G, Diamond MP. Laparoscopic oophorectomy. J Reprod Med 1993; 38: 497 – 501.
9. Narod SA, Risch H, Moslehi R, Dorum A, Neuhausen S, Olsson H et al. Oral contraceptives and the risk of hereditary ovarian cancer. Hereditary

Ovarian Cancer Clinical Study Group. N Engl J Med 1998; 339: 424 – 8.

Publisert: 10. august 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.