



NOVOSTI IZ GINEKOLOŠKE ONKOLOGIJE FEBRUAR 2022

Simptomi kod žena sa visoko rizičnim karcinomom jajnika u ranim stadijumima

Pripremili: dr Gabrijel Stefan-Nadž, Prof dr Aljoša Mandić, IOV

Cilj:

Proceniti prezentaciju, karakteristike i prognostički značaj simptoma kod pacijenata sa visokorizičnim epitelnim karcinomom jajnika u ranim stadijumima bolesti.

Metode:

Retrospektivni pregled medicinske dokumentacije je izvršen na svim pacijentima uključenim u kliničko ispitivanje faze III (GOG 157). Svi pacijenti su imali hirurški utvrđen stadijum, visokorizični epitelni karcinom jajnika u ranom stadijumu (stadijum IA-IB i gradus 3, bilo koja bistra ćelija, stadijum IC ili II). Za statističke analize korišćene su Hi-kvadrat i Kaplan-Majerove procene i Cox proporcionalni hazard modeli.

Rezultati:

Od 419 pacijenata pregledanih zbog simptoma, 301 (72%) je imao jedan ili više simptoma, a 118 (28%) je bilo asimptomatski, ali je pri pregledu pronađena masa. Četrdeset posto je imalo samo jedan simptom, a 32% više od jednog simptoma. Među onima sa najmanje jednim simptomom, najčešći su bili bol u stomaku i karlici (31%) i povećan obim ili nadutost (26%). Ukupno, 23% pacijenata sa tumorima veličine 10 cm ili manjim, 27% pacijenata sa tumorima većim od 10 cm do 15 cm i 46% pacijenata sa tumorima većim od 15 cm imalo je više simptoma ($P < .001$). Nije bilo značajne razlike u prezentaciji simptoma u odnosu na starost, stadijum ili histološki podtipa. Simptomi pri postavljanju dijagnoze nisu bili povezani sa recidivom ili preživljavanjem.

Zaključak:

Više od 70% pacijenata sa visokorizičnim ranim stadijumom epitelnog karcinoma jajnika ima jedan ili više simptoma, pri čemu je najčešći bol u stomaku ili karlici. Udeo žena sa simptomima i broj simptoma se povećava sa povećanjem veličine tumora.



REFERENCA:

Chan, John K. MD; Tian, Chunqiao PhD; Kesterson, Joshua P. MD; Monk, Bradley J. MD; Kapp, Daniel S. MD; Davidson, Brittany MD; et.al.. Symptoms of Women With High-Risk Early-Stage Ovarian Cancer. Obstetrics & Gynecology: February 2022 - Volume 139 - Issue 2 - p 157-162 doi: 10.1097/AOG.0000000000004642

Karcinom jajnika nije tako tih

Više od 30 godina, istraživači su pokušavali da razviju skrining strategije za rano otkrivanje raka jajnika. S obzirom na stope preživljavanja za stadijum I i II bolesti su 70-90%, u poređenju sa 10-30% za stadijum III i IV, i da se 60–70% karcinoma jajnika dijagnostikuje u kasnim fazama, svaka strategija koja je omogućila dijagnozu u ranim fazama bi verovatno imala veliku korist za preživljavanje. (1) Velika prospektivna randomizovana ispitivanja, kao što su Studija za skrining raka prostate, pluća, debelog creva i jajnika (PLCO) i UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer (UKCTOCS), su ocenjivala kombinacije transvaginalne ultrasonografije i tumor markera kao strategiju skrininga. (2) Nažalost, uprkos uključivanju skoro 300.000 žena, skrining sa ovim modalitetima nije rezultirao smanjenjem smrtnosti od raka jajnika u poređenju sa rutinskom prezentacijom. Iako postoje novi pristupi identifikaciji tumorske DNK u krvi, Papa testovima i urinu, trenutno se ne preporučuje skrining test za žene sa prosečnim rizikom. Preventivna radna grupa u SAD je dosledno davala skrining raka jajnika ocenu D +- što znači da skrining za rak jajnika treba da bude isključen iz periodičnog zdravstvenog pregleda jer nosi više štete (nepotrebna operacija) nego benefita. Dakle, 2022. nastavljamo da pretežno postavljamo dijagnozu karcinoma jajnika kroz prepoznavanje simptoma i dijagnostičko testiranje na osnovu istorije i fizikalnog pregleda. Shodno tome, Američki koledž akušera i ginekologa navodi u svom mišljenju Komiteta o ulozi akušera–ginekologa u ranom otkrivanju raka jajnika koji, „Edukacija žena i lekara o simptomima i brzo javljanje lekaru je trenutno najbolja metoda dijagnoze.” (3)

Ipak, godinama se rak jajnika netačno opisuje kao tihi ubica, ili da su simptomi previše nejasni za pacijente i zdravstvene radnike. Još jedan mit je da samo žene u uznapredovalom stadijumu bolesti imaju simptome. U ovomesečnom izdanju časopisa *Obstetrics & Gynecology*, Chan i kolege (4) prikazuju veliku količinu literature pokazujući da žene sa rakom jajnika imaju simptome, uključujući većina onih sa stadijumom I i II bolesti. Kroz retrospektivni pregled dokumentacije žena uključenih u studiju istraživači su otkrili da, od 419 žena u ranoj fazi karcinoma jajnika, 301 (72%) je



Types of Gynecologic Cancers

imalo dokumentaciju o simptomima tipičnim za karcinom jajnika - najčešće bol u stomaku ili karlici, nadimanje i povećana veličina stomaka. Gastrointestinalni simptomi nisu bili tako česti kao što je objavljeno u drugim studijama. (5) Pored toga, nije bilo razlike u simptomima na osnovu stadijuma ili histologije. Žene sa velikim tumorima su bile veća je verovatnoća da će imati više simptoma zabeleženih u medicinskom kartonu. U anketama koje direktno pitaju žene o simptomima, 89% onih u ranoj fazi raka jajnika prijavljuje da ima simptome pre dijagnoze. (5,6) Korelacija simptoma dokumentovanih od strane zdravstvenih radnika sa simptomima koje je prijavila pacijentkinja nije procenjena za žene sa rakom jajnika ipak, nije neočekivano da su Chan et al. prijavili procenat žena sa simptomima u nešto nižem broju od onoga što je otkriveno u dikretnim anketama.

Mnogi zdravstveni radnici su naizgled nesvesni simptoma koji su tipično povezani sa rakom jajnika, tako da pogrešna dijagnoza ostaje česta. U istraživanje na 1.725 žena sa rakom jajnika, (5) 70% je imalo simptome više od 3 meseca pre njihove dijagnoze. Najčešći simptomi su bili nadimanje, povećana veličina stomaka, abdomena i karlice, bol, urinarni simptomi i promene u navikama creva. Kada su pacijenti sa rakom jajnika upitani šta njihovi lekari rekli kada su prijavili simptome - 15% je reklo da ima sindrom iritabilnog kolona, 13% je rečeno da je sve u redu, 12% je bilo sa dijagnozom stresa, 9% sa gastritisom, 6% sa opstipacijom, a 6% sa depresijom. Prepisani su lekovi za stanje koje nije rak jajnika u 30% slučajeva. Jasno je da se zdravstveni radnici muče sa razumevanjem koji simptomi su karakteristični za rak jajnika.

Jedan od problema oko simptoma raka jajnika je da mogu biti nejasni i često prisutni u opštoj populaciji. U case-control studiji od više od 1600 žena koje se javljaju u primarnu zdravstvenu zaštitu u poređenju sa ženama sa ranim stadijumom karcinoma jajnika, (7) odnos šanse za simptome bio je 2,2 for bol u stomaku ili karlici, 2,4 za urinarnu urgenciju, 2,5 za otežano jedenje, 3,6 za nadimanje i 7,4 zapovećanu veličinu stomaka. Međutim, što je značajnije našli su da žene sa rakom jajnika tipično imaju simptome koji su se pojavili novijeg datuma i iskusili njihovi simptomi gotovo svakodnevno, u poređenju sa tokom godinu dana duge istorije pojavljivanja epizodnih simptoma dva do tri puta mesečno. Chan i saradnici nisu bili u stanju da procene učestalost ili trajanje simptoma, što može biti važan faktor u razlikovanju simptoma koji su više zabrinjavajući za rak jajnika. Drugi istraživači su razvili indeks simptoma raka jajnika, koji uključuje postojanje jedan od šest simptoma (bol u stomaku ili karlici, povećana veličina stomaka ili nadimanje i poteškoće u jelu ili brzo osećanje sitosti), sa pojavom ovih simptoma više od 12 puta mesečno i prisustvo manje od godinu dana. Ovi indeksi su umereno osetljivi (67–87%), sa specifičnošću od 80–90% kod žena sa rakom jajnika. (8) Uspešno je korišćen skrining izazvan simptomima u prospektivnim studijama. (9) U DOvE studiji



Types of Gynecologic Cancers

(Diagnosing Ovarian Cancer Early), otkrili su istraživači da procena simptoma raka jajnika praćena dijagnostičkim ultrazvukom karlice i CA125 dovelo je do visoke stope otkrivanja i trenda ka ranijoj dijagnozi i boljim ishodima. (10) Važno je da učestalost raka jajnika u populaciji sa tegobama je bila više od 10 puta veća nego u opštoj populaciji.

Studija Chana i saradnika prikazuje više informacija o tome da velika većina žena sa rakom jajnika, čak i onih sa ranom stadijumom bolesti, imaju simptome. Kako pacijenti tako i zdravstveni radnici treba da budu edukovani o ovim simptomima, a svima nam je potrebna visoka pažnja kod simptomatskih pacijenata kako bi se izbegla odlaganja u dijagnozi. Žene sa ranom stadijumom bolesti imaju stope preživljavanja dvostruko veće od onih kod žena sa bolesti u naprednom stadijumu; dakle, prepoznavanje simptoma uz odgovarajuće dijagnostičko testiranje ostaje ključno u našim naporima da poboljšamo ishode lečenja kod ovih pacijenata.

Reference:

1. Buys SS, Partridge E, Black A, Johnson CC, Lamerato L, Isaacs C, et al. Effect of screening on ovarian cancer mortality: the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Randomized Controlled Trial. *JAMA* 2011;305:2295–303. doi: 10.1001/jama.2011.766
2. Menon U, Gentry-Maharaj A, Burnell M, Singh N, Ryan A, Karpinskyj C, et al. Ovarian cancer population screening and mortality after long-term follow-up in the UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening (UKCTOCS): a randomised controlled trial. *Lancet* 2021;397:2182–93. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00731-5
3. The role of the obstetrician–gynecologist in the early detection of epithelial ovarian cancer in women at average risk. Committee Opinion No 716. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2017;130:e146–9. doi: 10.1097/AOG.0000000000002299
4. Chan JK, Tian J, Kesterson JP, Monk BJ, Kapp DS, Davidson B, et al. Symptoms of women with high-risk, early-stage ovarian cancer. *Obstet Gynecol* 2022;139:157–62. doi: 10.1097/AOG.0000000000004642
5. Goff BA, Mandel L, Muntz HG, Melancon CH. Ovarian carcinoma diagnosis. *Cancer* 2000;89:2068–75. doi: 10.1002/1097-0142(20001115)89:10<2068::aid-cnrc6.3.0.co;2-z
6. Olson S, Mignone L, Nakraseive C, Caputo TA, Barakat RR, Harlap S. Symptoms of ovarian cancer. *Obstet Gynecol* 2001; 98:212–7. doi: 10.1016/s0029-7844(01)01457-0



Types of Gynecologic Cancers

7. Goff BA, Mandel LS, Melancon CH, Muntz HG. Frequency of symptoms of ovarian cancer in women presenting to primary care clinics. *JAMA* 2004;291:2705–12. doi: 10.1001/jama.291.22.2705
8. Goff BA, Mandel LS, Drescher CW, Urban N, Gough S, Schurman KM, et al. Development of an ovarian cancer symptom index: possibilities for earlier detection. *Cancer* 2007;109:221–7. doi: 10.1002/cncr.22371
9. Andersen MR, Lowe KA, Goff BA. Value of symptom-triggered diagnostic evaluation for ovarian cancer. *Obstet Gynecol* 2014;123:73–9. doi: 10.1097/AOG.0000000000000051
10. Gilbert L, Basso O, Sampalis J, Karp I, Martins C, Feng J, et al. Assessment of symptomatic women for early diagnosis of ovarian cancer: results from the prospective DOvE pilot project. *Lancet Oncol* 2012;13:285–91. doi: 10.1016/S1470-2045(11)70333-3



Preživljavanje sa Cemiplimabom kod rekurentnog karcinoma grlića materice

Pripremili: dr Dunja Kokanov, Prof dr Aljoša Mandić, IOV

Rezultati ispitivanja finalne faze 3 potvrđuju korist za preživljavanje sa imunoterapijom cemiplimabom (Libtayo) kada se koristi kao terapija druge linije rekurentnog ili metastatskog karcinoma grlića materice.

Rezultati kod rekurentnog karcinoma grlića materice objavljeni su u časopisu New England Journal of Medicine.

Oni potiču iz faze 3 randomizovane, otvorene studije EMPOWER-Cervical 1/GOG-3016/ENGOT-cx9 upoređujući cemiplimab dat u dozi od 350 mg svake 3 nedelje sa monoterapijom koja je izbor istraživača, kod 608 žena koje su imale progresiju bolesti nakon prve linije hemoterapije bazirane na platini.

Ukupno preživljavanje u proseku praćenja od 18,2 meseca bilo je značajno duže među onima u grupi koja je primala cemiplimab, nego u grupi na hemioterapiji (medijana od 12,0 naspram 8,5 meseci; odnos rizika od smrti, 0,69). Preživljavanje bez progresije bolesti (PFS) je takođe poboljšano (HR za progresiju bolesti ili smrt, 0,75).

Ovi novoobjavljeni rezultati odražavaju one rezultate objavljene prošle godine nakon druge planirane privremene analize, pošto je nezavisni komitet za praćenje podataka u to vreme preporučio da se ispitivanje rano prekine na bazi efikasnosti. Ti privremeni nalazi, kako je izvestio Medscape Medical News, predstavljeni su prošlog maja na virtuelnoj plenarnoj sednici Evropskog društva za medicinsku onkologiju i istovremeno objavljeni na internetu u Annals of Oncology.

Stope objektivnog odgovora (ORR) u ukupnoj populaciji bile su 16,4% naspram 6,3% u grupama na cemiplimabu i hemioterapiji. ORR su bili 18% naspram 11% kod pacijenata sa ekspresijom PD liganda-1 $\geq 1\%$ u odnosu na one sa ekspresijom PD-L1 $< 1\%$.

Neželjeni događaji gradusa 3 ili viši javili su se kod 45% naspram 53,4% onih u grupama na cemiplimabu i hemioterapiji.

„Cemiplimab može da obezbedi novi standard lečenja za ovu populaciju povezanu sa veoma lošom prognozom,“ komentarisao je prvi autor Krishnansu S. Tewari, MD kada je predstavljao privremene nalaze.



Reference

Krishnansu S. Tewari, M.D., Bradley J. Monk, M.D., Ignace Vergote, M.D., Austin Miller, Ph.D., et al., for the Investigators for GOG Protocol 3016 and ENGOT Protocol En-Cx9*Survival with Cemiplimab in Recurrent Cervical Cancer February 10, 2022 N Engl J Med 2022; 386:544-555 DOI: 10.1056/NEJMoa2112187

Trametinib: Novo terapijsko rešenje za serozni low-grade karcinom jajnika.

Pripremili: dr Nemanja Stevanović, Prof dr Aljoša Mandić, IOV

Trametinib je značajno nadmašio trenutno korišćene opcije za rekurentni serozni karcinom jajnika niskog stepena i trebalo bi da se smatra novim standardom lečenja, prema studijama koje govore o rezultatima faze 2/3 u časopisu Lancet.

Korist od trametiniba je uočena bez obzira na to da li je tumor imao mutacije KRAS, BRAF ili NRAS ili ne, tako da bi trametinib prema studijama trebalo smatrati "terapijskom opcijom za sve žene sa rekurentnim seroznim karcinomom niskog stepena, bez obzira na status mutacije".

Prethodne studije sa drugim MEK inhibitorom

Bolest niskog stepena je različita molekularno i klinički; otpornija je na hemioterapiju zasnovanu na platini i ima visoku stopu recidiva. Bilo je napora da se pronađu bolji terapijski modaliteti; Činilo se da je inhibicija MEK obećavajuća zbog velike prevalencije aktivirajućih mutacija u MAPK putu.

Međutim, studija iz 2020. sa drugim inhibitorom MEK-a, binimetinibom, nije pokazala prednost u odnosu na hemioterapiju. Komentarišući u svom radu, Gershenson i kolege su se zapitale da li je to ispitivanje dalo negativne rezultate jer su ti ispitanici imali manje uznapredovalu bolest i bili su podvrgnuti manjem broju prethodnih tretmana od pacijenata koju su dobijali trametinib. Oni su naveli da je u ispitivanju binimetiniba, PFS (progression free survival) u kontrolnoj grupi bio je bolji od očekivanog za 10,6 meseci. Razlog za ovo može biti da je trametinib jednostavno snažniji od binimetiniba.

Ispitivanje trametiniba uključivalo je 260 žena u 84 bolnice u Sjedinjenim Američkim Državama i Ujedinjenom Kraljevstvu koje su već bile podvrgnute operaciji. Žene u studiji su bile prosečne starosti od 56,2 godine, a 88% su bile belkinje. Skoro polovina pacijenata u obe grupe je bila tretirana sa tri ili više linija sistemske terapije.

Oni su randomizovani u odnosu 1:1 da primaju ili trametinib 2 mg jednom dnevno ili terapiju po izboru lekara (paklitaksel, doksorubicin, topotekan, letrozol ili tamoksifen).



Types of Gynecologic Cancers

Medijana PFS (progression free survival) sa trametinibom bila je 13 meseci, naspram 7,2 meseci sa standardnom terapijom. Ukupna stopa odgovora (ORR-overal response rate) na trametinib je bila 26%, a rizik od progresije je smanjen za 52%. Medijana ukupnog preživljavanja u grupi sa inhibitorima MEK bio je 37,6 meseci, u odnosu na 29,2 meseca u grupi sa standardnom terapijom. Grupi sa standardnom terapijom bilo je dozvoljeno da pređe na trametinib kada su imali progresiju. Medijana PFS u grupi kod pacijenata koji su prešli na trametinib (crossover) bila je 10,8 meseci, a ORR 15%.

Crossover je zahtevao objektivan dokaz napredovanja bolesi prema RECIST kriterijumima. Uprkos tome, istraživači su rekli da je potencijalni nedostatak u njihovoj studiji to što su lekari možda prerano napravili evaluaciju kako bi njihovi pacijenti mogli da prime trametinib.

Moguće je da inhibicija MEK povećava osetljivost ćelija karcinoma jajnika na hormonsku terapiju, tako da bi „istraživanja koja kombinuju trametinib i inhibitore aromataze mogla biti opravdani u budućnosti“.

Detalji neželjenih dejstava

Najčešći neželjeni događaji stepena 3 ili 4 sa trametinibom bili su osip na koži (13%), anemija (13%), hipertenzija (12%), dijareja (10%), mučnina (9%) i umor (8%). Incidenca retinalnih neželjenih dejstava bila je 2%, a ejakciona frakcija leve komore opala je kod 8% pacijenata. Najčešći neželjeni događaji stepena 3 ili 4 uz standardnu terapiju bili su bol u stomaku (17%), mučnina (11%), anemija (10%) i povraćanje (8%).

Ref.

David M Gershenson, Austin Miller, William E Brady, James Paul, Karen Carty, William Rodgers, et al. Trametinib versus standard of care in patients with recurrent low-grade serous ovarian cancer (GOG 281/LOGS): an international, randomised, open-label, multicentre, phase 2/3 trial. *Lancet* 2022; 399:10324:541-553. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02175-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02175-9)

UVOD

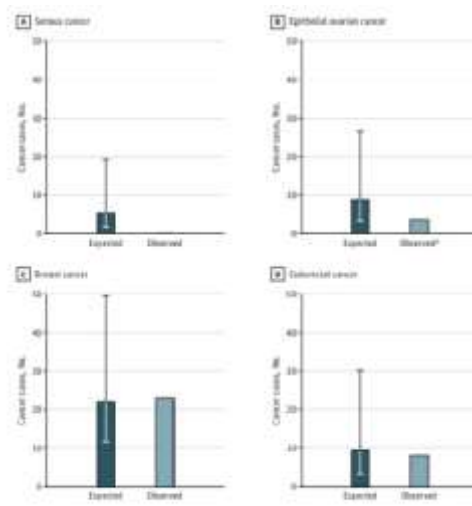
High-grade serozni karcinom jajnika (HGSC) je najletalniji od 5 najčešćih histoloških tipova ovog karcinoma i ima petogodišnje preživljavanje manje od 50%. Oko 70% sporadičnih i skoro svi karcinomi jajnika sa BRCA mutacijom su high-grade serozni karcinomi. Iako je u opštoj populaciji rizik za nastanak karcinoma jajnika 1,4%, kod pacijentkinja sa BRCA1 i BRCA2 mutacijom taj rizik se procenjuje na 40 do 70%, odnosno 8 do 34%. Kod nosioca BRCA1 i BRCA 2 mutacije se preporučuje bilateralna salpingooforektomija kao metod prevencije karcinoma jajnika i jajovoda, jer smanjuje rizik za nastanak ovih karcinoma do 80%. Međutim, ova metoda se ne preporučuje u opštoj populaciji, jer nosi povećan rizik za koronarnu bolest srca, osteoporozu i povećava stopu mortaliteta, te je neophodan drugačiji pristup kod pacijentkinja srednjeg rizika za nastanak karcinoma jajnika, koje čine 80% ovih pacijenata.

Prema najnovijim shvatanjima HGSC potiče iz tkiva jajovoda, što je dovelo do nove mogućnosti za prevenciju karcinoma jajnika u vidu oportunističke salpingektomije (OS). Oportunistička salpingektomija podrazumeva uklanjanje jajovoda tokom histerektomije ili uklanjanje jajovoda umesto podvezivanja istih, pri čemu jajnici ostaju intaktni.

METODE

U februaru 2022. Gillian i sar. su objavili retrospektivnu kohortnu studiju u kojoj su pregledani podaci svih stanovnica kanadske provincije Britanska Kolumbija, koja obuhvata oko 5 miliona ljudi. U istraživanje je uključena svaka žena koja je podvrgnuta histerektomiji ili podvezivanju jajovoda u periodu od 2008. do 2017. godine. Nakon dobijanja pristanaka od strane pacijentkinja, pregleda kompletne istorije bolesti preko registara za karcinom pomenute provincije i odobrenja etičkih komiteta, urađeno je istraživanje. Osobe kod kojih je potvrđena dijagnoza karcinoma pre ili u roku od 6 meseci nakon operacije su isključene iz istraživanja, jer se pretpostavlja da je karcinom bio prisutan u vreme operacije. Sve pacijentkinje su podeljene u dve grupe, prvu su činile one kod kojih je urađena oportunistička salpingektomija, bilo zajedno sa histerektomijom ili bez histerektomije i drugu (kontrolnu) kod kojih nije rađena

Izvršeno je ispitivanje i komparacija sa kontrolnom grupom u pogledu potencijalno važnih faktora kao što su: starost pacijentkinja, prihodi, paritet, graviditet, istorija upotrebe oralnih kontraceptiva i prosečan broj dana njihove upotrebe, prisustvo BRCA mutacije i prisustvo benignih ginekoloških stanja u vreme operacije: endometrioze, lejomiona, benignih neoplazmi, abnormalnog krvarenja, prolaps karličnih organa, pelvična inflamatorna bolest i hidrosalpinga. (Tabela 1)



Grafikon 1. Tabela 1

Characteristic	Patients, No. (%)		Standardized mean difference
	Hysterectomy alone or tubal ligation (n = 32 080)	Opportunistic salpingectomy (n = 25 889)	
Age at time of surgery, mean (SD), y	38.2 (7.9)	40.2 (7.1)	0.2743
Duration of follow-up, median (IQR), y	7.3 (4.6-8.7)	3.2 (1.6-5.1)	0.8987
Income quintile			
Patients, No.	27 488	13 592	
1	5869 (21.4)	2718 (20.0)	
2	6185 (22.5)	2782 (21.2)	
3	5769 (21.0)	2887 (21.2)	0.0675
4	5327 (19.4)	2867 (21.1)	
5	4338 (15.8)	2338 (17.2)	
Parity, live births, mean (SD), No.	2.03 (1.33)	1.74 (1.29)	0.2239
Pregnancies, mean (SD), No.	2.63 (1.93)	2.26 (1.87)	0.1965
Oral contraceptive pill use	21 414 (66.8)	18 098 (69.9)	0.0678
Duration of oral contraceptive pill use, d			
Mean (SD)	662 (965)	757 (1091)	
Median (IQR)	218 (0-960)	264 (0-1080)	0.0923
BRCA variant	34 (0.11)	27 (0.10)	0.0023
Endometriosis	2279 (7.1)	3301 (12.8)	0.1897
Uterine leiomyoma	3760 (11.7)	6474 (25.0)	0.3483
Benign uterine or ovarian neoplasm	225 (0.7)	355 (1.4)	0.0661
Prolapse	2127 (6.6)	1314 (5.1)	0.0663
Abnormal bleeding	6919 (21.6)	9395 (36.3)	0.3290
Pelvic inflammatory disease	606 (1.9)	746 (2.9)	0.0628
Hydrosalpinx	122 (0.4)	209 (0.8)	0.0556
Polycystic ovary syndrome	43 (0.1)	50 (0.19)	0.0146

Analizirana je prisutnost seroznih i epitelnih karcinoma jajnika, kao i prisustvo karcinoma dojke i kolorektalnog karcinoma kod 25 889 pacijentkinja u odnosu na kontrolnu grupu od 32 080 pacijentkinja. Istraživanje je pokazalo da nije bilo seroznih karcinoma u ispitivanoj grupi do kraja praćenja, iako se očekivalo 5,27 (95% CI, 1,78-19,29). Što se epitelnih tiče, očekivani broj u ispitivanoj grupi je bio 8,68 (95% CI, 3,36-26,58) karcinoma, a stvarni broj je bio manji ili jednak 5. U kontrolnoj grupi je bilo 15 seroznih i 21 epitelnih karcinom jajnika. Očekivani broj karcinoma dojke u ispitivanoj grupi je bio 22,1 (95% CI; 11,62-49,37), a stvarni broj je bio 23, dok je očekivani broj kolorektalnog bio 9,35 (95% CI, 3,13-30,11), a stvarni broj je bio 8. (Grafikon 1)

U ovoj studiji je uočen znatno manji broj karcinoma jajnika u odnosu na očekivani kod pacijentkinja koje su podvrgnute oportunističkoj salpingektomiji. Većina profesionalnih ginekoloških udruženja širom sveta zauzima stav da se razmotri izvođenje profilaktičke salpingektomije kod pacijentkinja sa srednjim rizikom za nastanak karcinoma jajnika. Važno je napomenuti da se na osnovu dobijenih rezultata ove studije može razmotriti i preporuka takvim pacijentkinjama za uvođenjem terapije oralnim kontraceptivima nakon rađanja.



Referenca:

Gillian E. Hanley, PhD; Celeste Leigh Pearce, PhD; Aline Talhouk, PhD; Janice S. Kwon, MD; Sarah J. Finlayson, MD; Jessica N. McAlpine, MD; David G. Huntsman, MD; Dianne Miller, MD. Outcomes From Opportunistic Salpingectomy for Ovarian Cancer Prevention. JAMA Network Open. 2022;5(2):e2147343. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.47343 (Reprinted)