

Ovarialcystor – Adnexförändringar – KKHS

Hitta i dokumentet

[Sammanfattning](#)

[Vid bedömning och handläggning tas hänsyn](#)

[till:](#)

[Ultraljudbedömning:](#)

[IOTA Simple Rules](#)

[Flödesschema 1: Unilokulär, unilateral, \(ekofri "Simple Cyst"\)](#)

[Flödesschema 2: Förändring av benign eller funktionell natur i premenopaus, ej enbart unilokulär](#)

[Flödesschema 3: Inkonklusiva fynd \(B+M-kriterier\) eller _____ malignitetsmisstänkta fynd \(bara M-kriterier\)](#)

[Tumörmarkörer*](#)

[Flödesschema 4: Adnexförändringar vid graviditet](#)

[Uppdaterat från föregående version](#)

Sammanfattning

Funktionella cystor är vanligt förekommande premenopausalt och majoriteten av adnex/ovarialcystor är benigna, 90 % premenopausalt och 60 % postmenopausalt.

Målet vid utredning är att urskilja riskfaktorer för malignitet där ultraljudsbilden är av stor betydelse, men även anamnes och cancermarkörer är viktiga.

Vid bedömning och handläggning tas hänsyn till:

Aktuell anamnes

- Mens-menopausstatus
- Symtom, även avföring och miktion. Symtom på androgen- eller postmenopausal kvinna östrogenpåverkan?
- Graviditet/graviditetsönskan
- Hereditet för ovarial-, bröst- och coloncancer

Status och provtagningar

- Noggrann palpation av buk och gynstatus, ev. även rektalt: palpabel resistens i buk/lilla bäckenet? Fritt rörlig eller fixerad? Storlek, konsistens, ömhet?
- Kan det bli ett operationsfall tänk på hjärt- och lungstatus, blodtryck, HD, blodgruppering
- Diff diagnos vid smärta: Infektion (CRP, urinsticka), X (hCG), torsion, divertikulit
- Vid indikation: CA 125, HE4, se [Tumörmarkörer](#)

Ultraljudbedömning:

- Klassificera enligt [IOTA-kriterier](#) och använd IOTA Simple Rules
- Använd Pattern- [Pattern-Recognition](#), IOTA-definitioner: [IOTA-terminologi](#)
- Vaginalt ultraljud kombinerat med abdominellt ultraljud vid större cystor
- Frikostighet med avstämning dagbakjour/Onkologiteam

IOTA Simple Rules

B1	Unilokulär cysta	M1	Irregulär solid tumör
B2	Förekomst av solida komponenter/papillärer strukturer med max i diameter 7 mm	M2	Förekomst av ascites
B3	Förekomst av acoustic shadows	M3	Minst 4 papillärer strukturer
B4	"smooth" multilokulär tumör, <100 mm	M4	Irregulär, multilokulär, solid tumör >100 mm
B5	Inget dopplerflöde (color score 1)	M5	Starkt dopplerflöde (color score 4)

Bara B-kriterier: Stor sannolikhet benignitet: [Flödesschema 1](#) eller [2](#)

B+M-kriterier: Inkonklusivt resultat: Kontakt med dagbakjour/erfaren kollega/onkologteam. Ställningstagande till ev. [SVF Äggstockscancer](#), [Flödesschema 3](#)

Varken B- eller M-kriterier: Inkonklusivt resultat: Kontakt med dagbakjour/erfaren kollega/onkologteam. Ställningstagande till ev. [SVF Äggstockscancer](#), [Flödesschema 3](#)

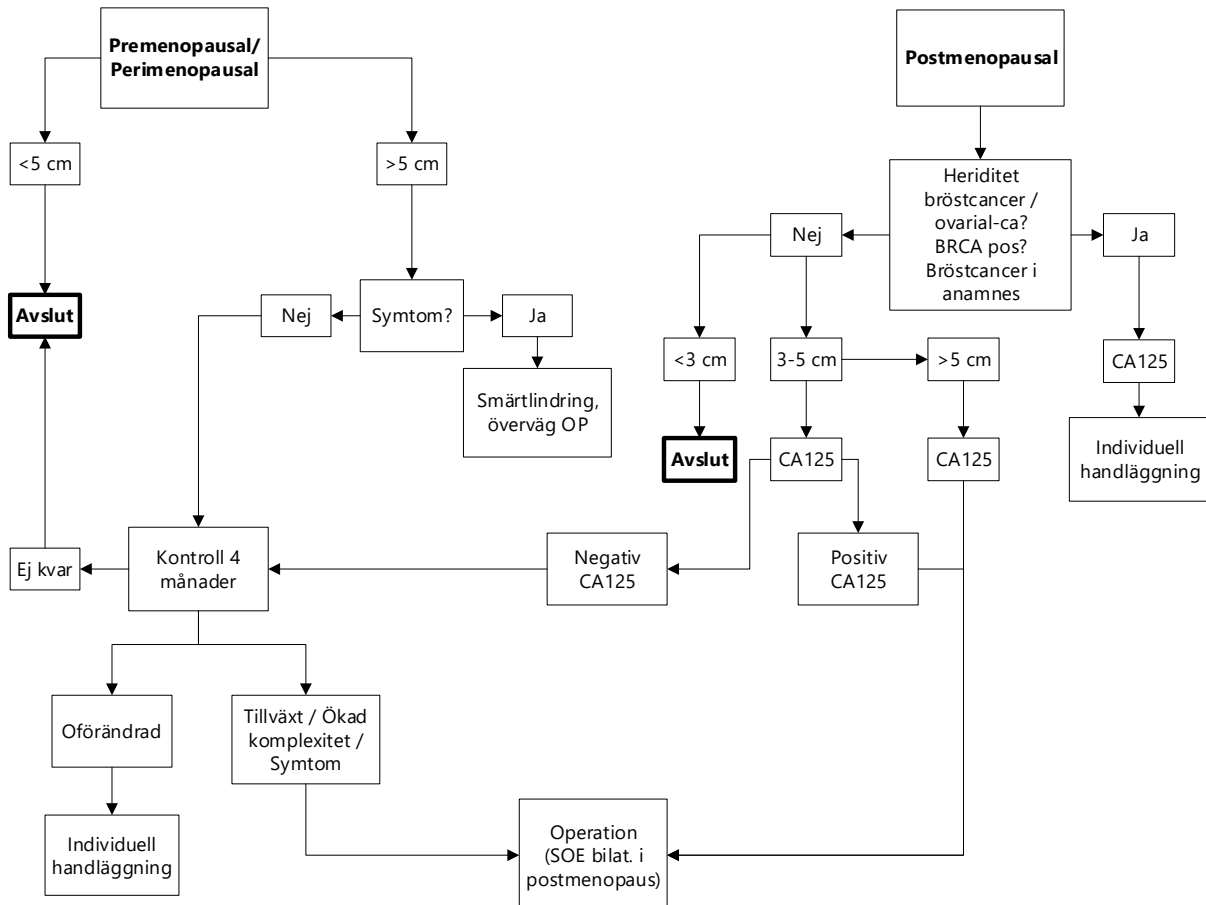
Bara M-kriterier: Stor sannolikhet malignitet: Kontakt med dagbakjour/onkologiteam/[SVF Äggstockscancer](#), [Flödesschema 3](#)

Graviditet: [Flödesschema 4](#)

Flödesschema 1: Unilokulär, unilateral, (ekofri "Simple Cyst")

- Unilokulär cysta: Inga septeringar, inga papillärer, strukturer eller solida partier, ekotomt innehåll, regulär cystvägg
- Postmenopausal >50 år om hysterektomerad
- P-piller botar ingen cysta men kan förebygga nya funktionella cystor

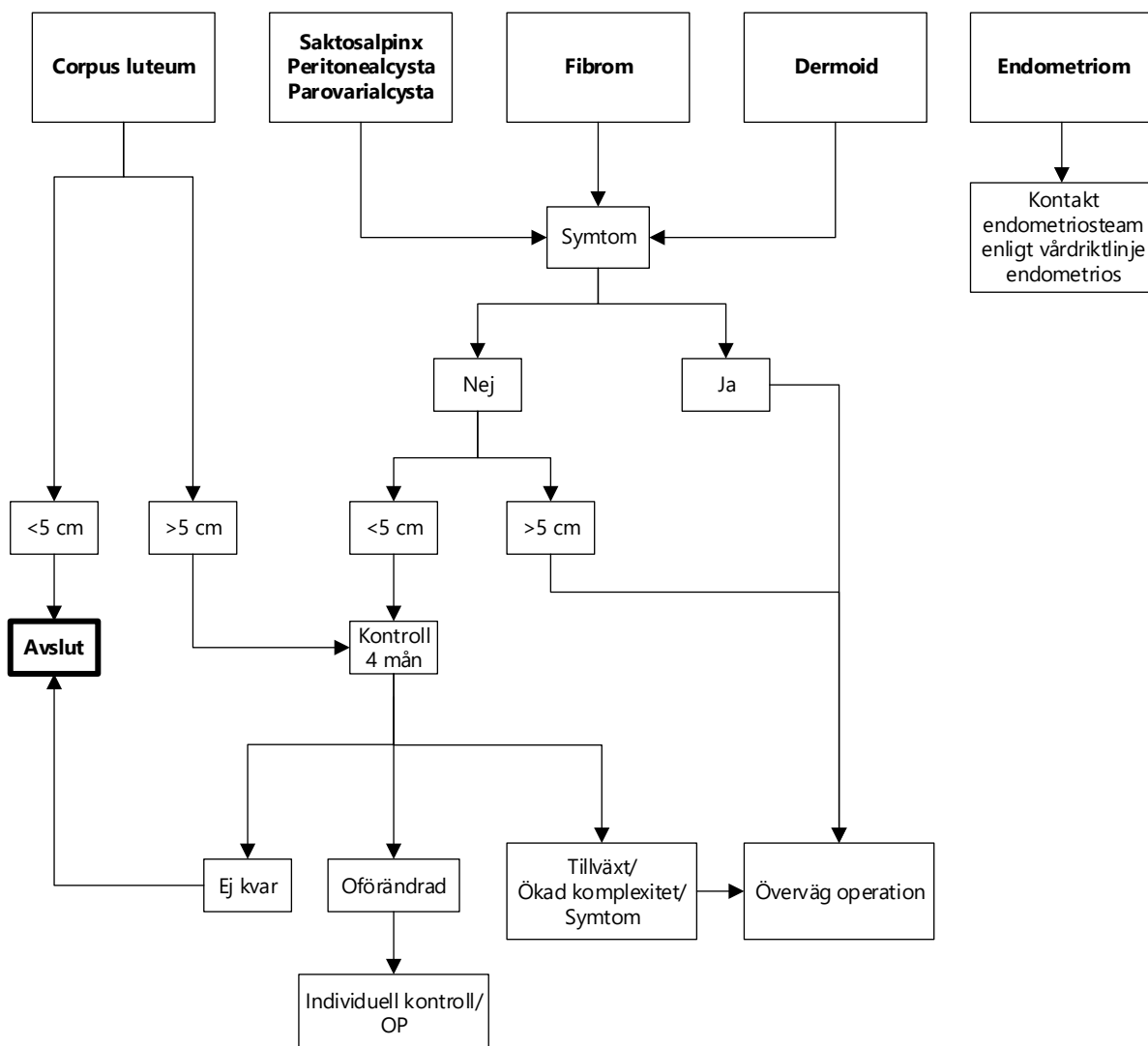
Vid tveksamhet kontakta bakjour



*Vid tillväxt, ökad komplexitet och/eller förhöjda cancermarkörer: Kontakta dagbakjour/onkologteam och se flödesschema 3.

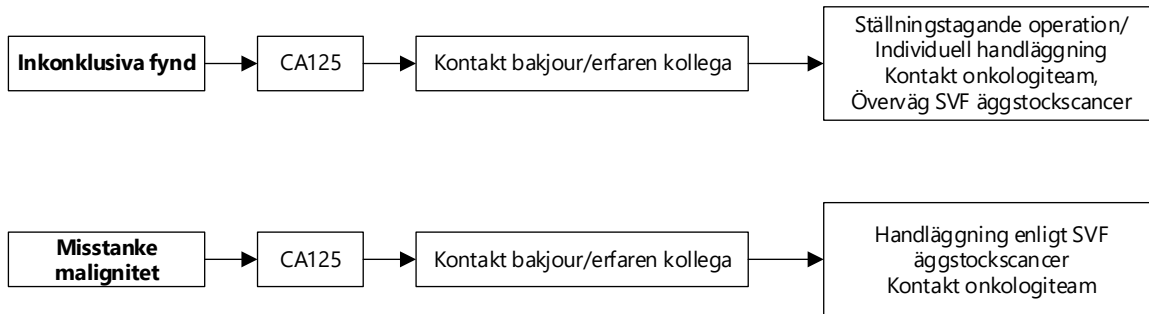
Flödesschema 2: Förändring av benign eller funktionell natur i premenopaus, ej enbart unilokulär

- **Vaksamhet på diff borderlinecysta, malignitet!**
- **Frikostigt kontakta erfaren kollega, överväga flödesschema 3**
- Inga M-kriterier
- Använda Pattern Recognition
- Ta hänsyn till menstruationscykeln
- Graviditetsönskemål?
- Postmenopausal >50 år om hysterektomerad
- P-piller botar ingen cysta men kan förebygga nya funktionella cystor



Vid **oförändrad, tillväxt, ökad komplexitet vid kontroll**: Kontakta dagbakjour/onkologteam och överväg [flödesschema 3](#).

Flödesschema 3: Inkonklusiva fynd (B+M-kriterier) eller malignitetsmisstänkta fynd (bara M-kriterier)



- Hos premenopausal kvinna tas även HE4
- Vid solid tumör se nedan
- Se vårdriktlinje [SVF Äggstockscancer](#)

Tumörmarkörer*

CA125: Vanligaste markör för epitelial ovarialcancer. Mindre effektiv för riskbedömning premenopausalt, då CA125 kan förekomma vid flertal benigna tillstånd såsom endometrios, infektioner, graviditet, torsion, stora myom eller kystom.. Kan även vara förhöjt vid annan cancer och ascites oavsett orsak.

HE4: Har högre specificitet för epiteliala tumörer premenopausalt, framförallt för att skilja ut mot endometrios. Ingår i riskkvoten ROMA, se nedan.

Tumörmarkörer vid solid tumör, tumörmarkörer för icke-epitelial ovarialtumör

- Postmenopausalt: Inhibin, AMH (markörer för granulosa-celstumör)
- Premenopausalt: hCG, AFP, LDH samt Inhibin, AMH.
- Androgena symtom? Testosteron, DHEAS (Sertoli-Leydig tumör)

CEA och C19-9: Tumörmarkörer för differentiering mot gastrointestinala tumörer

Ytterligare metoder för hjälp i bedömning av malignitetsrisk

RMI (Risk of Malignancy Index)

Tar hänsyn till ultraljudsbild, menopausstatus samt CA125: [Risk of Malignancy Index \(RMI\) Calculator \(obgyn.tools.com\)](#)

ROMA (Risk of Ovarian Tumour Analysis)

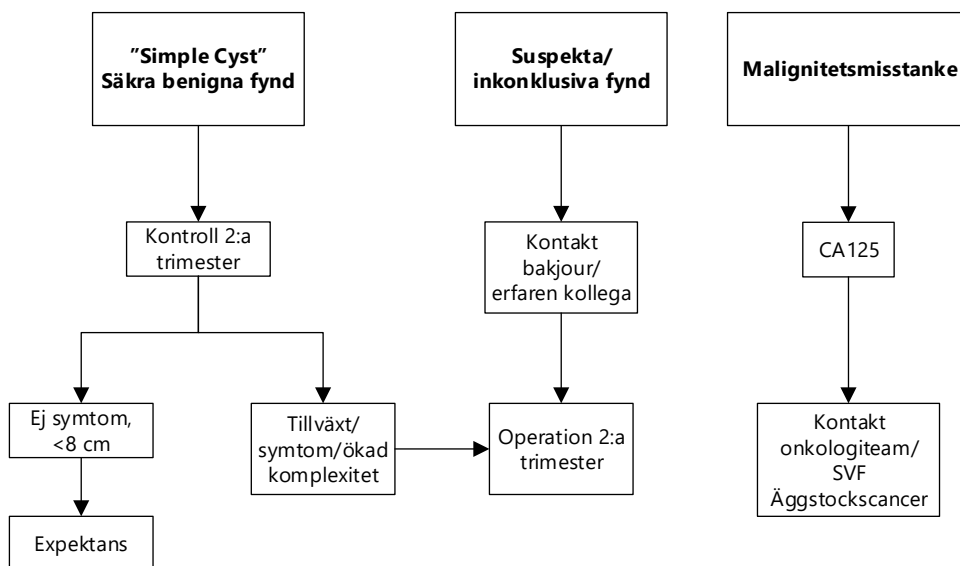
Kvot utifrån CA125, HE4 samt menopausstatus. Vi får denna kvot uträknad i kem-lab-svaret liksom referensvärden för pre- och post-menopausal kvinna. [HE4TEST.COM GLOBAL OVARIAN CANCER ROMA SCALE: RISK OF OVARIAN CANCER ALGORITHM TO CALCULATE RISK OF EPITHELIAL OVARIAN CANCER](https://www.he4test.com/global-ovarian-cancer-roma-scale-risk-of-ovarian-cancer-algorithm-to-calculate-risk-of-epithelial-ovarian-cancer)

IOTA Adnex-model

Tar in flera ultraljudsvariabler samt CA125 [IOTA - ADNEX model \(iotagroup.org\)](https://www.iotagroup.org)

Flödesschema 4: Adnexförändringar vid graviditet

- De flesta cystor under graviditet är benigna och handläggs konservativt.
- Om kirurgi behövs är det optimalt i andra trimestern, efter första trimesterns missfallsrisk och innan uterus blir alltför stor.
- Vid enkla cystor som ger symtom kan man överväga punktion, vaginalt eller via röntgen abdominellt. Kan behöva upprepas.
- Konservativt behandlade cystor >5 cm, inklusive punkterade, kontrolleras 6-8 veckor postpartum.
- Vid malignitetsmisstanke: CA125 stiger under graviditet, men inte HE4. Bägge tas vid malignitetsmisstanke. MR föredras i stället för CT.



Uppdaterat från föregående version

2024-09-20: Reviderad med nytt datum utan ändring efter årlig genomgång.

Januari -23: Reviderad med nytt datum utan ändringar i text.

2022-04-11: Större ändringar i hela dokumentet.

2021-04-01: Ändrat rubrik, gäller nu för Kvinnokliniken gemensamt.

Januari -20: Ny vårdriktlinje. Ersätter Ovarialcystor – handläggning – KK Varberg