Region Halland

Ovarialcystor – Adnexförändringar

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-Recnogition, IOTA-definitioner: IOTA-terminologi
- Vaginalt ultraljud kombinerat med abdominellt ultraljud vid större cystor
- Frikostighet med avstämning dagbakjour/Onkologiteam

IOTA Simple Rules

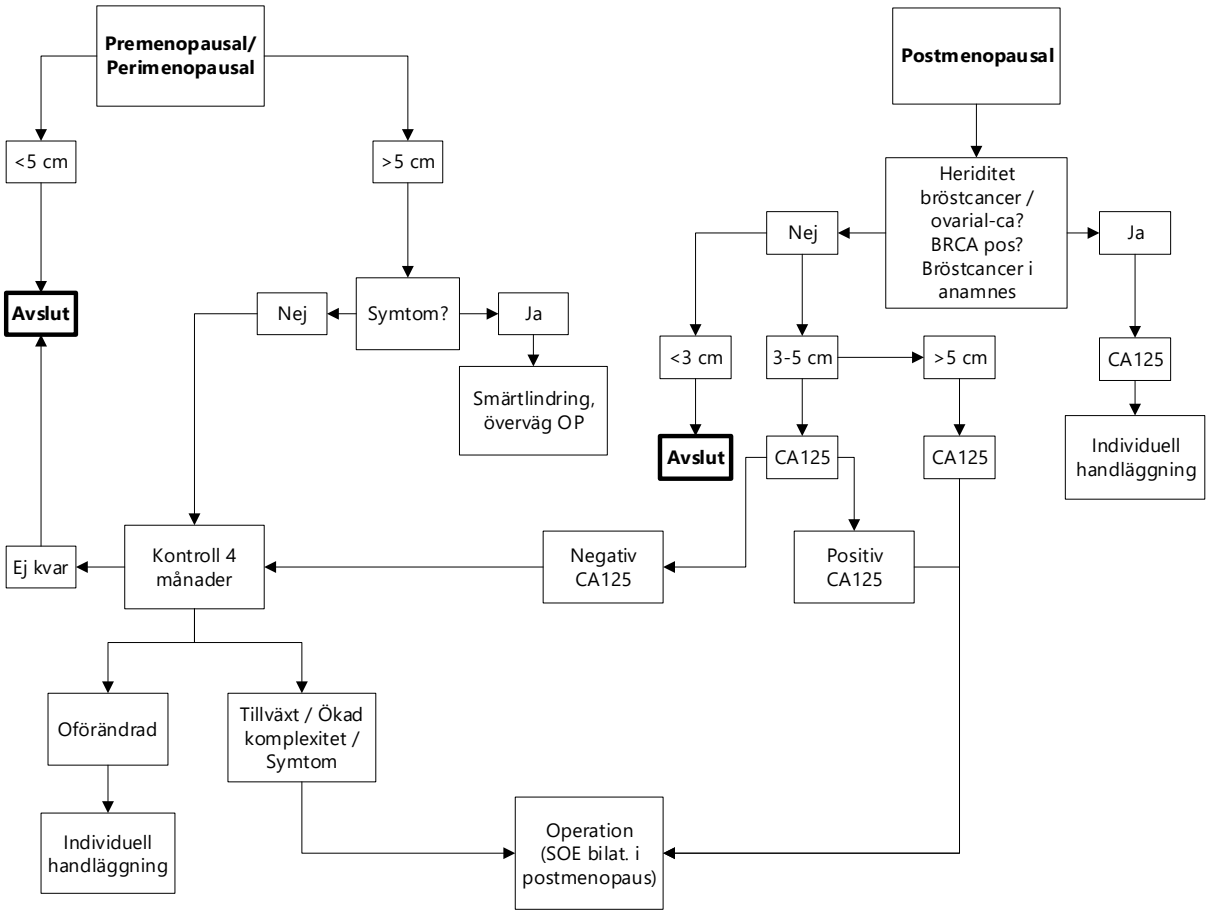
B1	Unilokulär cysta	**M1**	Irregulär solid tumör
B2	Förekomst av solida komponenter/papillärer strukturer med max i diameter 7 mm	**M2**	Förekomst av ascites
B3	Förekomst av acoustic shadows	**M3**	Minst 4 papillärer strukturer
B4	”smooth” multilokulär tumör, <100 mm	**M4**	Irregulär, multilokulär, solid 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
- Postemenopausal >50 år om hysterektomerad
- P-piller botar ingen cysta men kan förebygga nya funktionella cystor

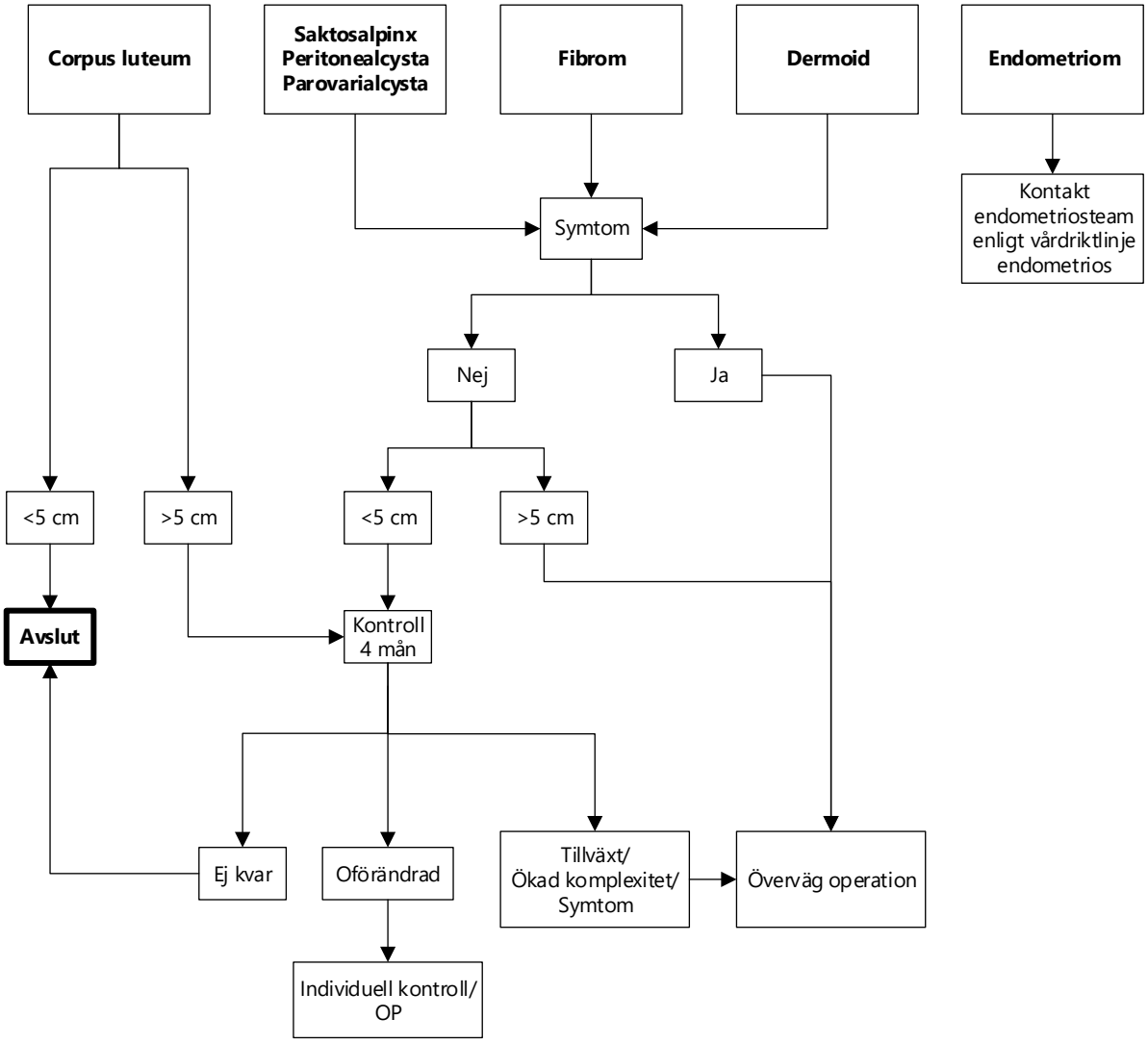
Vid tveksamhet kontakta bakjour



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

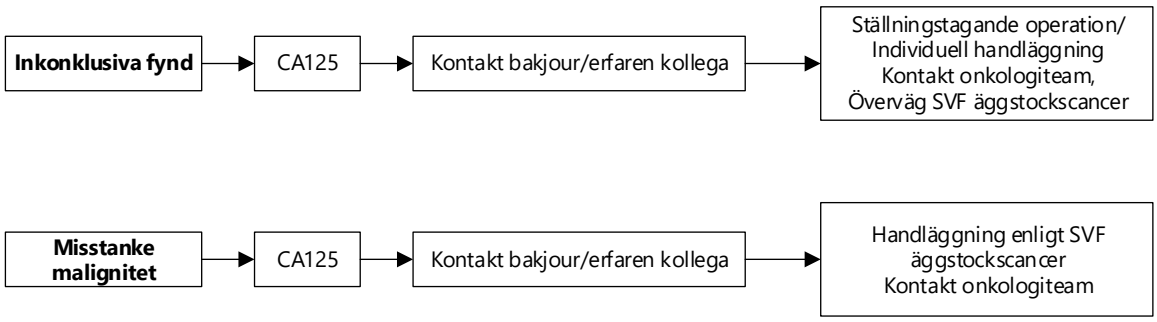
Flödesschema 2: Förändring av benign eller funktionell natur i premenopaus, ej enbart unilokulär

- **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 <u>oförändrad</u>, 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 pre-menopausalt, då CA125 kan förkomma 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-epelial ovarialtumör

- Postmenopausalt: Inhibin, AMH (markörer för granulosacelstumör)
- 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 (obgyntools.com)

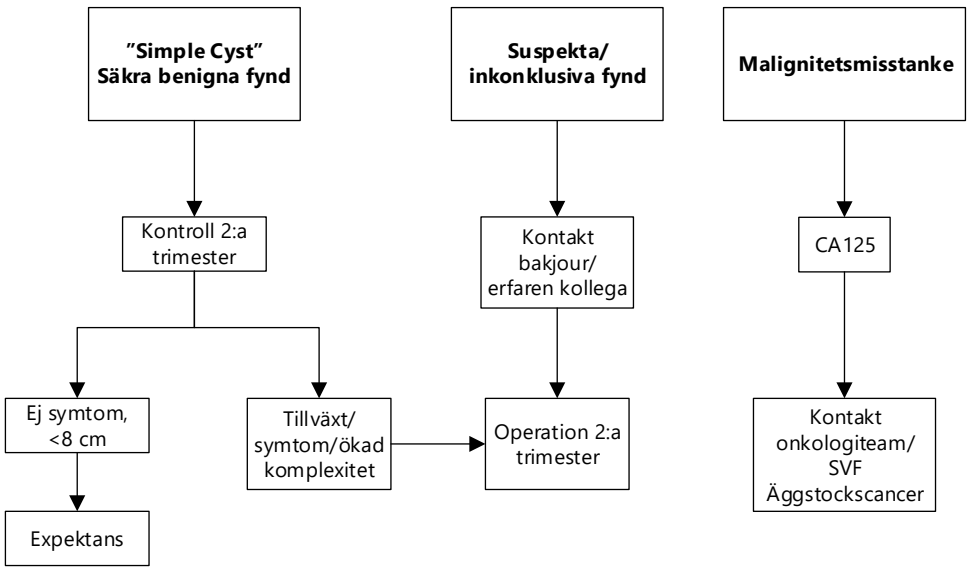
ROMA (Risk of Ovarian Tumour Analysis)

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

IOTA Adnex-model
Tar in flera ultraljudsvariabler samt CA125 IOTA - ADNEX model (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 dokumnetet.
2021-04-01: Ändrat rubrik, gäller nu för Kvinnokliniken gemensamt.
Januari -20: Ny vårdriktlinje. Ersätter Ovarialcystor – handläggning – KK Varberg