


|  |                                       |  |
|--|---------------------------------------|--|
|  <b>HELSE BERGEN</b><br><small>Haukeland universitetssjukehus</small> | <h1>Ovarialcyster</h1>                |  |
| Kategori: Pasientbehandling/Fagprosedyrer/Annet/Annet 3  | Gyldig fra/til: 23.01.2015/18.08.2019 |  |
| Organisasjon: Helse Bergen HF/Kvinneklinikken/Gynekologisk seksjon generell  | Versjon: 1.02                         |  |
| Godkjenner: Albrechtsen, Susanne   | Prosedyre                             |  |
| Dok. ansvarlig: Thornhill, Heidi   | Dok.id: D36622                        |  |

## Definisjon

- **Cyste på ovarium**

## Definisjon av ulike typer cyster

### Funksjonelle tilstander

- Follikkelcyster
- Corpus luteumcyster

### Neoplasmer, benigne

- Epiteliale tumores (cystadenom, cystadenofibrom, Brenner)
- Stromalcelletumores (fibrom, hormonproduserende tumor)
- Germinalcelletumores (teratom/dermoid)
- Endometriomer, se "Endometriose"

### Risikofaktorer

- Simple cyster; gestagen prevensjon (mini-pille, p-sprøyte, IUD)

### Diagnostikk

- Anamnese - fokus på naturlige funksjoner
- Gynekologisk undersøkelse
- Ultralydundersøkelse
- Doppler, begrenset verdi (IIb)
- Supplerende
- CA 125
- Risikoindeks (RMI\*)
- Laparoskopi
- CT/MR - sjeldent indisert

**RMI: (Risk of malignancy index) Risikoindeks for malign tilstand**

- Basert på ultralydfunn (U), serumnivå av CA 125, menopausestatus (M)
- Preoperativ identifisering av avansert ovarialcancer ved tumor pelvis
- Mistanke om malign tilstand, henvisning spesialavdeling overveies (IIa)
- Ved operasjonsindikasjon, RMI bør anvendes (IIa)
- RMI > 200: bør henvises til spesialavdeling for gynekologisk onkologi

## Utrekning RMI

| U: Ultralydkriterium       |   | M: Menopausal status |     | CA 125 |
|----------------------------|---|----------------------|-----|--------|
| Multiokulær cyste          | 1 | Premenopausal        | M=1 |        |
| Solide områder             | 1 | Postmenopausal       | M=3 |        |
| Bilaterale lesjoner        | 1 |                      |     |        |
| Ascites                    | 1 |                      |     |        |
| Intraabdominale metastaser | 1 |                      |     |        |
| Score 0-1: U=1             |   |                      |     |        |
| Score 2-5: U=3             |   |                      |     |        |

$$\text{RMI} = \text{U} \times \text{M} \times \text{CA 125}$$

**Differensialdiagnoser**

- Myoma uteri
- Bekkeninfeksjoner
- Ekstragenitale tumores
- Maligne ovarialtumores

## Behandling

### Cyster hos premenopausale

#### Simple

- Enkamret/tokamret, glattvegget (IIb)
  - < 4 cm: Ingen videre oppfølging
  - 4-8 cm: Ingen symptomer
    - ultralydkontroll etter tre mnd (90 % vil regrediere)
    - uforandret cyste etter tre mnd: videre kontroll seks mnd, et år evt. to år
    - ved uendrede funn kan kontroller avsluttes og kirurgi er ikke nødvendig
  - 4-8 cm: Symptomgivende
    - vurdere kirurgi
  - > 8 cm:
    - Kirurgi (laparoskopi/laparotomi)
  - CA 125 måles ved simple cyster > 4 cm
    - CA 125 = > 35 U/ml: Ny måling etter tre mnd
    - ved betydelige forhøyede CA 125-verdier bør kirurgi vurderes
    - dersom CA 125 normaliseres (< 35 U/ml) ingen kontroll hvis ultralyd er normal

#### Dermoid/teratom

- Kan observeres med kontroll etter tre mnd, ni mnd, deretter årlig, spesielt ved barneønske (III) hvis:
  - Ingen symptomer
  - Normal CA 125
  - Cyste < 6 cm
  - Årlig vekstrate < 2 cm

#### Kirurgi ved antatt benigne neoplasmer

- Generell kirurgi (laparoskopi/laparotomi)
- Ved cystisk tumor, endometriom eller dermoid: Tilstrebe cystektomi
- Ved solid eller cystisk-solid tumor: salpingooforektomi

### Cyster hos postmenopausale

#### Simple

- Kirurgi hvis CA 125 > 35 U/ml
- Enkamret/glattvegget (IIb)
  - < 2 cm: Ingen videre kontroll hvis CA 125 < 35 U/ml
  - 2-5 cm: Ultralyd og CA 125-måling etter tre mnd
    - uforandret cyste etter tre mnd: videre kontroll seks mnd, ett år, to år
    - ved vekst/symptomer: bilateral salpingooforektomi
    - kontroller kan avsluttes etter to år hvis ingen vekst og CA 125 < 35 U/ml
    - dersom kvinnen ønsker det er det akseptabelt å gjøre kirurgi
  - ≥ 5 cm: bilateral salpingooforektomi

#### Andre cyster

- Bilateral salpingooforektomi ved multilokulære, komplekse, cystisk-solide eller solide cyster

## Cyster og graviditet

- Kirurgi eller kontroll med ultralyd; avhengig av klinikk og cystens utseende. De fleste forsvinner, rutinemessig undersøkelse av ovarier hos gravide ikke indisert (IIB)
- OBS: Ved operasjon før 12. uke; progesteron supplement ??
- CA 125-måling ikke indisert under graviditet, naturlig forhøyet i 1. trimester
- Eventuelt kirurgi etter fødsel

## Oppfølging

- Ved benign tumor
- Vanligvis avsluttes kontroller etter kirurgisk behandling

## Komplikasjoner

- Organekrose ved ubehandlet torkvert tumor
- Ruptur kan nødvendiggjøre akutt kirurgi
- Peroperativ ruptur av dermoid tumor kan medføre granulomatøs peritonitt
- Bilateral ovariereseksjon kan gi nedsatt ovariell funksjon
- Peroperativ ruptur av malign tumor kan gi iatrogen stadieøkning og metastaser
- Generell risiko for komplikasjoner ved operative prosedyrer

## Forløp

- Avhengig av kirurgisk inngrep og histologisk type
- Dermoidcyster, vanligvis unilaterale, 15-20 % bilaterale
- Risiko for malignitet ved dermoidcyste ca 2 %

## Prognose

- Avhengig av histologisk type

## Råd

- Oftest ikke indikasjon for cystepunksjon ved simple cyster med mindre pasienten har smerter og operasjon relativt kontraindisert (IIB)