

# Samenvatting richtlijn Het vergrote ovarium

## Over de samenvatting

Versie november 2021

Dit is een samenvatting van de richtlijn:

Het vergrote ovarium (2021)

[https://richtlijnen database.nl/richtlijn/het\\_vergrote\\_ovarium/startpagina\\_-\\_ver groot\\_ovarium.html](https://richtlijnen database.nl/richtlijn/het_vergrote_ovarium/startpagina_-_ver groot_ovarium.html)

### Afbakening van de richtlijn

De richtlijn beslaat de domeinen van definitie, diagnostiek en behandeling van een benigne vergroot ovarium bij pre- en postmenopauzale vrouwen (vanaf de menarche). Er wordt tevens aandacht besteed aan een vergroot ovarium tijdens de zwangerschap. De richtlijn bevat niet de door fertiliteitsbehandeling vergrote ovaria (OHSS), polycysteuze ovaria in kader van Polycysteus ovarium Syndroom (PCO), endometriosecysten en door ontsteking ontstane ovariumafwijkingen als tuba ovarieel abces, pelvic inflammatory disease (PID) en hydrosalpinx evenals de pseudocyste. Het ovariumcarcinoom valt buiten het bestek van deze richtlijn.

### Beoogde gebruikers van de richtlijn

Deze richtlijn kan gebruikt worden door alle zorgverleners die te maken krijgen met vrouwen met een vergroot ovarium.

## Definities

In deze samenvatting worden de volgende definities gehanteerd:

Definitie van een normaal ovarium:

- een normaal premenopauzaal ovarium heeft een echoscopisch dens aspect; uniloculaire transsoniteiten met een maximale diameter < 3 cm zonder septa en zonder papillaire formaties. Alle overige echoscopische bevindingen worden als een afwijkend premenopauzaal ovarium beschouwd.
- een normaal postmenopauzaal ovarium heeft een echoscopisch homogeen echodens aspect met eventueel een uniloculaire transsoniteit <2 cm. Alle overige echoscopische bevindingen worden als een afwijkend postmenopauzaal ovarium beschouwd.

## Wat is er nieuw in deze richtlijn?

Er zijn 4 bestaande modules herzien: beeldvorming, behandeling, follow up duur en organisatie van zorg. Hierbij is de oude module 'Behandeling Vergroot ovarium' nu opgesplitst in 4 modules waarin de behandeling van de benigne cyste, follow-up van de benigne cyste, behandeling van de dermoïdcyste en het contralateraal ovarium worden beschreven. Tevens zijn er 2 nieuwe modules toegevoegd: tumormarkers en modellen.

## Diagnostiek

### Beeldvorming

Voor differentiatie tussen benigne en maligne ovariumcysten wordt primair echoscopisch onderzoek aanbevolen. De voordelen van echoscopie zijn dat deze door de gynaecoloog zelf wordt uitgevoerd, geen contrastvloeistof nodig is, geen stralenbelasting kent en relatief goedkoop is. Er is op dit moment geen bewijs dat MRI of CT in combinatie met echoscopie van toegevoegde waarde is bij de differentiatie tussen goedaardige en maligne ovariumcysten, vergeleken met alleen een echo.

### Tumormarkers

Kies voor bepaling van CA 125 bij vrouwen met een vergroot ovarium en een indicatie om serum biomarkers te bepalen. Overweeg om HE4 te bepalen bij vrouwen met een vergroot ovarium en waarbij CA 125 onbetrouwbaar is, zoals zwangere vrouwen, vrouwen met endometriose, ascites of

bij peritoneale prikkeling. Op indicatie kunnen ook andere tumormarkers worden geprikt (zie Tabel 1 onder Onderbouwing > Achtergrond van de richtlijnmodule Tumormarkers bij een vergroot ovarium: ([https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/het\\_vergrote\\_ovarium/diagnostiek\\_bij\\_een\\_vergroot\\_ovarium/tumormarkers\\_bij\\_een\\_vergroot\\_ovarium.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/het_vergrote_ovarium/diagnostiek_bij_een_vergroot_ovarium/tumormarkers_bij_een_vergroot_ovarium.html))) of overweeg afname van spijtserum om achteraf nog een uitgangswaarde van een tumormarker te kunnen bepalen.

### Modellen

Overweeg om gebruik te maken van het International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) ADNEX model en voor de beslissing wel/ niet naar een gynaecologische oncoloog te verwijzen een afkapwaarde van 40% te hanteren. Bij deze afkapwaarde is de specificiteit vergelijkbaar met de Risk of Malignancy Index (RMI) (cut-off 200), waardoor er geen toename is van onnodige verwijzingen naar een gynaecologische oncoloog, terwijl de sensitiviteit hoger is dan de RMI (cut off 200) waardoor er meer maligniteiten worden opgespoord.

Het IOTA ADNEX model kan worden gebruikt bij adequate kennis en voldoende expertise van de noodzakelijk IOTA echo variabelen. Overweeg om binnen elke maatschap of vakgroep minimaal één gynaecoloog hierin op te leiden.

### **Behandeling**

#### Chirurgie versus expectatief

Beslis bij asymptomatische patiënten met een benigne ogende ovariumcyste < 10 cm zonder groei en/of morfologische verandering samen over de keuze voor het chirurgisch verwijderen dan wel in situ laten van de tumor. Bespreek hierbij dat:

- De kans op het verdwijnen van de cyste tijdens de follow up: > 80% van alle vrouwen met een benigne ovariumcyste zonder klachten tijdens follow-up hoeft uiteindelijk geen ingreep te ondergaan.
- De kans op een ruptuur of ovariële torsie bij follow-up van een benigne ovariumcyste < 1% is.
- De kans dat een benigne ogende ovariumcyste toch maligne is of wordt tijdens follow-up bij premenopauzale vrouwen in de orde van 1 op 1000 ligt en bij postmenopauzale vrouwen deze kans 7 op 1000 bedraagt.

Zie ook de flowcharts voor follow-up van de asymptomatische uniloculaire glandwandige ovariumcyste, benigne ogende ovariumcyste en de dermoïdcyste voor zowel pre- als postmenopauzale vrouwen.

[https://richtlijndatabase.nl/gerelateerde\\_documenten/f/12265/Flowcharts.pdf](https://richtlijndatabase.nl/gerelateerde_documenten/f/12265/Flowcharts.pdf)

Overweeg chirurgie bij asymptomatische premenopauzale en postmenopauzale vrouwen:

- Indien de ovariumcyste niet betrouwbaar als benigne kan worden bestempeld tijdens het eerste consult.
- Bij alle benigne ogende ovariumcysten > 10 cm.
- Bij groei en /of morfologische veranderingen bij opvolging van benigne ogende ovariumcysten of bij het ontstaan van klachten.

#### Follow-up duur

Indien gekozen wordt voor een expectatief beleid met follow-up, overweeg dan een kortdurende echoscopische follow-up (≤ 12 maanden) met een echoscopie na 3, 6 en 12 maanden gerekend vanaf baseline. Bespreek na voltooiën van de follow up dat wordt aangeraden om de cyste te her-evalueren indien nieuwe klachten ontstaan.

#### Dermoïdcyste

Laat bij premenopauzale vrouwen met een dermoïdcyste > 10cm (bij aanwezigheid van een normaal contralateraal adnex en voltooide kinderwens) de keuze tot het verrichten van een laparoscopische cystectomy, danwel unilaterale adnexextirpatie afhangen van de wens van de patiënt en de keuze van de operateur. Betrek hierbij de mogelijke complicaties van de technieken, het mogelijke verlies van de ovariële functie, ervaring van de operateur, het peroperatieve ingeschatte operatierisico en het macroscopisch beeld van het contralaterale adnex.

### Contralaterale ovarium in postmenopauze

Leeftijd < 51 jaar: Overweeg het behoud van het contralaterale ovarium indien er geen familiale belasting is voor ovariumcarcinoom.

Leeftijd 51-65 jaar: Bespreek het wel/ niet behouden van contralaterale ovarium en weeg in deze counseling het belang af van:

- Mogelijke reductie risico op ovariumcarcinoom;
- Potentiële risico op mortaliteit, cardiovasculaire ziekte.

Leeftijd > 65 jaar: Overweeg een bilaterale adnexectomie

### **Zwangerschap**

Indien een ovariumcyste in de zwangerschap geen klachten geeft en er geen verdenking is op maligniteit is er plaats voor een expectatief beleid tot na de zwangerschap, ongeacht de grootte van de cyste. Het risico op ovariumcarcinoom moet altijd worden overwogen aangezien de zwangerschap niet mag leiden tot uitstel van behandeling van het ovariumcarcinoom.

Indien in het eerste trimester sprake is van een torsie van het ovarium, dan is detorsie geïndiceerd en dient in principe geen cystectomie plaats te vinden.

Indien besloten wordt tot chirurgische behandeling van een ovariumcyste in de zwangerschap heeft het de voorkeur dit te plannen in het 2e trimester.

### **Torsie**

Bij vrouwen die zich presenteren met een acuut ontstane buikpijn bij een vergroot ovarium dient differentiaal diagnostisch gedacht te worden aan een torsie. Het verdient aanbeveling bij patiënten met een vergroot ovarium en buikpijn laagdrempelig een laparoscopie te verrichten. Er is geen toegevoegde waarde van laboratoriumonderzoek, CT-scan of een MRI-scan in het stellen van de diagnose getordeerd adnex; in ervaren handen lijkt er plaats voor het kleuren Doppler onderzoek naast het routine 2D echoscopisch onderzoek.

Bij vrouwen met (mogelijk) toekomstige kinderwens en verdenking op een getordeerd adnex dient zo spoedig mogelijk na het ontstaan van de klachten een chirurgische behandeling te worden verricht.

### **Complicaties**

Indien een expectatief beleid wordt gevoerd bij een benigne oegende cyste < 10 cm is het risico op ruptuur of ovariële torsie < 1%. Bij vrouwen met (mogelijk) toekomstige kinderwens en verdenking op een getordeerd adnex dient zo spoedig mogelijk na het ontstaan van de klachten een chirurgische behandeling te worden verricht. Indien er wens tot behoud van het ovarium is, verdient het de voorkeur om na detorsie, in tweede instantie de cyste te behandelen, vanwege de kwetsbaarheid van het weefsel bij een ischemisch oegend ovarium.

### **Samen beslissen**

Er is een Consultkaart beschikbaar die dient als hulpmiddel wanneer er een behandelkeuze gemaakt dient te worden ([https://consultkaart.nl/wp-content/uploads/2018/05/FMS\\_ck\\_Eierstokcystes\\_2018.01.pdf](https://consultkaart.nl/wp-content/uploads/2018/05/FMS_ck_Eierstokcystes_2018.01.pdf)). Daarnaast is op Thuisarts patiëntinformatie beschikbaar (<https://www.thuisarts.nl/cyste-op-eierstok>)

### **Organisatie van zorg**

Bespreek patiënten met een hoog risico op ovariumcarcinoom (in ieder geval bij een kans obv ADNEX model >40% of RMI >200) in een multidisciplinair overleg (MDO) in aanwezigheid van een gynaecologisch oncoloog. Overweeg binnen een regio een verwijstructuur af te spreken bij onvoldoende expertise en of exposure in echoscopisch onderzoek van het vergroot ovarium. Laat triage van patiënten met een vergroot ovarium (expectatief versus chirurgie in algemeen ziekenhuis versus verwijzing naar een oncologisch centrum) per ziekenhuis verrichten door een vast team van gynaecologen.

## Stroomdiagram

- Flowcharts in richtlijn:  
[https://richtlijndatabase.nl/gerelateerde\\_documenten/f/12265/Flowcharts.pdf](https://richtlijndatabase.nl/gerelateerde_documenten/f/12265/Flowcharts.pdf)
- Verwijzing naar oncoguide flowchart: <https://www.oncoguide.nl/#!/projects/78/tree/10995>