

	<p>VSV Samen protocol Ovariumcysten in de zwangerschap</p>
Documentgebied	Verloskunde, kraamzorg, JGZ, neonatologie
Groep(en)	Alle leden aangesloten bij de geboorteorganisatie VSV-Samen Nijmegen en omstreken
Autorisatie	Voorzitter Programmaraad
Beoordelaar(s)	Esther Hink, perinatoloog Radboudumc, Carolien Adriaanse, echoscopist afdeling PND Radboudumc. Chantal van Bijsterveldt, gynaecoloog CWZ.
Documentbeheerder(s)	VSV werkgroep protocollen
Auteur	Marianne Peeters PA-klinisch verloskundige Radboudumc
Datum publicatie	01-08-2022
Openbaar document	Ja
Controledatum	01-08-2023
Versie document	1.0

Doel

Uniform handelen bij ovariumcysten die worden ontdekt in de zwangerschap.

Indicatie/toepassing

Alle zwangeren die in hun zwangerschap worden begeleid door een organisatie die is aangesloten bij het VSV-Samen Nijmegen, en waarbij in de zwangerschap, meestal in het 1^e trimester, een ovariumcyste wordt ontdekt die voor de zwangerschap nog niet bekend was en waarvoor dus ook nog geen follow up is afgesproken.

Definities

Definitie normaal premenopauzaal ovarium

Een normaal premenopauzaal ovarium heeft een echoscopisch dens aspect; uniloculaire transsoniteiten met een maximale diameter < 30 mm zonder septa en zonder papillaire formaties zijn normaal. Alle overige echoscopische bevindingen worden als een afwijkend premenopauzaal ovarium beschouwd.

Ovariumcyste

Een ovariumcyste is een met sereus of mucineus vocht of talg gevulde holte in het ovarium, waarvan de diameter kan variëren van enige tot vele centimeters (200-300 mm)(1). Veel cysten verdwijnen spontaan of blijven gedurende langere perioden ongewijzigd aanwezig (2).

Corpus luteum cyste

Een uniloculaire cyste met een grootte variërend van 20-110 mm die voornamelijk wordt gezien in de tweede cyclushelft en in de zwangerschap. Kan interne structuren bevatten (fibrinedraden) die een hemorragisch aspect hebben. Een CL-cyste gaat regelmatig gepaard met vrij vocht in het cavum Douglasi (2).

Ovariumcysten in de zwangerschap

De meeste ovariumcysten die voor het eerst worden gezien in het eerste trimester van de zwangerschap, zijn functionele corpus luteum cystes. Dit betreft altijd simpele uniloculaire cystes en behoren tot de fysiologische veranderingen van het ovarium in de zwangerschap.

Werkwijze bij ovariumcysten (ontdekt) in de zwangerschap

- Simpele uniloculaire cyste (doorgaans functionele corpus luteum cyste) **kleiner** dan 50 mm en géén klachten: geen indicatie voor verwijzing naar de 2^e lijn.
- Simpele uniloculaire cyste (doorgaans functionele corpus luteum cyste) **groter** dan 50 mm en **géén** klachten:
 - Echo herhalen in de 1^e lijn na één tot twee weken:
 - indien de cyste dan kleiner is geworden: geen indicatie verwijzing 2e lijn.
 - Indien dan cyste groter dan 50 mm: verwijzing naar 2e lijn.
 - Direct verwijzen naar 2e lijn indien gewenst.
- Simpele uniloculaire cyste (doorgaans functionele corpus luteum cyste) groter dan 50 mm en **wel** klachten: direct verwijzing naar 2 lijn.
- Indien er twijfel bestaat omtrent aard van de cyste (ook <50 mm) of als het geen simpele uniloculaire cyste betreft met een heldere inhoudt (zie bijlage 2), dient evaluatie in de tweede lijn plaats te vinden ongeacht het trimester van de 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.
- In het eerste trimester van de zwangerschap is terughoudendheid geboden inzake chirurgische behandeling van een ovariumcyste gezien de kans dat de cyste spontaan verdwijnt en er mogelijk sprake is van een functionele cyste, tenzij er aanwijzingen zijn voor torsie van het ovarium of ovariumcarcinoom.
- Indien in het eerste trimester sprake is van een torsie van het ovarium, dan is detorsie en eventueel fenestratie 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 2^e trimester.
- Een laparoscopische benadering voor behandeling van een vergroot ovarium lijkt de voorkeur te hebben boven een laparotomische benadering omdat net zoals buiten de zwangerschap er minder bloedverlies peroperatief is en postoperatief minder pijn en een sneller herstel bij vergelijkbare neonatale uitkomsten.
- Een laparoscopie in de zwangerschap dient te worden uitgevoerd door een ervaren laparoscopist.
- Indien de uterus reikt tot boven de navel dient tijdens de zwangerschap een laparotomie sterk te worden overwogen in plaats van een laparoscopie.

- Bij verdenking van een ovariumcarcinoom mag de zwangerschap niet leiden tot uitstel van behandeling van het ovariumcarcinoom (3).
- Als de bevalling via een sectio caesarea plaatsvindt, en het betreft een grote en/of non reasuring cyste, dan kan het te overwegen zijn om gelijktijdig de cyste te verwijderen en patiënte een tweede ingreep te besparen.

Literatuur

1. Obstetrie en Gynaecologie, de voortplanting van de mens. Reed Business, 2012.
2. Echoscopie in de verloskunde en gynaecologie. Bohn Stafleu van Loghum, 2016.
3. Richtlijn "Het vergrote ovarium", Richtlijndatabase Federatie Medisch Specialisten, 11-03-2021
4. Oncoline: epitheliaal ovariumcarcinoom
5. Ovariumcarcinoom E-module, universiteit Utrecht
<https://www.studeersnel.nl/nl/document/universiteit-utrecht/gezonde-en-zieke-cellen-ii/samenvattingen/ovariumcarcinoom-e-module/1227668/view>

Distributielijst

- Website VSV-samen Nijmegen
- Alle bij het VSV-Samen Nijmegen aangesloten 1e lijns verloskundige praktijken in Nijmegen en omstreken
- Canisius Wilhelmina Ziekenhuis Nijmegen
- Radboudumc Nijmegen
- JGZ Nijmegen (consultatiebureau)
- Kraamzorgorganisaties Nijmegen en omstreken

Bijlagen

- bijlage 1: opmerkingen en begripsverklaringen
- bijlage 2: kenmerken benigne en maligne ovariumcysten
- bijlage 3: werkwijze algemeen bij benigne ovariumcysten premenopauzaal

Bijlage 1: Opmerkingen en begripsverklaringen

- Het grootste deel van de ovariumtumoren is benigne van aard. Benigne tumoren komen voornamelijk voor tussen 20 en 45 jaar oud. Het zijn 80% van alle ovariumtumoren. En de tumor is uniloculair met een heldere inhoud van de cyste (3).
- Maligne tumoren komen voornamelijk voor tussen de 40 en 60 jaar. Het zijn 20% van alle ovariumtumoren. De tumor is multiloculair, deels solide van inhoud.
- Naast benigne en maligne tumoren van het ovarium bestaat er ook nog een mengvorm, de borderline tumor. Deze vorm is 15% van alle epitheliale tumoren. Deze tumoren komen vaak voor bij vrouwen tussen de 20 en 50 jaar oud. In 30% is de tumor bilateraal aanwezig. De groeiwijze is vaak papillair.
- Zie voor kenmerken van benigne en maligne ovariumcysten bijlage 2.
- Zie voor werkwijze algemeen bij benigne ovariumcysten premenopauzaal bijlage 3.

Bijlage 2: Kenmerken benigne en maligne ovariumcysten

Benigne ovariumcysten

- Persistierende follikel (functionele cyste), na de eisprong verdwijnt de follikel niet
- Cyste-adenoom
- Endometriose cyste (vaak matglas aspect)
- Dermoïdcyste (teratoom)

Echografische kenmerken van een benigne ovariumtumor

- Uniloculair
- Helder aspect, geen echodensiteiten

Maligne ovariumcysten

- kiemceltumoren (ongedifferentieerde teratomen of mixed/germ cell tumoren)
- sexcordstromatumor (granulosaceltumor, thecaceltumor of sertoli/leydigceltumor)
- adenocarcinoom
- kleincellig ovariumcarcinoom

Echografische kenmerken van een maligne ovariumtumor (2)

- Multiloculariteit
- Septumdikte meer dan 3 mm. Niet scherp begrensd
- Echodense partijen
- Papillair vormsel in de cysteholte
- Ascites

Belangrijke bevindingen bij lichamelijk onderzoek kunnen zijn (2):

- Een ruimte-innemend proces in het kleine bekken
- Palpabele massa in de bovenbuik
- Ascites en/of pleuravocht
- Een (toegenomen) prolaps van uterus en/of vagina ten gevolge van een ruimte-innemend proces
- Een vergrote supraclaviculaire lymfklier

Kleurendoppleronderzoek

- In vergelijking met goedaardige ovariumtumoren heeft de bloedstroom in maligne ovariumtumoren een lagere weerstand (gemeten via de pulsatility index (PI) of de resistance index (RI)) en een hogere stroomsnelheid (5).
- Er wordt echter een grote overlap tussen bloedstroomsnelheden gevonden tussen benigne en maligne ovariumtumoren (5).
- De kleurenscore is van alle kleurendoppler variabelen de betrouwbaarste parameter (5).

Bloedonderzoek: CA-125 bepaling

Bij premenopauzale vrouwen lijkt een CA-125 bepaling geen enkele waarde te hebben om benigne van maligne tumoren te onderscheiden. Bij postmenopauzale vrouwen wordt vaak wel een verschil gezien tussen serum-CA-125 waardes bij benigne en maligne tumoren maar deze parameter heeft geen meerwaarde ten opzichte van een ervaren echoscopist of een logistisch regressiemodel. Een CA-125 bepaling kan wel nuttig zijn voor de follow up van vrouwen met een ovariumcarcinoom (5). Overigens kan de serum-CA-125 waarde ook bij endometriose zijn verhoogd.

Asymptomatische uniloculaire ovariumcyste

- < 100 mm: geen follow up noodzakelijk
- > 100 mm: advies chirurgische ingreep

Asymptomatische overige benigne uitziende cyste (uitgezonderd uniloculaire cyste, matuur teratoom en endometrioom)

- < 50 mm: geen follow up noodzakelijk
- 50 – 100 mm: afwachtend beleid met een echografische controle na 3 en vervolgens na 6 maanden en na 12 maanden om groei uit te sluiten. Indien geen groei wordt vastgesteld hoeft de cyste niet verder opgevolgd te worden. Bij groei is chirurgie alsnog aan te raden.
- > 100 mm: advies chirurgische ingreep

Asymptomatische matuur teratoom ovarium

- < 50 mm: geen follow up noodzakelijk
- 50 – 100 mm: Het is aangeraden om de behandeling te individualiseren rekening houdende met zwangerschapswens, menopauzale status, snelheid van groei, comorbiditeit, bilateraliteit en voorkeur van patiënt.
- > 100 mm: advies chirurgische ingreep

Patiënten moeten ingelicht worden over het spontane beloop van ovariële cysten met een benigne aspect (minderheid groeit, kleine kans op complicaties, kleine kans op maligniteit) om de acceptatie van een afwachtend beleid te vergroten.