

Milloin munasarjamuutosten seuranta riittää?



Suomen Gynekologiyhdistyksen koulutuspäivät Hämeenlinna 18.4.2013,
Verkatehdas

Sidonnaisuudet



☞ Dos., synnytys- ja naistautien erikoislääkäri, gynekologisen onkologian lisäkoulutus

☞ **Päätoimi**

☞ KYS, Syöpäkeskus, naistaudit, osastonylilääkäri

☞ **sivutoimet**

☞ Asiantuntijapalkkio (Amgen, Roche, Sobi)

☞ yksityislääkäri

☞ **Muut sidonnaisuudet**

☞ Luentopalkkio (Sobi, MSD)

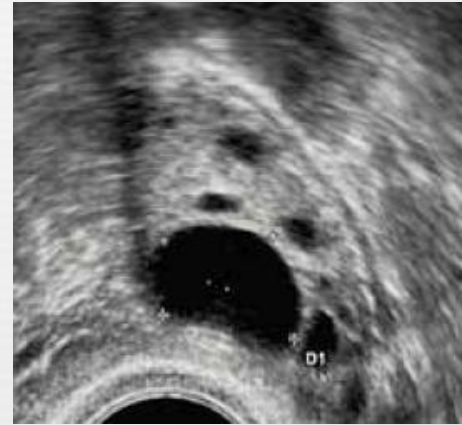
☞ Koulutus/kongressikuluja eri lääkealan yritysten tuella

Munasarjamuutosten seuranta
riittää silloin, kun...

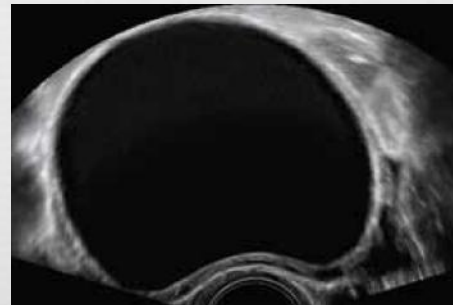


∞ Potilas on oireeton eikä
maligniteettia epäillä

Munasarjamuutos?



- ❧ Normaali munasarja koko/tilavuus
 - ❧ Fertiili-ikäinen: 3,5x2x1,5 cm/20 cm³
 - ❧ Postmenopausaalinen: 1,5x0,7x0,5cm/10cm³
- ❧ Ultraäänipoikkeavuus
 - ❧ Kystinen/kiinteä/sekakaikainen
- ❧ Kysta on yksilokeroinen sileäseinäinen yli 3 cm muutos



Yleisyys



- ❧ 2-8%:lla
- ❧ vaginaalinen ultraääni
 - ❧ 335 oireetonta premenopausaalista naista: 7.8%:lla
 - ❧ Borgfeldt ja Andolf 1999
 - ❧ Suomalaisessa premenop:ssa 3-8%
 - ❧ Inki ym. 2002
 - ❧ 8749 postmenopausaalista naista: 2.5%:lla
 - ❧ Castillo ym. 2004
- ❧ 48 053 pm naista (UKCTOCS): 9.1%:lla poikkeava adnex
 - ❧ Sharma ym. 2012

Esitiedoista



☞ Huomioi

☞ Ikä

☞ Sukutausta (rinta-/munasarjasyöpä)

☞ Endometrioosi

☞ Infertiliteetti

Oireista



- ❧ Turvotus, vatsakipu, vatsan täyttyminen, tihentynyt virtsaamistarve, ummetus
- ❧ Liittyvät munasarjasyöpään useissa tapaus-verrokkitutkimuksissa
 - ❧ Jos ovat uusia oireita
 - ❧ Jos esiintyvät yli 12 kertaa kk:ssa
 - ❧ Liu ja Zanotti, 2011

Maligniteetin todennäköisyys



- Ennen puberteettia 7-13%
- Fertiili-ikäisellä 10-15%
- Postmenopausaalisella 20-45%

Maligniteetin todennäköisyys



- ❧ Yksilokeroisen kystan syöpäriski 0-3%
 - ❧ Granberg ym. 1989
- ❧ Yksilokeroinen kysta vaihdevuosi-ikäisellä: syöpäriski 0.6%
 - ❧ Castillo ym. 2004
- ❧ Poikkeava adnex: syöpäriski 1.08%
 - ❧ Sharma ym. 2012
- ❧ ACOG
 - ❧ Fertiili-ikäisen yksilokeroinen kysta – 100% benigni
 - ❧ Postmenopausaalisen yksilokeroinen kysta – 95% benigni

Miten arvioida maligniteettiriskiä?



- ❧ Ensisijaisesti ultraääni
 - ❧ 3D UÄ lisää herkkyyttä (93.5%) ja tarkkuutta (91.5%)
 - ❧ Kuuden eri tutkimuksen meta-analyysi
- ❧ Seuraavaksi MRI (91.9%/88.4%)
 - ❧ 22 eri tutkimuksen meta-analyysi
- ❧ Pelkkä Doppler ei ole suositeltavaa, liitettävä morfologia

Miten arvioida maligniteettiriskiä?



- ❧ Erilaiset UÄ-morfologiaan perustuvat erotusdiagnostiset luokitukset ovat dg tasoltaan yhtä hyviä, joten valinta voi jäädä klinikon tehtäväksi
 - ❧ (esim. Sassone, DePriest, IOT, IOTA)
- ❧ RMI1-3 todettiin meta-analyysissä (13 eri tutkimusta) yhtä hyväksi
- ❧ Pelkästään Ca 125 –arvon perusteella ei erotusdiagnostiikkaa suositella tehtäväksi

TABLE 1: Ultrasound and Clinical Variables for Ovarian Cancer From Selected Studies

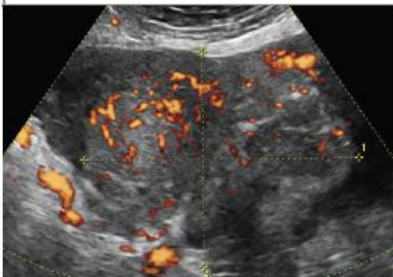
Variable	Study				
	Sassone et al. [13],1991	Fleischer et al. [9, 10], 1991, 1993	Kurjak and Predanic [12],1992	Twickler et al. [15],1999	IOTA Group [16, 29], 2000, 2009
Morphology	Wall thickness Septa Papillaries Echogenicity	Pulsatility index, lowest Vessel location Notch	Resistance index Vessel location	Wall thickness Septa Papillaries Echogenicity	Unilocular Irregular cyst walls, multilocular Papillation Solid Ascites
Doppler imaging				Intense echo of dermoid Pulsatility index Vessel location	Acoustic shadows Color score of intratumoral blood flow Blood flow in solid papillary projection
Size				Volume	Maximum diameter of lesion Maximum diameter of solid component
Age				Age	Age
Clinical findings			Menstrual cycle stage		History of ovarian cancer Hormonal therapy Pain

TABLE 2: Selected Historical Comparisons of Ultrasound and Clinical Criteria for Cancer Prediction

Study	No. of Patients	Characteristics	Accuracy
Sassone et al. [13]	143	Gray-scale characteristics score	Sensitivity, 100%; specificity 83%; PPV, 37%; NPV, 100%
Fleischer et al. [9]	43	Pulsatility index	Pulsatility index; sensitivity, 100%; specificity, 82%; PPV, 73%; NPV, 100%
Fleischer et al. [10]	50	Color and spectral Doppler characteristics	Other variables significant
OTI [15]	244	Combined gray-scale, Doppler characteristics, and age	AUC = 0.91 with relative cancer risk assignment (0–99%); ovarian tumor index of > 35–40: 8% cancer likelihood; sensitivity, 96%; specificity, 66%; PPV, 29%; NPV, 99% and ovarian tumor index of > 60–65: 33% cancer likelihood; sensitivity, 74%; specificity, 95%; PPV, 69%; NPV, 96%
UKCTOCS [27]	50,640	Multitechnique screening (ultrasound and serum CA-125)	Sensitivity, 89%; specificity, 99%; PPV, 35%; NPV, 99%
IOTA [16]	1,573	Combined gray-scale and color mapping, age, and other clinical variables	AUC = 0.96; pattern recognition: sensitivity, 90%; specificity, 88% and logistic regression: sensitivity, 95%; specificity, 74% and subgroup category: sensitivity, 88%, specificity 90%

Note—OTI = ovarian tumor index, UKCTOCS = United Kingdom Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening, IOTA = International Ovarian Tumor Analysis Group, PPV = positive predictive value, NPV = negative predictive value, AUC = area under receiver operating characteristic curve.

Features for predicting a malignant tumor (M-features)



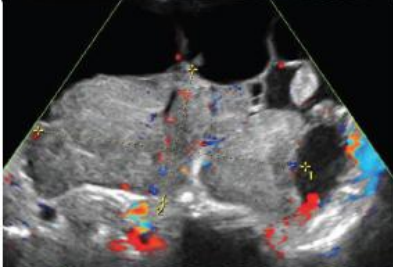
M1: Irregular solid tumour



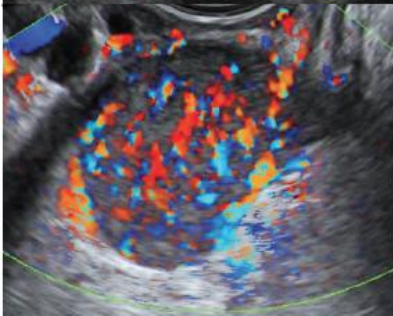
M2: Presence of ascites



M3: At least four papillary structures



M4: Irregular multilocular solid tumour with largest diameter ≥ 100 mm



M5: Very strong blood flow (colour score 4)

IOTA "simple rules"

- ≥ 1 M-sääntö: maligni
- ≥ 1 B-sääntö: benigni
- Sekä M että B: epäselvä, luokittelematon

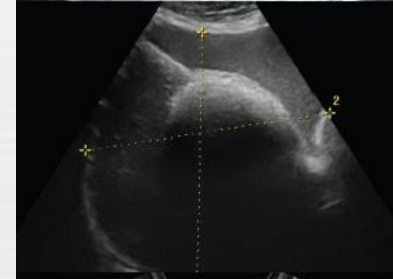
Features for predicting a benign tumor (B-features)



B1: Unilocular



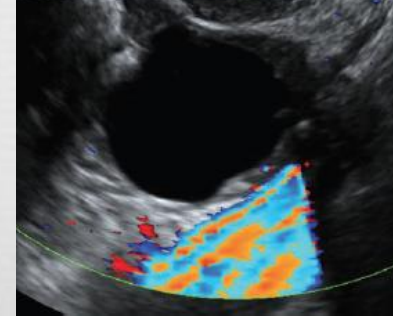
B2: Presence of solid components where the largest solid component has a largest diameter < 7 mm



B3: Presence of acoustic shadows



B4: Smooth multilocular tumour with largest diameter < 100 mm



B5: No blood flow (colour score 1) (the external iliac vein is visualised next to the ovary)

Kajser ym,
2012

Diagnostisten menetelmien luotettavuus



Menetelmä	Herkkyys (%)	Tarkkuus (%)
Palpaatio	45	90
UÄ-morfologia	86-91	68-83
Magneettikuvaus	91	87
TT	90	75
PET-TT	67	75
Ca 125 > 35 kU/L	78	79

Myers ym. 2006

Miten seurataan?



☞ Suosituksia

- ☞ ACOG Practice Bulletin 2007: Management of adnexal masses
 - ☞ TV-UÄ, postmenop:lla Ca 125
 - ☞ oireetonta yksilokeroista ≤ 10 cm kystaa voidaan seurata
- ☞ RCOG 2010: Ovarian cysts in postmenopausal women
 - ☞ TV-UÄ, Ca 125, RMI
 - ☞ Yksilokeroinen toispuoleinen < 5 cm kysta voidaan seurata 4 kk välein
- ☞ RCOG 2011: Management of suspected ovarian masses in premenopausal women
 - ☞ TV-UÄ, AFP ja hCG > 40 v:lta, RMI1/IOTA
 - ☞ 5-7 cm yksilokeroinen kysta seuranta vuosittain

Miten seurataan?



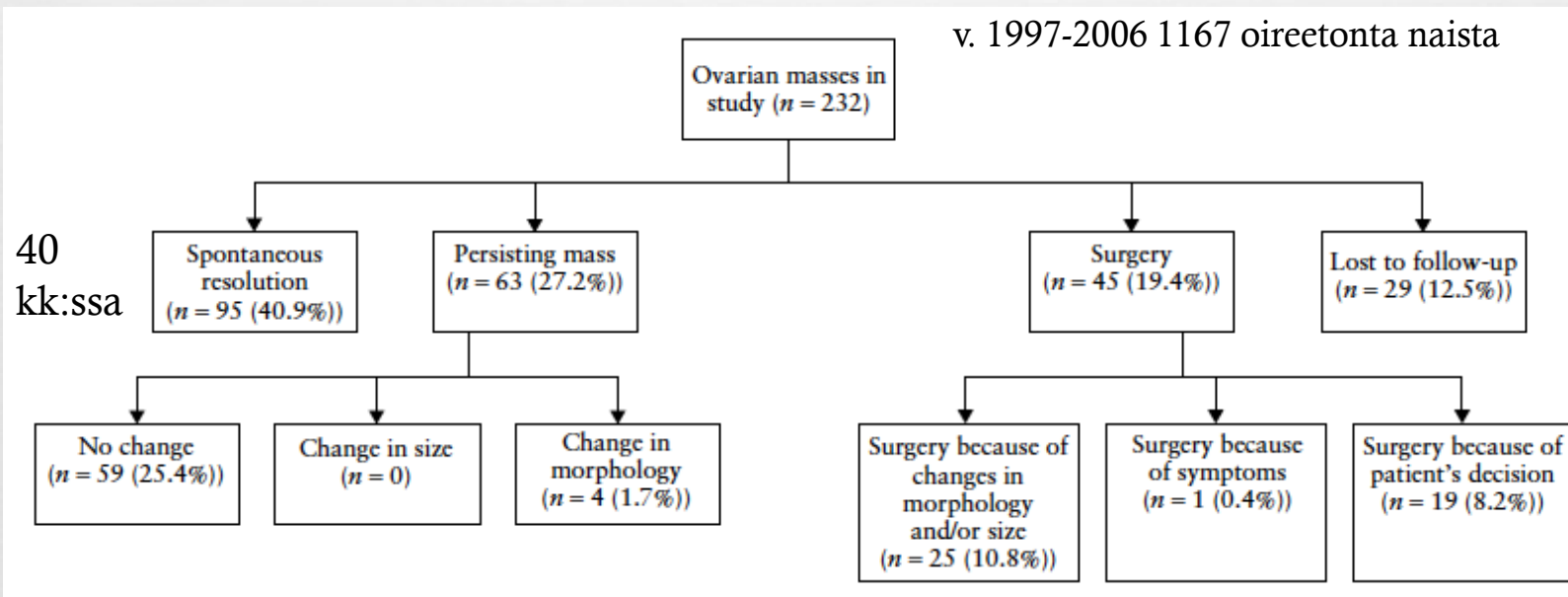
- ❧ Society of Radiologists 2010: Management of asymptomatic ovarian and other adnexal cysts imaged at US
 - ❧ TV-UÄ
 - ❧ Postmenop >1cm kysta seuranta vuosittain, premenop >5cm kysta seuranta vuosittain
- ❧ Cancer Care Ontario, EVB guideline 2011
 - ❧ TV-UÄ
 - ❧ Ei selvää seurantasuosituksia

Kuinka kauan seurataan?



- ❧ Ei tieteellistä näyttöä
- ❧ RCOG: jos vuodessa ei muutosta, seuranta lopetetaan
- ❧ Kunnes häviää?
 - ❧ 40-70%:lla häviää seurannassa, km kahden vuoden aikana
 - ❧ Castillo ym. 2004

Premenopausaalinen benigni adnex-muutos



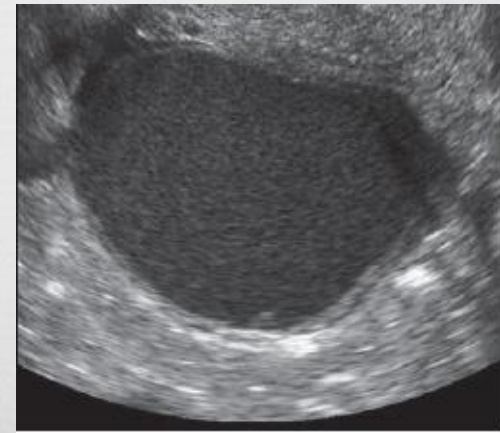
Inklusiokriteerit: oireeton, benigni UÄ-morfologia, Ca 125 <65, alle 8 cm
Mediaani seuranta.aika 48 kk (2 v:ta 6 kk välein, sitten vuosittain)
Seuratuilla 1 torsio (0.4%), 2 maligniteettia (0.9%; 1 semimaligni ja 1 st IA muc ovca)

-Alcazar ym., Ultrasound Obstet Gyn 2013

Milloin seuranta lopetettava?



- ∞ Potilaalla oireita
- ∞ UÄ-morfologia muuttuu tai muutos kasvaa
- ∞ Postmenopausaalisella Ca 125 nousee
- ∞ Endometriooman koko yli 4 cm
 - ∞ ESHRE suositus (biopsia yli 3 cm endometrioomissa)
- ∞ ➔ Kirurginen hoito



Yksilokeroisen kaiuttoman kystan seuranta



Fertiili-ikäinen nainen

Kystan koko alle 5 cm → ei seurantaa

Kystan koko 5–7 cm → seurantakäynti vuoden kuluttua → ei kasvua → seuranta voidaan lopettaa

Kystan koko 7–10 cm → seurantakäynti 6 kk:n kuluttua → ei kasvua → seurantakäynti vuoden kuluttua

Kystan koko yli 10 cm → leikkaus suositeltava

CA 125 harkiten. Oireita → leikkaus

Vaihdevuosi-ikäinen nainen

Kystan koko alle 3 cm → ei seurantaa

Kystan koko 3–7 cm → seurantakäynti 6–12 kk:n kuluttua

Kystan koko yli 7 cm → leikkaus suositeltava

CA 125 ensimmäisellä käynnillä. Oireita tai CA 125 -arvo suurentuu → leikkaus

Potilastapauksia...



Kiitos!

