

# **Leitlinie der ÖGGG – Das Management des auffälligen Adnexbefundes**

Eine Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Chirurgie (AGC) und der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO) der OEGGG

**R. Wenzl, A. Staudach, P. Lang, E. Petru, L. Angleitner-Boubenizek, Nicole Concin, A. Reinthaller, L. Hefler, K. Tamussino, P. Schwärzler**

**Erstellt: 10.Mai 2010**

**Gültig: ab 3. Juni 2010**

**Revision geplant: Mai 2013**

## **Ziel dieser Leitlinie:**

Diese Leitlinie behandelt die diagnostische Aufarbeitung eines mittels klinischer Untersuchung oder eines bildgebenden Verfahrens festgestellten, auffälligen Adnexbefundes und dessen initialen Managements.

Die Ziele dieser Leitlinie sind, einerseits unnötige operative Eingriffe nach Diagnose dieser Adnexbefunde zu reduzieren und andererseits gesundheitsbedrohende Situationen nicht zu übersehen. Diese Leitlinie soll eine Entscheidungshilfe für KollegInnen in der Praxis und im klinischen Betrieb sein. Eine Empfehlung der essentiellen und notwendigen Untersuchungen und Maßnahmen sollte definiert werden. Diese Leitlinie beruht auf Kriterien der **Evidence Based Medicine (EBM)** und wird in regelmäßigen Abständen von den Arbeitsgemeinschaften AGC und AGO auf den aktuellen Stand des Wissens gebracht. Die Leitlinie stellt eine Entscheidungshilfe in typischen Situationen dar, im Einzelfall müssen die aktuelle Situation der Patientin, ihr Umfeld, ihr sozioökonomischer Status, die Komorbidität und Nebendiagnosen, aber auch ihre ethnische und religiöse Haltung sowie der individuelle Behandlungswunsch mitberücksichtigt werden. Individuelle Abweichungen von dieser Leitlinie sollen dokumentiert werden.

## Erstellung und Freigabe:

Die OEGGG hat die AGC und AGO beauftragt, eine Leitlinie zu erstellen, die Autoren wurden von den Arbeitsgruppen nominiert. Als wesentliche Diskussionsgrundlage hat auf Grund der Praktikabilität und didaktischen Aufarbeitung die Guideline der SGGG „Der Adnexbefund“ gedient, neue wissenschaftliche Erkenntnisse wurden in der vorliegenden Leitlinie ebenso berücksichtigt.

Die Empfehlungen wurden an Hand der Klassifikation der „**Canadian Task Force on the Periodic Health Examination**“ klassifiziert. **(Tabelle 1)**

### Tabelle 1

Evidenzgrade der „Canadian Task Force on the Periodic Health Examination“ (www.ctfphc.org)

Level L I	Evidenz aus zumindest einer randomisierten, kontrollierten Studie
Level L II-1	Evidenz von zumindest einer kontrollierten, aber nicht randomisierten Studie
Level L II-2	Evidenz von Kohorten- oder Fall-Kontroll-Studien, idealerweise von mehr als einem Zentrum
Level L II-3	Evidenz von Vergleichen unterschiedlicher Untersuchungszeitpunkte oder Orte mit oder ohne Intervention, wesentliche Resultate aus unkontrollierten Studien können hier Berücksichtigung finden
Level L III	Meinungen von Experten oder Komitees basierend auf klinischer Erfahrung oder beschreibende Studien

## Differentialdiagnosen

Auffällige Adnexbefunde können vom Ovar, der Tube, paratubär oder paraovariell ausgehen. Ein auffälliger Adnexbefund kann funktionellen, benignen oder malignen Ursprungs sein.

Alle möglichen Differentialdiagnosen (Expansionen des Darms, der harnableitenden Wege, Extrauterin gravidität..) müssen beachtet werden, sind aber nicht Thema dieser

Leitlinie. Ebenso behandelt diese Leitlinie nicht den auffälligen Adnexbefund im Kindesalter.

## Ziel der Leitlinie

Das Ziel der Abklärung des auffälligen Adnexbefundes ist die Festlegung, ob ein operativer Eingriff mit histologischer Abklärung erforderlich ist. Die Entscheidungskriterien für eine operative Sanierung gegenüber einem abwartenden Vorgehen sind das Risiko einer Malignität, befundassoziierte Schmerzen, die Vorbeugung einer Torsion oder das Risiko einer Einschränkung der künftigen Fertilität (z.B. Endometriom).

## Diagnostik

Die Diagnostik des auffälligen Adnexbefundes soll folgende Kriterien umfassen:

Genauere **Anamnese**: Alter, Menopausenstatus, Zyklus, Ausschluss einer Schwangerschaft, klinische Symptomatik (z.B. Schmerzen, Vorliegen von Aszites, Zunahme des Bauchumfanges, gastrointestinale Symptome, Gewichtsabnahme, ..), familiäre Belastung, vorangegangene Erkrankungen.

Die **klinische Untersuchung** besteht aus der Palpation des Abdomens sowie der gynäkologischen bimanuellen Untersuchung. Die Sensitivität der bimanuellen gynäkologischen Tastuntersuchung liegt unter 50% (**Padilla, Myers**).

Die **Sonographie** ist die bildgebende Methode der Wahl. Zur Abklärung ist weder eine Computertomographie (CT) noch eine Magnetresonanz (MRT) oder ein Positronen-Emissionstomogramm (PET) notwendig (**Myers, Valentin**). Die Sensitivität der Ultraschalluntersuchung liegt zwischen 86 und 91% (**Myers**), die Spezifität jedoch nur zwischen 68 und 83 % (**Myers**). Auf Basis der Literatur stellt die gynäkologische Sonographie aber keine Screening-Methode zur Erkennung maligner Erkrankungen der Adnexen dar (**Clarke-Pearson**).

Die Verwendung morphologischer Ultraschallkriterien kann im Rahmen von Scores die Struktur des individuellen Untersuchungsgangs verbessern und die Dokumentation standardisieren.

Im Folgenden wird in dieser Leitlinie zwischen **einfachem und komplexem Adnexbefund** an Hand von Ultraschallkriterien unterschieden (**Abbildung 1**).

Ein **einfacher Adnexbefund** ist definiert durch folgende Ultraschallkriterien:

- einkammerig, oder zweikammerig
- echoleer, ohne Binnenechos,
- glattwandig und scharf begrenzt
- Septumdicke  $\leq 3$  mm;

Ein **komplexer Adnexbefund** ist definiert durch mindestens eines der folgenden Ultraschallkriterien:

- dreikammerig und/oder
- Septumdicke  $> 3$ mm und/oder
- inhomogene Echogenität und/oder
- Binnenstrukturen  $> 5$ mm und/oder
- unscharf begrenzt

## ***Klinische Vorgangsweise in Abhängigkeit vom Menopausenstatus***

Nach erfolgter exakter Diagnostik des auffälligen Adnexbefundes hängt die Entscheidung zwischen operativer Sanierung und abwartendem Verhalten neben dem Ultraschallbefund hauptsächlich vom Menopausenstatus ab, da die Wahrscheinlichkeit eines malignen Befundes in der Postmenopause bzw. mit dem Alter zunimmt.

### ***1. Menopausenstatus: Prä- oder Perimenopausal***

#### **1.1. Einfacher Adnexbefund:**

70% aller einfachen Adnexbefunde bilden sich innerhalb von einem oder zwei Zyklen spontan zurück (**Curtin**) **L II-1**.

Eine hormonelle Therapie mit Gestagenen oder oralen Kontrazeptiva verbessert die Spontanremissionsrate dieser Adnexbefunde nicht (**Grimes**) **L I**

##### ***1.1.1 Einfacher Adnexbefund und Durchmesser des Adnexbefundes 3 – 6 cm***

Eine Ultraschallkontrolle soll nach 3 Monaten erfolgen. Eine Bestimmung des Serum-CA 125 ist nicht sinnvoll.

Ist im Rahmen der Kontrolle der auffällige Adnexbefund nicht mehr nachweisbar, erfolgen die üblichen Routinekontrollen. Bleibt der einfache Adnexbefund ohne Größenzunahme oder ohne Veränderung in einen komplexen Adnexbefund bestehen, soll eine weitere klinische Evidenzhaltung mittels Ultraschall und Tastuntersuchung alle 6 Monate oder bei Auftreten von Beschwerden erfolgen (**Curtin, Granberg, Koonings, Roman, Strigini**).

Bei Größenzunahme oder Veränderung in einen komplexen Adnexbefund siehe Empfehlung unter der Vorgehensweise bei komplexem Adnexbefund 1.2.1.

### **1.1.2. Einfacher Adnexbefund und Durchmesser des Adnexbefundes > 6-10 cm**

Um solide Anteile nicht zu übersehen und um die diagnostische Genauigkeit zu verbessern, soll die Ultraschalluntersuchung sowohl transvaginal als auch transabdominell erfolgen **L III**. Eine Bestimmung des Serum-CA 125 ist nicht sinnvoll.

Es besteht laut Literatur kein erhöhtes Malignomrisiko im Vergleich zu einem einfachen Adnexbefund < 6 cm Durchmesser (**Granberg**) **L II-2**. Jedoch gibt es ein erhöhtes Risiko für eine Torsion und Ruptur **L III**.

Daher ist eine Ultraschallkontrolle in der ersten Zyklushälfte nach der nächsten Menstruation sinnvoll. Bei zunehmender Befunddynamik (Durchmesser, Ultraschallkriterien) wird eine operative Abklärung empfohlen **L III**.

Wenn sich innerhalb von 3 Monaten nach Erstdiagnose des Adnexbefundes dieser nicht auf unter 6 cm Durchmesser verkleinert, wird eine operative Abklärung empfohlen **L III**.

Nimmt der Durchmesser unter 6 cm ab, entspricht das Management jenem, das unter Punkt: 1.1.1. Einfacher Adnexbefund und Durchmesser des Adnexbefundes 3 – 6 cm aufgeführt ist **L III**.

### **1.1.3. Einfacher Adnexbefund und Durchmesser des Adnexbefundes >10 cm:**

Um solide Anteile nicht zu übersehen und um die diagnostische Genauigkeit zu verbessern, soll die Ultraschalluntersuchung sowohl transvaginal als auch transabdominell erfolgen **L III**. Eine Bestimmung des Serum-CA 125 ist nicht sinnvoll.

Eine operative Abklärung wird empfohlen.

## **1.2. Komplexer Adnexbefund**

Hauptproblem in der Differentialdiagnostik des komplexen Adnexbefundes in der Prä- und Perimenopause ist das Corpus luteum. Dieses kann maligne Befunde vortäuschen, aber durch kurzfristige Kontrollen weitgehend ausgeschlossen werden. Ebenso kann eine entzündliche Erkrankung der Adnexe als komplexer Adnexbefund imponieren. Das Serum-CA 125 ist bei diesen Patientinnen häufig erhöht und stellt in dieser Konstellation deshalb keine zusätzliche Entscheidungshilfe in der Differentialdiagnostik dar.

Eine hormonelle Therapie verbessert die Spontanremissionsrate dieser Adnexbefunde nicht (**Grimes**) **L I**.

**(Cave:** Eine Persistenz eines komplexen Adnexbefundes nach ovarieller Stimulationstherapie im Rahmen einer Kinderwunschbehandlung ist insbesondere bei Eintritt einer Schwangerschaft zu beachten. **L III**)

### **1.2.1. Komplexer Adnexbefund und Durchmesser des Adnexbefundes zwischen 3 – 10 cm**

Eine Kontrolle des Ultraschallbefundes innerhalb von 2-8 Wochen in der ersten Zyklushälfte ist sinnvoll (**Osmers**).

Persistiert der komplexe Adnexbefund bei der Kontrolle nach 2-8 Wochen, ist eine operative Abklärung sinnvoll **L III**. Ist der Adnexbefund bei dieser Kontrolle nicht mehr nachweisbar, soll eine klinische Evidenzhaltung in 3-6 Monaten erfolgen.

### **1.2.2. Komplexer Adnexbefund und Durchmesser des Adnexbefundes >10 cm**

Eine operative Abklärung wird empfohlen.

## **2. Menopausenstatus: Postmenopausal**

Das normale postmenopausale Ovar misst ab 2-5 Jahre nach der Menopause durchschnittlich 1.5 x 0.7 x 0.5 cm (**Herrmann**). Ebenso wie in der Prä- oder Perimenopause differiert das Management bei einfachem oder komplexem Adnexbefund je nach Ultraschallkriterien.

## **2.1. Einfacher Adnexbefund**

### **2.1.1. Einfacher Adnexbefund und Durchmesser 2 – 6 cm**

Eine Bestimmung des Serum-CA 125 ist zu empfehlen, da das klinische Management davon abhängig ist!

#### 2.1.1.1. CA 125 im Normbereich

Bei normalem CA 125 ist das Malignomrisiko auch bei postmenopausalen Frauen als sehr niedrig anzusehen:

Unter 8 cm Durchmesser sind je nach Größe des auffälligen Adnexbefundes gegenüber einer Größe von > 8 cm nur minimale Malignomrisiken dokumentiert (**Ekerhovd**):

- |                                  |                      |
|----------------------------------|----------------------|
| • Adnexbefunddurchmesser < 2 cm: | Malignomrisiko 0%    |
| • Adnexbefunddurchmesser 2-5 cm  | Malignomrisiko 0.3 % |
| • Adnexbefunddurchmesser 5-8 cm  | Malignomrisiko 0.5%  |
| • Adnexbefunddurchmesser > 8 cm  | Malignomrisiko 6,6%  |

Daher ist eine Kontrolle in 3 Monaten mit Ultraschall und Abnahme von CA 125 sinnvoll; Ist eine Dynamik festzustellen (Größe des Adnexbefundes, Strukturänderung wie in komplexer Adnexbefund oder CA 125 über dem oberen Normbereich), wird eine operative Abklärung empfohlen.

Bleibt der Adnexbefund in Bezug auf die oben genannten Kriterien stabil, wird eine weitere klinische und sonographische Evidenzhaltung in sechsmonatigen Abständen empfohlen **LIII**.

#### 2.1.1.2. CA 125 über dem oberen Normbereich

Eine operative Abklärung wird empfohlen.

### **2.1.2. Einfacher Adnexbefund und Durchmesser > 6 cm**

Eine operative Abklärung wird empfohlen.

## **2.2. Komplexer Adnexbefund**

In der Postmenopause wird bei Vorliegen eines komplexen Adnexbefundes immer eine operative Abklärung empfohlen (**McDonald**).

Die klinische Vorgangsweise – Evidenzhaltung oder operative Abklärung – ist in einem Algorithmus in Abhängigkeit von Menopausenstatus und einfachem oder komplexem Adnexbefund dargestellt (**Abbildung 2**).



## **Literatur:**

- Clarke-Pearson DL. Screening for Ovarian Cancer. NEJM 2009; 361: 170-177.
- Clinical practice guidelines for the care and treatment of breast cancer: a Canadian consensus document. CMAJ 1998, 158 (3 Suppl) oder ([www.ctfphc.org](http://www.ctfphc.org))
- Curtin, JP. Management of the adnexal mass. Gynecol Oncol 1994; 55:S42.
- Ekerhovd E, Wienerroith H, Staudach A, Granberg S. Preoperative assessment of unilocular adnexal cysts by transvaginal ultrasonography: a comparison between ultrasonographic morphologic imaging and histopathologic diagnosis. Am J Obstet Gynecol. 2001 Jan;184(2):48-54.
- Granberg, S, Wikland, M, Jansson, I. Macroscopic characterization of ovarian tumors and the relation to the histological diagnosis: criteria to be used for ultrasound evaluation. Gynecol Oncol 1989; 35:139.
- Grimes DA, Jones LB, Lopez LM, et al. Oral contraceptives for functional ovarian cysts. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Apr 15;(2)
- Herrmann, UJ. Sonographic patterns of ovarian tumors. Clin Obstet Gynecol 1993; 36:375.
- Kommission Qualitätssicherung der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. Der Adnexbefund. Schweizerische Ärztezeitung 2004, 85, 458-468
- Koonings, PP, Campbell, K, Mishell, DR Jr, Grimes, DA. Relative frequency of primary ovarian neoplasms: A ten year review. Obstet Gynecol 1989; 74:921.
- McDonald JM, Modesitt SC. The incidental postmenopausal adnexal mass. Clin Obstet Gynecol 2006; 49: 506-516.
- Modesitt, SC, Pavlik, EJ, Ueland, FR, et al. Risk of malignancy in unilocular ovarian cystic tumors less than 10 centimeters in diameter. Obstet Gynecol 2003; 102:594.
- Myers ER, Bastian LA, Havrilesky LJ, Kulasingam SL, Terplan MS, Cline KE, Gray RN, McCrory DC. Management of Adnexal Mass. Evidence Report/Technology Assessment No.130 (Prepared by the Duke Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-02-0025.) AHRQ Publication No. 06-E004. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. February 2006.
- Osmers RG, Osmers M, von Maydell B, Wagner B, Kuhn W. Preoperative evaluation of ovarian tumors in the premenopause by transvaginosonography. Am J Obstet Gynecol 1996; 175: 428-434.

- Padilla LA, Radosevich DM, Milad MP. Accuracy of the pelvic examination in detecting adnexal masses. *Obstet Gynecol* 2000, 96, 593-598
- Roman, LD, Muderspach, LI, Stein, SM, et al. Pelvic examination, tumor marker level, and gray-scale and Doppler sonography in the prediction of pelvic cancer. *Obstet Gynecol* 1997; 89:493.
- Strigini, FA, Gadducci, A, Del Bravo, B, et al. Differential diagnosis of adnexal masses with transvaginal sonography, color flow imaging, and serum CA 125 assay in pre- and postmenopausal women. *Gynecol Oncol* 1996; 61:68.
- Valentin, L. Pattern recognition of pelvic masses by gray-scale ultrasound imaging: the contribution of Doppler ultrasound. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1999; 14:338.

### **Abbildung 1:**

#### **Beispiele – einfacher und komplexer Adnexbefund**

### **Abbildung 2:**

#### **Algorithmus bei Vorliegen eines auffälligen Adnexbefundes in Abhängigkeit vom Menopausenstatus**