

Svær adipositas kan sløre symptomerne ved ovarietumorer

Søren Ørnskov Top, Charlotte Møller & Mikkel Seyer-Hansen

KASUISTIK

Gynækologisk-obstetrisk
Afdeling Y, Aarhus
Universitetshospital

Ugeskr Læger
2015;177:V12140661

Store, benigne, mukøse cystadenomer er de største ovarieneoplasier, der findes [1]. De er ofte multicystiske, og på grund af langsom vækst giver de kun gradvist symptomer [2]. Foruden ubehag, tyngdefornemmelse og smerter kan de symptomer, der fører til diagnose, være forstoppelse, dyspnø, intraabdominalt kompartmentsyndrom, endokrine gener, akut abdomen eller urinvejsgener [3, 4].

Mukøse ovarietumorer er epiteliale tumorer, hvoraf ca. 80% er benigne, mens 10% har borderline og 10% maligne forandringer [4]. Malign transformation sker sjældent.

Tumorer over 40 kg er sjældne, og i et studie er der berettet om i alt 19 tilfælde fra perioden 1970-2006 [5]. Cancerantigen (CA)-125-værdierne kan ved mukøse cystadenomer være normale.

Vi beskriver her en patient med en uerkendt, monstrøs ovariecyste, der formodentligt er udviklet over 19 år.

SYGEHISTORIE

En 48-årig kvinde, der havde haft underlivssmerter gennem fem dage, blev af egen læge henvist til akut vurdering på en gynækologisk afdeling. Hun havde født tvillinger vaginalt 19 år tidligere, var adipøs,

havde velbehandlet astma og hypertension og havde gennem seks år haft rygproblemer og diskusprolaps.

Patienten havde gennem et år haft metroragi og var på henvisningstidspunktet menstruerende. Hun havde haft normal afføring to døgn tidligere og havde lidt svie ved vandladning.

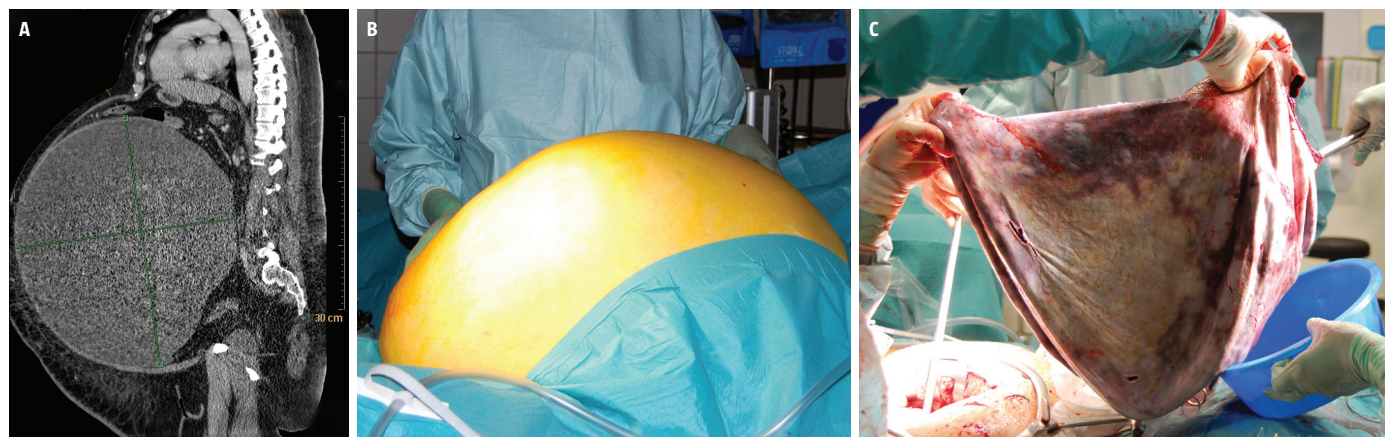
Trods angiveligt intensive forsøg på væggtab inklusive konsultation hos sin praktiserende læge og diætist havde patienten ikke tabt sig. Hendes habitualvægt var 151 kg, højden 167 cm, og *body mass index* var 54 kg/m². Hun klagede over, at især maven var meget stor, hvilket den havde været siden tvillingefødslen 19 år tidligere. Hun var i øvrigt velfungerende og passede sit job.

Ved den primære undersøgelse fandt man svær abdominal fedme, der skjultes af løsthængende tøj. Patienten bemærkede, at maven ganske rigtigt var meget stor, men at hun var flov over det og helst ikke ønskede at tale om det. På grund af patientens rygsmerter og følgelige besvær med at ligge på lejet, palperede man stående dunkeømhed i højre flanke. Palpation af abdomen i rygleje blev således ikke foretaget.

En transvaginal ultralydskanning viste en normalt udseende uterus. I fossa Douglasi sås en væske-

FIGUR 1

A. CT-billede af thorax, abdomen og pelvis. B. Peroperativt billede af den væsketømte cyste. C. Præoperativt sidebillede.



brømme på 28 × 22 mm. Ovarier kunne ikke ses ved vaginalskanning, og der blev ikke foretaget transabdominal ultralydskanning.

En urinstiks viste +3 blod og +1 protein. Måling for urin- humant choriongonadotropin var negativ. Patienten var afebril.

Smerterne blev tolket som forværring af en kendt diskusprolaps, og patienten blev overført til videre behandling hos egen læge.

Egen læge indlagde dagen efter patienten på en akutmodtagelse på grund af mulig subileus. Kirurgen konstaterede et stort abdomen, ømhed i højre flanke og en temperatur på 38,3 °C.

CT af thorax, abdomen og pelvis viste en monstrøs, multicystisk proces på 42 × 39 × 34 cm (Figur 1A).

På gynækologisk afdeling så man dernæst ved transabdominal ultralydskanning en stor, glatvægget, cystisk proces med flere kamre uden ekskrescenser. CA-125-niveauet var 241 kE/l. Risk of Malignancy Index var 241. På grund af den lange anamnese vurderedes cysten at være benign, men patienten blev opereret af speciallæger med subspeciale i henholdsvis benign gynækologi og gynækologisk onkologi. Operationen indledtes med laparoskopi, hvor man udtømte 20 l væske fra cystens store kammer. På grund af blødning fra cystens fødekar og dens størrelse konverteredes til laparotomi med nedre længdesnit. Der blev foretaget højresidig salpingo-ooforektomi med fjernelse af et mukøst cystadenom på i alt ca. 40 kg, der bestod af 37 l cystevæske og 3 kg cystevæv (Figur 1B). Det præoperative abdominalomfang var 165 cm (Figur 1C). Det postoperative forløb var kompliceret af abdomen pendens-problemer.

Histologisk undersøgelse viste et mukøst cystadenom uden tegn til malignitet.

Patientens postoperative vægt var 117 kg, og *body mass index* var 42 kg/m². Hun blev henvist til plastikkirurgisk afdeling for behandling af abdomen pendens.

DISKUSSION

Svær adipositas kan sløre symptomerne ved gradvist udviklede ovarietumorer. Ekstremt abdominalomfang bør som minimum føre til regelret undersøgelse af abdomen, selvom patienten skulle være flov over sin store mave.

Kan man ved transvaginal ultralydundersøgelse hos en patient med stort abdominalomfang, tyngdefornemmelse og/eller smerter ikke visualisere ovarierne, bør man foretage abdominal ultralydskanning.

SUMMARY

Søren Ørnkov Top, Charlotte Møller & Mikkel Seyer-Hansen:

A large abdomen can camouflage the symptoms of an ovarian tumour

Ugeskr Læger 2015;177:V12140661

Mucinous cystadenomas of the ovaries are benign tumours which can grow to sometimes gigantic proportions. Symptoms may be vague and due to complications hence the tumour can go undiagnosed for several years. This is a case report of a 48-year-old woman with a 40-kg ovarian tumour developed through 19 years. In spite of discomfort and complaints of the very large abdomen she had not received thorough examination previously. A large abdomen and discomfort should always lead to transabdominal ultrasound when transvaginal ultrasound – as in this case – does not diagnose the condition.

KORRESPONDENCE: Søren Ørnkov Top, Gynækologisk-obstetrisk Afdeling Y, Aarhus Universitetshospital, Brendstrupgårdsvej 100, 8200 Aarhus N. E-mail: stop@dadlnet.dk

ANTAGET: 21. januar 2015

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 30. marts 2015

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatternes ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Jones DR, Vasilakis A, L Pillai et al. Giant, benign, mucinous cystadenoma of the ovary: case report and literature review. *Am Surg* 1992;58:400-3.
2. Hackethal A, Brueggmann D, Turovets M et al. Removal of enormous bilateral mucinous cystadenomas of the ovaries with abdominal plastic reconstruction. *Arch Gynecol Obstet* 2009;279:65-7.
3. Chao A, Chao A, Yen YS et al. Abdominal compartment syndrome secondary to ovarian mucinous cystadenoma. *Obstet Gynecol* 2004;104:1180-2.
4. Ottesen B, Mogensen O, Forman A et al. Gynækologi. 3. udgave. København: Munksgaard, 2006.
5. Einkenkel J, Alexander H, Schotte D et al. Giant ovarian cysts: is a pre- and intra-operative drainage an advisable procedure? *Int J Gynecol Cancer* 2006;16:2039-43.