



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

Mise au point sur les sarcomes utérins[☆]



Focus on uterine sarcoma imaging

**Sophie Dechoux^a, Audrey Morel^a, Claire Bonneau^b,
Marc Bazot^a, Isabelle Thomassin-Naggara^{a,*}**

^a Service de radiologie, hôpitaux universitaires Paris-Est (site Tenon), université Pierre-et-Marie-Curie, Assistance publique–Hôpitaux de Paris, 4, rue de la Chine, 75020 Paris, France

^b Service de gynécologie-obstétrique, hôpitaux universitaires Paris-Est (site Tenon), université Pierre-et-Marie-Curie, Assistance publique–Hôpitaux de Paris, 4, rue de la Chine, 75020 Paris, France

Disponible sur Internet le 16 avril 2014

MOTS CLÉS

Léiomyome ;
Sarcome ;
IRM ;
Échographie
pelvienne

Résumé L'objectif de ce travail est de décrire l'apport respectif de l'échographie pelvienne et de l'IRM pour différencier tumeurs myométriales bénignes et malignes. Cliniquement, les sarcomes sont souvent découverts devant des symptômes non spécifiques comme des métrorragies post-ménopausiques ou une augmentation rapide du volume utérin. En échographie, des critères simples comme le caractère unique d'une lésion, une origine non myométriale, un endomètre anormal doivent faire remettre en cause le diagnostic de léiomyome. Par ailleurs, une hypervascularisation tumorale et une distribution vasculaire irrégulière sont souvent décrites dans la pathologie maligne. En IRM, les sarcomes se présentent sous la forme de masses souvent uniques, de signal T2 intermédiaire, hétérogène, sièges de fréquents remaniements hémorragiques intratumoraux. Parfois la présentation est celle d'un épaississement endométrial majeur. Leur rehaussement est hétérogène après injection. L'utilité de l'étude dynamique après injection n'a pas été prouvée. Les sarcomes sont toujours en hypersignal en diffusion, avec un ADC significativement plus bas que dans les lésions bénignes. Un ADC < 1,23 a une valeur prédictive positive de malignité de 92%. Il est capital d'en effectuer le diagnostic prospectif, notamment depuis l'avènement des traitements conservateurs. L'IRM est l'examen de référence, l'échographie présentant un faible potentiel de caractérisation tissulaire. Nous avons développé un algorithme d'interprétation utilisable en routine clinique, incluant le signal T2, la diffusion et l'ADC, ayant une performance diagnostique de 92%.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Leiomyoma;
Sarcoma;

Summary The purpose of this study is to review the contribution of ultrasonography and MRI to differentiate malignant from benign myometrial tumor. Clinically, sarcomas often present as postmenopausal bleeding or fast growing uterine volume. However, such symptoms are not specific. At ultrasonography, simple criteria, such as single tumor, non-myometrial tumor, abnormal

[☆] Travaux présentés lors du 1^{er} congrès SIFEM, Bruxelles, mai 2014.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : isabellethomassin@gmail.com (I. Thomassin-Naggara).

Pelvic MRI;
Pelvic
ultrasonography

endometrium, should question the diagnosis of benign leiomyoma. Color Doppler show abnormal tumoral blood vessels. At MRI, sarcomas usually present at a unique tumor, showing intermediate heterogeneous T2-weighted signal intensity, intra-tumoral hemorrhage. It can present as an abnormal endometrial thickening. Enhancement is most of the time heterogeneous. Utility of dynamic contrast imaging have not yet been proved. All sarcomas have a high b1000 signal intensity at diffusion imaging, with a lower ADC than benign tumor. An ADC < 1.23 has a positive predictive value for malignancy of 92%. Accurate pre-therapeutic diagnosis is of capital importance with the advent of conservative therapeutics. MRI is the complementary reference imaging, as ultrasonography is poorly informative for tissue characterisation. We have developed an interpretation model usable in routine practice for myometrial tumors discovered at MRI including T2 signal, b1000 signal and ADC measurement, with an accuracy of 92%.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Le léiomyome est la tumeur mésoenchymateuse de l'utérus la plus fréquente (50% des femmes à la ménopause). Les tumeurs mésoenchymateuses malignes sont beaucoup plus rares. Ainsi, les sarcomes représentent 1% des cancers gynécologiques et seulement 5,2% des cancers de l'utérus. Leur pronostic est mauvais, avec un taux de survie à 5 ans de 15 à 25% pour le léiomyosarcome, et est conditionné par une résection chirurgicale adéquate sans rupture préopératoire.

Or, la prise en charge du myome a été révolutionnée ces dernières décennies par le développement de la chirurgie mini-invasive [1], permettant de préserver la fertilité des patientes. Mais une telle option chirurgicale implique le morcellement lésionnel et donc un risque potentiel de dissémination si la tumeur s'avère maligne. De même, l'avènement de traitements conservateurs comme les analogues de la gonadolibérine, l'embolisation artérielle utérine, les ultrasons focalisés impliquent une caractérisation préopératoire optimale de ces tumeurs mésoenchymateuses afin de ne pas méconnaître une pathologie maligne.

Dans la littérature, les lésions suivantes sont classées dans la catégorie « maligne/pronostic incertain » [2] : tumeur musculaire lisse de potentiel incertain, léiomyomatose intraveineuse, léiomyosarcome, rhabdomyosarcome, sarcome du stroma endométrial de bas grade, sarcome de l'endomètre et carcinosarcome indifférencié.

Le léiomyome cellulaire est un sous-type rare de léiomyome (< 5%) qui reste classé dans la pathologie bénigne, bien qu'il soit dans la littérature plus souvent associé à des chirurgies pour augmentation rapide du volume du léiomyome. De même, ce myome cellulaire est souvent plus volumineux et souvent unique [3]. Cependant, il reste éligible aux traitements conservateurs. Une surveillance en imagerie peut être discutée.

Clinique

Classiquement les sarcomes se présentent cliniquement par une augmentation rapide de volume utérin, parfois des métrorragies post-ménopausiques [4].

Dans une étude [4] réalisée dans notre centre sur 108 patientes entre janvier 2007 et janvier 2012 (avec 84 léiomyomes et 24 tumeurs malignes ou à pronostic incertain), les présentations cliniques variaient significativement entre les deux groupes (ménométrorragies et douleurs pelviennes pour les léiomyomes bénins et inversement

saignements post-ménopausiques et augmentation rapide du volume utérin pour les tumeurs malignes).

Dans cette étude, l'âge des patientes était significativement plus élevé pour les sarcomes que pour les léiomyomes (57,2 versus 40,2 ; $p < 0,0001$). La construction de courbes ROC établissait un *cut-off* le plus discriminant à 44,8 ans (OR = 20).

Cependant, la présentation clinique n'étant absolument pas spécifique, l'imagerie préopératoire est systématique.

Échographie pelvienne

L'échographie pelvienne est la technique d'imagerie de première ligne pour la détection des tumeurs myométriales et l'exploration des métrorragies. Elle a montré son utilité pour le diagnostic de la pathologie endométriale ou léiomyomatose typique. Néanmoins, elle est rapidement limitée pour les tumeurs volumineuses (Fig. 1) et présente un faible potentiel de caractérisation tissulaire, avec un chevauchement entre les myomes en dégénérescence et les lésions malignes.

Les sarcomes utérins sont classiquement décrits en échographie comme des tumeurs uniques, hétérogènes, sièges d'une hypervascularisation [5,6] (Fig. 2). En Doppler couleur, la distribution des vaisseaux dans la tumeur est rapportée dans la littérature comme irrégulière, avec de faibles indices de résistance et des vitesses systoliques élevées. Cependant, cette analyse est difficile car les résultats Doppler fluctuent selon le statut ménopausique, la taille et la position de la masse et la présence de dégénérescence kystique.

Les sarcomes représentent aussi un diagnostic différentiel des lésions endométriales malignes, prenant la forme d'un épaississement endométrial diffus hypervascularisé.

Dans la même étude [4] réalisée dans notre centre portant sur 108 patientes (84 léiomyomes et 24 sarcomes), les descriptions échographiques préopératoires ont été analysées de façon rétrospective : 3 catégories de conclusions étaient répertoriées : léiomyome classique, léiomyome atypique ou masse non caractérisable en échographie.

Dans cette étude, les sarcomes apparaissaient le plus souvent comme des masses uniques (81% soit 18/22). Alors que l'origine myométriale des léiomyomes était quasiment toujours (94%, soit 80/85) notée par l'échographiste, ce dernier ne pouvait déterminer l'origine de la tumeur dans 43% des sarcomes (9/21) ($p < 0,001$). Dans les sarcomes, une atténuation du faisceau ultrasonore n'était décrite que dans 28% (2/7) alors qu'elle était notée dans 82% des léiomyomes

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2738111>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2738111>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)