



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
 www.em-consulte.com



Article original

Validation externe des critères de Timmerman sur une série de 122 tumeurs ovariennes

*External validation of simple ultrasound rules of Timmerman on 122 ovarian tumors*K. Fathallah^a, C. Huchon^{a,*,b}, A.-S. Bats^{a,b}, U. Metzger^a, M.-A. Lefrère-Belda^c, C. Bensaid^a, F. Lécuru^{a,b}^a Service de chirurgie gynécologique et cancérologique, hôpital européen Georges-Pompidou, AP-HP, 20, rue Leblanc, 75015 Paris, France^b Faculté de médecine Paris-René-Descartes, 75006 Paris, France^c Service d'anatomie-pathologie, hôpital européen Georges-Pompidou, AP-HP, 20, rue Leblanc, 75015 Paris, France

I N F O A R T I C L E

Historique de l'article :

Reçu le 31 décembre 2010

Accepté le 15 février 2011

Disponible sur Internet le 5 août 2011

Mots clés :

Échographie
 Cancer de l'ovaire
 Kyste ovarien
 Sensibilité
 Spécificité

Keywords:

Ultrasonography
 Ovarian cancer
 Ovarian cyst
 Sensitivity
 Specificity

R É S U M É

Objectif. – Étudier la corrélation entre la nature des tumeurs ovariennes présumée selon les critères échographiques de Timmerman et le diagnostic final histologique.

Patientes et méthodes. – Nous avons effectué une étude prospective durant une période de 4 ans, portant sur des patientes porteuses de tumeurs ovariennes explorées par échographie pelvienne. Les différentes tumeurs ont été classées selon les critères de Timmerman, présumant de leur caractère bénin ou malin, permettant de déterminer l'efficacité de ce score. La référence diagnostique était l'examen histologique final. La sensibilité et la spécificité de ces critères ont été calculées avec leurs intervalles de confiance à 95 %.

Résultats. – Cent vingt-deux patientes présentant une tumeur ovarienne ont été incluses entre janvier 2002 et décembre 2005. Parmi ces tumeurs, 88,5 % (108 sur 122) étaient bénignes et 11,5 % (14 sur 122) malignes ou à la limite de la malignité. Les critères de classification étudiés étaient applicables pour 89,3 % (109 sur 122) des tumeurs de notre série. La sensibilité des critères échographiques dans notre étude est de 73 % (IC 95 % [45–100]) et la spécificité de 97 % (IC 95 % [94–100]).

Discussion et conclusion. – La plupart de tumeurs annexielles peut être classée selon les critères échographiques de Timmerman avec une bonne spécificité pour éliminer leurs caractères malins ou à la limite de la malignité. Les tumeurs ne pouvant pas être classées selon ce score devront être orientés vers un échographiste plus expérimenté.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

Objective. – To study the correlation between the nature of the ovarian tumors presumed according to the ultrasound criteria of Timmerman and the final histological diagnosis.

Patients and methods. – We made a prospective study during a period of 4 years, concerning consecutive patients having an ovarian tumor, investigated by pelvic ultrasonography using Timmerman's rules estimating their benign or malignant characteristics in order to determine the efficiency of this score. The diagnostic reference was histology. Sensitivity and specificity of these criteria were calculated with their 95% confidence intervals.

Results. – One hundred and twenty-two patients having adnexal masse were included between January 2002 and December 2005. Among these tumors, 88.5% (108/122) were benign, and 11.5% (14/122) were malignant or borderline. The ultrasound-based rules of classification were applicable for 89.3% (109/122) of them. The sensitivity of these rules was 73% (95% CI [45–100]) and the specificity was 97% (IC 95% CI [94–100]).

Discussion and conclusion. – Most adnexal masses can be classified according to the ultrasound simple rules of the score of Timmerman with a good specificity to eliminate their malignant or borderline characteristics. Tumors which cannot be classified according to these rules must be referred to an expert ultrasonographer.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : cyrillehuchon@yahoo.fr (C. Huchon).

1. Introduction

La différenciation préopératoire des tumeurs ovariennes est un problème quotidien pour les cliniciens [1]. Un diagnostic fiable est un élément essentiel pour un traitement approprié en cas de cancer ou de tumeur frontière, qui influence le lieu, le mode de prise en charge et parfois le pronostic de la patiente.

Les caractéristiques morphologiques des tumeurs ont été utilisées depuis longtemps pour prédire leur caractère bénin ou malin [2]. Plusieurs scores de malignité ont été ainsi établis visant à améliorer le diagnostic préopératoire de ces masses ovariennes.

En 1990, Jacobs et al. [3] ont établi un indice de malignité des tumeurs ovariennes : Risk of Malignancy Index (RMI) en se basant sur la combinaison du taux sérique de CA-125 et des données de l'échographie, avec une sensibilité qui atteint 89 % dans certaines études prospectives [3].

L'étude International Ovarian Tumour Analysis (IOTA) est une étude multicentrique dont l'objectif était d'évaluer la valeur diagnostique de modèles informatiques. Un consensus sur la méthodologie échographique (termes et définitions) a été publié en 2000 [4]. Le modèle de régression logistique développé dans ce travail avait une sensibilité de 93 % [5] et avait une performance significativement meilleure que celle obtenue par le RMI [6].

Il est apparu que le dosage sérique du CA 125 n'améliorait pas la performance du modèle mathématique [6]. Il a également été montré qu'un examen échographique standardisé, conduit par un échographiste expérimenté, avec une sémiologie morphologique fine se fondant sur des termes et des définitions également standardisés, est bien meilleur que le dosage du CA-125 combiné pour l'évaluation du niveau du risque de malignité [7].

Plus récemment, des critères de classification ont été proposés [8]. Ils sont plus simples à utiliser que les modèles mathématiques. Les performances décrites par ces critères sont intéressantes. L'objectif de notre étude est d'évaluer la valeur diagnostique des critères de Timmerman et al. [8] sur une série indépendante.

2. Patientes et méthodes

Nous avons réalisé une étude prospective monocentrique entre le 1^{er} janvier 2002 et le 31 décembre 2005. Les critères d'inclusion étaient la présence d'au moins un kyste ovarien persistant sur 2 échographies consécutives ayant bénéficié d'une chirurgie pour analyse histologique.

La référence diagnostique était l'histologie définitive de la pièce opératoire.

L'exploration préopératoire de ces tumeurs a été fondée sur une échographie endovaginale avec étude Doppler, associée à une approche transpéritéale pour les tumeurs volumineuses qu'on ne pouvait explorer en totalité par voie endovaginale.

Cette échographie a été pratiquée par un échographiste référent (UM), conformément à la méthodologie proposée par Timmerman et al. [4]. Pour la présente étude, ces masses ont été classées en utilisant les règles proposées par Timmerman et al. [8] (Tableau 1). Le classement a été effectué par un seul praticien (KF) à partir des comptes rendus échographiques initiaux et les clichés imprimés, après une phase d'apprentissage. Ce praticien ne connaissait pas le diagnostic histologique final. Si au moins un des critères de malignité était retrouvé, et en absence de tout critère de bénignité, la tumeur était considérée comme maligne ou frontière. Si la tumeur présentait des critères de bénignité et de malignité ou qu'elle ne répondait à aucun des critères prédéfinis, elle était considérée comme non classable.

Le caractère présumé malin ou bénin a ensuite été confronté au diagnostic histologique définitif. Les tumeurs frontières de l'ovaire ont été classées avec les tumeurs malignes.

Il a été recherché le nombre de tumeurs classables par les critères de Timmerman dans notre population ainsi que les sensibilités et spécificités de ces critères pour le diagnostic de malignité ou de tumeur frontières. Les intervalles de confiance à 95 % ont été calculés ainsi que les rapports de vraisemblance positifs et négatifs. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel stata 11,0 (Stata Corp., College Station, Texas).

3. Résultats

Cent cinquante-trois patientes porteuses d'au moins une tumeur annexielle persistante ont été incluses durant la période de l'étude et 109 ont été retenues pour l'analyse (37 patientes n'ont pas été opérées, 3 avaient des compte rendus échographiques insuffisants pour conclure et 4 avaient finalement une pathologie non annexielle). Treize parmi ces 109 patientes retenues avaient des tumeurs bilatérales, donc au total, 122 tumeurs ovariennes ont été étudiées (Fig. 1).

L'âge moyen des patientes était de 45,5 ans (minimum–maximum : 21–76), de 51 ans (minimum–maximum : 22–75) dans le groupe de patientes ayant une tumeur maligne ou frontière de l'ovaire et de 41,5 ans (minimum–maximum : 21–76) dans le groupe des tumeurs bénignes. Trente-neuf patientes sur 109 (35,8 %) étaient ménopausées. La parité moyenne était de 1,9 (minimum–maximum : 0–4). Des antécédents familiaux de cancers ont été notés chez 3 patientes (2 cancers de sein, 1 cancer du colon) et une patiente présentait un antécédent personnel de cancer du sein.

Cent neuf masses ovariennes sur les 122 étaient classables selon les critères prédéfinis, ces critères étant donc applicables pour 89,3 % de patientes (IC 95 % : 83,9–94,9). Parmi celles-ci : 90 % (98 sur 109) étaient présumés bénignes et 10 % (11 sur 109) malignes.

Tableau 1

Critères échographiques de classification des tumeurs ovariennes selon Timmerman [7].

Caractères échographiques de malignité (critères M)	Caractères échographiques de bénignité (critères B)
M1 : masse irrégulière solide	B1 : kyste uniloculaire
M2 : présence d'ascite	B2 : présence d'une composante solide dont le plus grand diamètre est inférieur à 7 mm
M3 : au moins 4 structures papillaires	B3 : cône d'ombre postérieure
M4 : masse irrégulière multiloculaire-solide avec un diamètre maximal d'au moins 100 mm	B4 : masse multiloculaire lisse de moins de 100 mm de diamètre maximal
M5 : forte vascularisation en Doppler couleur	B5 : absence de flux en Doppler couleur

Règle 1 : si un ou plus des critères M est présent en l'absence de critères B, la masse est classée maligne.

Règle 2 : si un ou plus des critères B est présent en l'absence de critères M, la masse est classée bénigne.

Règle 3 : si des critères B et M sont présents, ou si aucun critère B ou M n'est présent, la masse ne peut être classée et des explorations complémentaires sont recommandées.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3949409>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3949409>

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