

# Fungerar RMI vid preoperativ utredning av misstänkt ovarialcancer i klinisk rutin?



Fredrik Nordenskjöld KK Skövde

Thomas Högberg Onkologiskt centrum Lund, Mats Löfgren KK Umeå, Jan-Henrik Stjernerahl KK Sahlgrenska

P-G Larsson KK Skövde

## Konklusion:

Användning av RMI skulle ha medfört att 83% av patienterna med invasiva gynekologiska maligniteter hade kunnat opereras vid enhet med tumörkirurgisk expertis. Drygt hälften av patienterna med RMI>200 hade inte invasiv gynekologisk cancer och skulle "i onödan" ha belastat den tumörkirurgiska enheten. Vidare skulle 7,4% med RMI<200 och trots detta invasiv gynekologisk malignitet ej ha remitterats. RMI fungerade i denna registerstudie något sämre än i tidigare studier. Det finns ett behov att utveckla metoder för att med större precision bestämma risken för invasiv cancer preoperativt vid misstanke om ovarialcancer för att kunna styra patienterna till rätt vårdnivå.

## Bakgrund:

RMI (risk of malignancy index) används för att hos kvinnor med adnexresistenser preoperativt bedöma sannolikheten för ovarialcancer. Avsikten är att patienter med ovarialcancer skall kunna opereras på avdelningar med speciell kompetens i gynekologisk tumörkirurgi. Ett flertal studier har visat att RMI på 200 eller mer förknippats med hög risk för ovarialcancer. Majoriteten av de studier som ligger till grund för denna slutsats bygger på patienter som remitterats till operation på gyncancer-avdelning. En tidigare studie i Sydöstra Sjukvårdsregionen har visat att metoden fungerar bra i svensk klinisk praxis(1) Syfte: Att ta reda på med vilken träffsäkerhet RMI kan användas för att preoperativt bedöma sannolikheten för ovarialcancer i klinisk praxis.

## RMI= M x U x CA125

**U** =ultraljudsfynd: bilaterala förändringar = 1, solida partier = 1, ascites = 1, intraabdominella metastaser = 1.

0–1 poäng: U = 1

2–5 poäng: U = 3

**M** = menopausstatus: premenopausal =1, postmenopausal =3

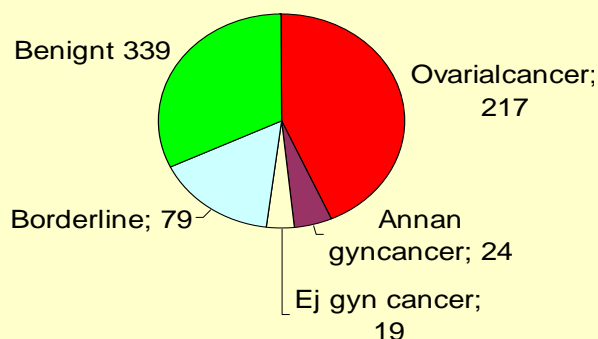
**CA125** =värdet för tumörmarkören

## Metod:

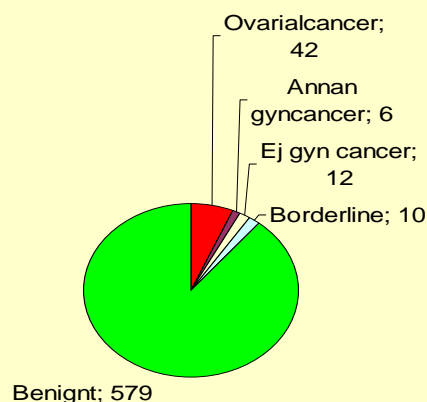
Ur Gynop-registrets databas från jan 2004-dec 2008 har data avseende RMI och PAD extraherats för patienter opererade med malignitetsmisstanke med huvudindikation ovarialcysta, adnex-resistens eller direkt misstanke om ovarialcancer. Patienter med preoperativt känd cancer har exkluderats.

**Resultat:** Det fanns uppgifter om RMI och PAD från 1149 patienter från 36 kliniker.

## PAD vid RMI>200 n=500



## PAD vid RMI<200 n=649



Sensitivitet, specificitet och positivt prediktivt värde för RMI>200 att förutsäga invasiv gynekologisk cancer

	Alla n=1149	Tumörsträng n=423
Sensitivitet*	83%	90%
Specificitet**	71%	52%
Positivt prediktivt värde***	48%	58%

\* antalet sant positiva/antalet med invasiv gynekologisk malignitet

\*\* antalet sant negativa/antalet utan invasiv gynekologisk malignitet

\*\*\* antalet sant positiva/antalet test positiva

**Diskussion:** I denna studie var sensitiviteten hos RMI>200 att indikera ovarialcancer lägre än i andra studier. Hos patienter som inkluderats i tumörsträngen där misstanken om cancer är hög var sensitiviteten för RMI att förutse invasiv gynekologisk cancer 90 % vilket överensstämmer med tidigare studier.

I denna studie hade 49 % av patienterna RMI > 200 jämfört med studien från Linköping (1) där bara 25% hade RMI>200. Förklaringen till detta kan vara att patienter med malignitetssuspekt ultraljudsfynd och lågt CA125 värde inte registrerats som malignitetssuspekta i registret och därför ej inkluderats i denna studie. Genom att en del patienter med RMI <200 inte inkluderats kommer antalet patienter med invasiv cancer trots lågt RMI bli större än om alla med lågt RMI var med.

**Referens:** Tågsjö E-B, Andreescu G, Rosenberg P. Jacobs index – enkelt sätt att avgöra om bäckentumör hos kvinna är malign. Läkartidningen Nr 41, 2003