

FOCUS SUR  
LA CANCEROLOGIE GYNECOLOGIQUE  
Une approche pluridisciplinaire

Pierre VILLARD<sup>1</sup>, Benjamin GEISSLER<sup>2</sup>,

Eric GREMILLET<sup>2</sup>, Claude SOLER<sup>2</sup>,

Aline STEINER<sup>2</sup>, Yves PERRAUD<sup>3</sup>

(1) Gynécologie, (2) CIN Médecine Nucléaire, (3) Urologie

HÔPITAL PRIVÉ DE LA LOIRE

FOCUS SUR  
LA CANCEROLOGIE GYNECOLOGIQUE  
Une approche pluridisciplinaire

COLLABORATION

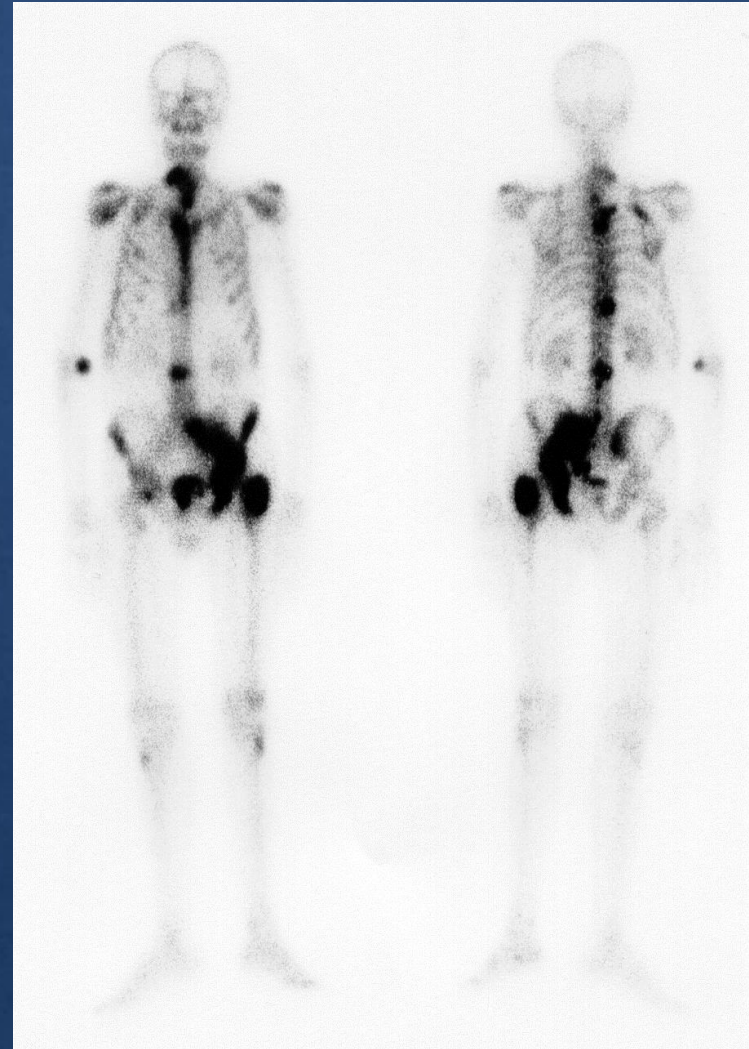
GYNECOLOGUE - MEDECIN NUCLEAIRE

INDICATIONS ACTUELLES DE LA TEP AU  $^{18}\text{F}$ FDG

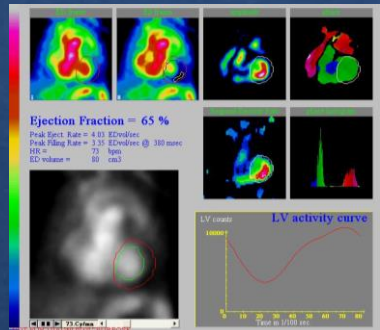
# Procédures disponibles fin des années 1990



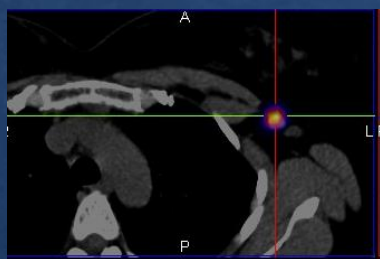
DIAGNOSTIC :  
SCINTIGRAPHIE OSSEUSE PLANAIRE



# Procédures disponibles en 2015



FEVG isotopique



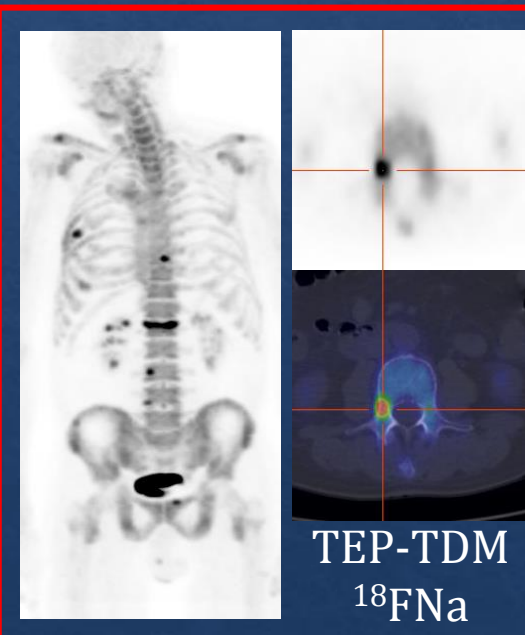
Ganglion sentinelle



Tomoscintigraphie osseuse  
TEMP-TDM



TEP- TDM <sup>18</sup>FDG



TEP-TDM  
<sup>18</sup>FNa



# Juste une mise au point...

## ◇ Tomographie par émission de positons :

◇ TEP = PET = PET-scan = TEP-TDM = PET-CT = morphoTEP !

## ◇ Radio-traceurs :

◇  **$^{18}\text{F}$ FDG** : traceur de routine en oncologie, en particulier gynécologique

◇  $^{18}\text{F}$ Na : « super scintigraphie osseuse », peu utilisée (jusqu'ici)

◇  $^{18}\text{F}$ -Choline,  $^{18}\text{F}$ -DOPA : pas utilisées en gynécologie (prostate et TNE)

◇ Recherche :  $^{18}\text{F}$ -Estradiol,  $^{64}\text{Cu}$ -Trastuzumab... et bien d'autres !

## ◇ Nouvelles caméras TEP : en seulement 10 ans...

◇ 2 fois plus rapides : acquisition corps entier en 10 minutes

◇ 2 fois moins de rayons : dose reçue par patient << scanner TAP

# TEP au $^{18}\text{F}$ FDG et CANCER du SEIN

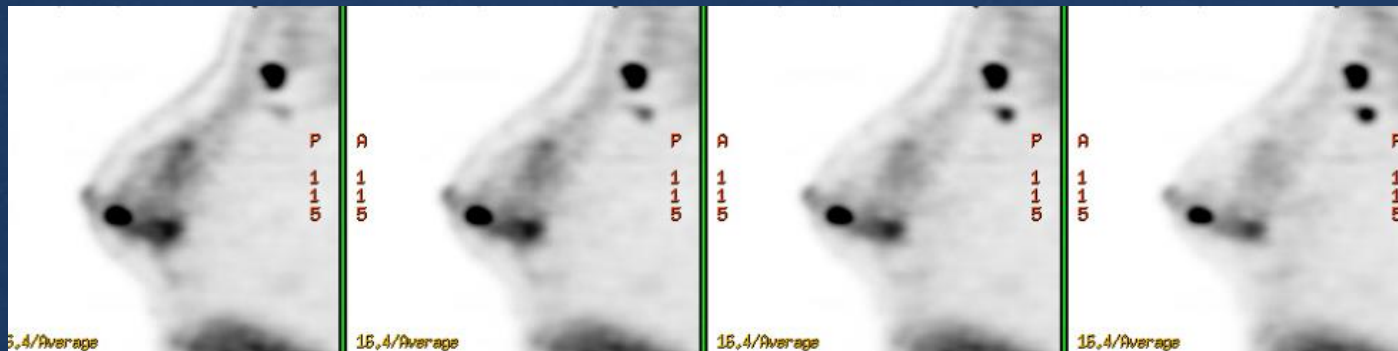
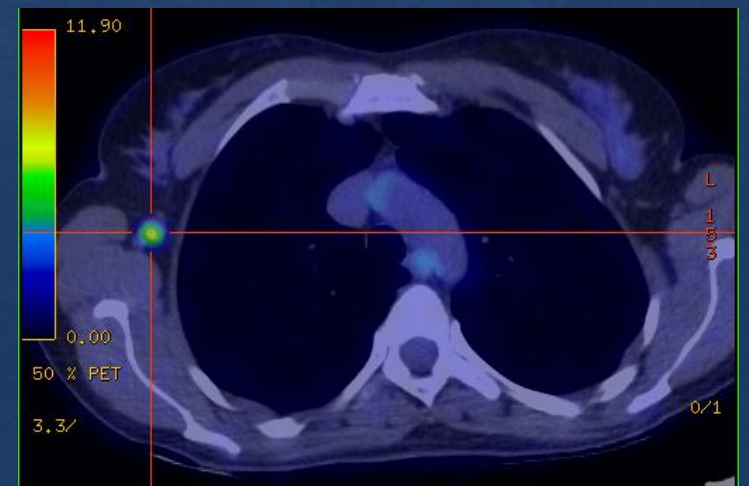
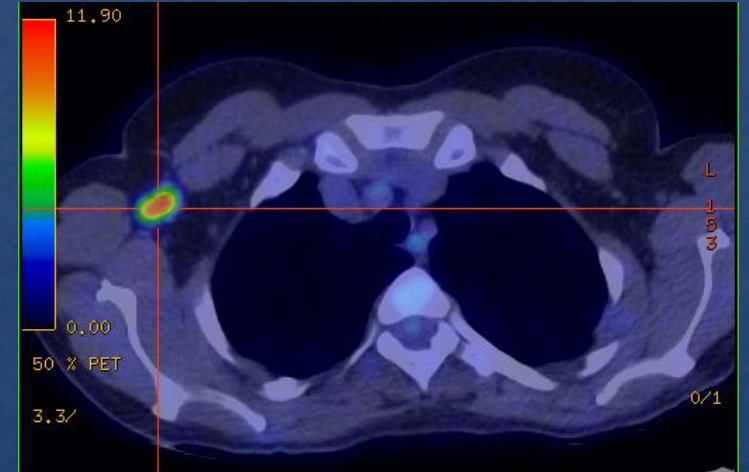
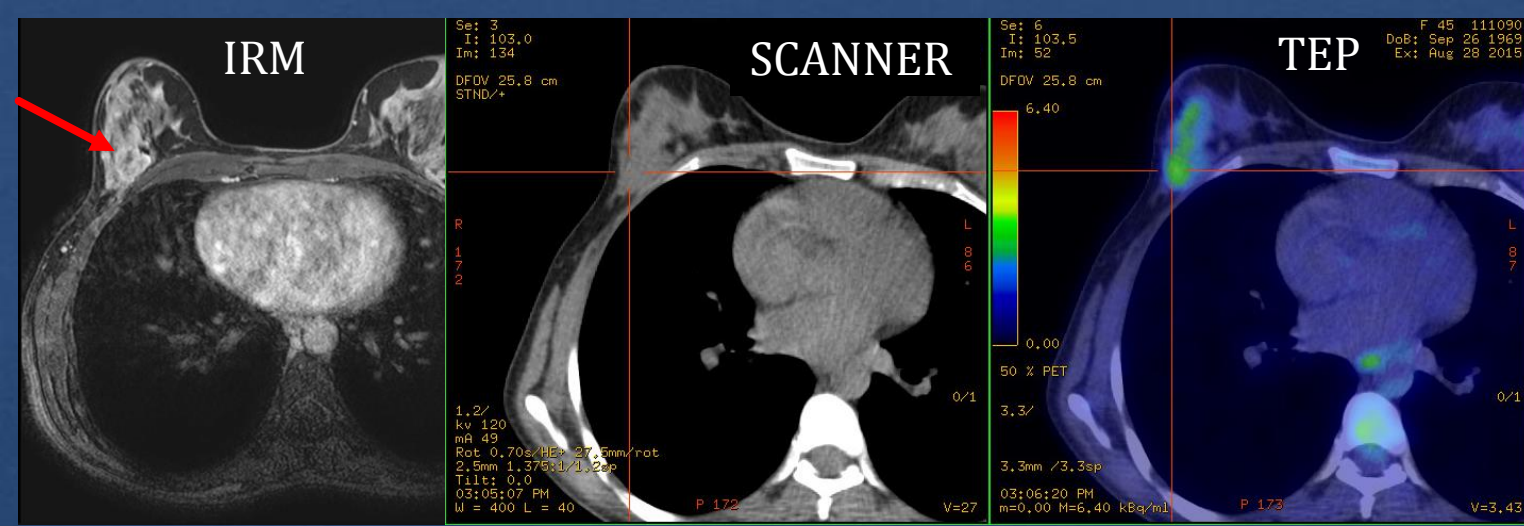
- ◇ TEP > bilan conventionnel pour détecter lésions à distance
- ◇ Métastases osseuses : TEP et scinti osseuse complémentaires

## INDICATIONS TEP $^{18}\text{F}$ FDG DANS LE CANCER DU SEIN INVASIF (option)

NON INDICATIONS	BILAN INITIAL	SUIVI ULTERIEUR
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dépistage ou diagnostic de malignité d'une lésion mammaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tumeurs inflammatoires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avant CT adjuvante si T &gt; 2 cm</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Remplacer le ganglion sentinelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ T localement avancées (T2) T3 T4</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Évaluation précoce CT néoadjuvante (après 1 ou 2 cycles)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Évaluation du stade T</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tumeurs cN +</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Élévation marqueur et bilan conventionnel négatif</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Staging des T1-T2 N0 (sauf histologie agressive)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Profil à risque : âge jeune, grade histologique élevé, triple négatif, embolies vasculaires, etc...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bilan extension récidive</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Évaluation réponse au traitement sans examen TEP de référence</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Suivi du traitement de la récidive</li> </ul>

# CAS CLINIQUE

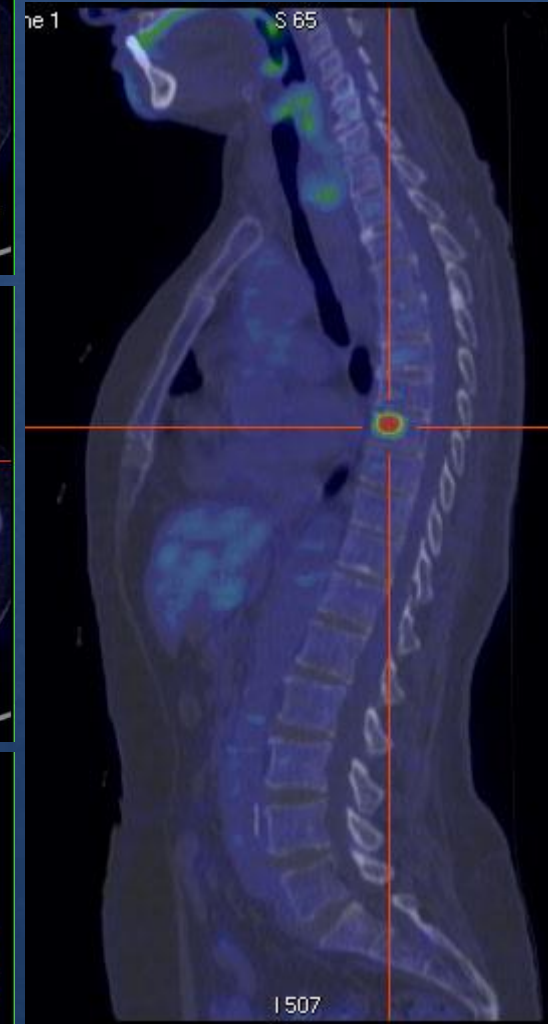
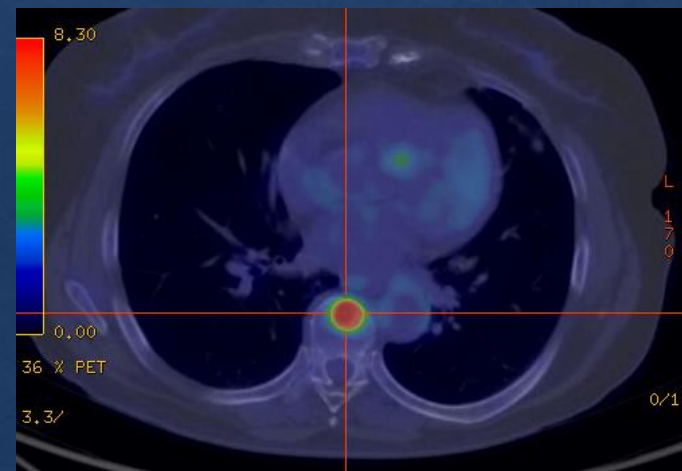
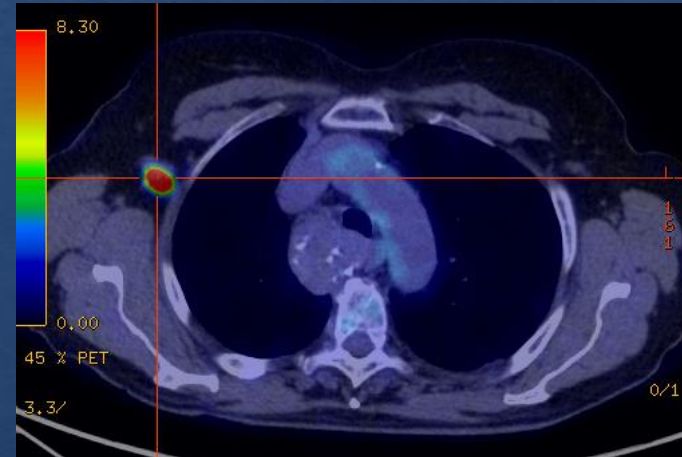
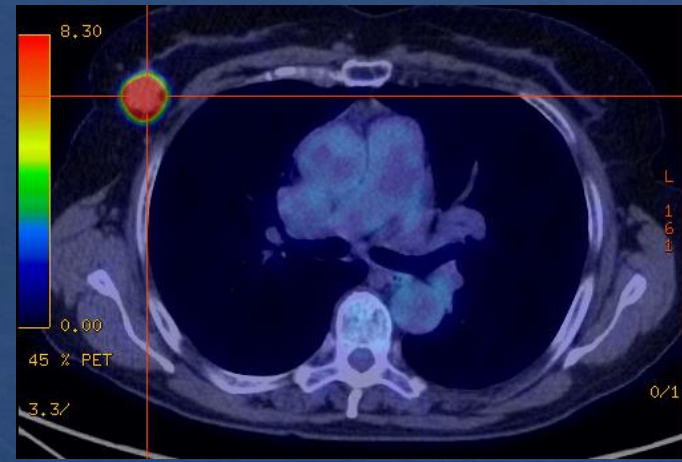
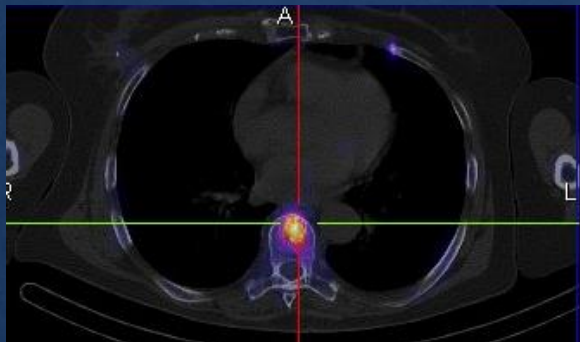
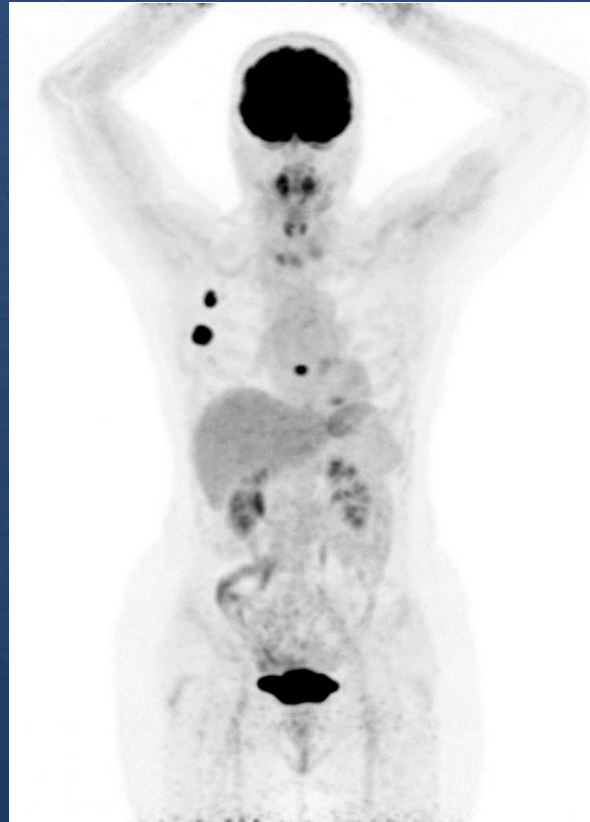
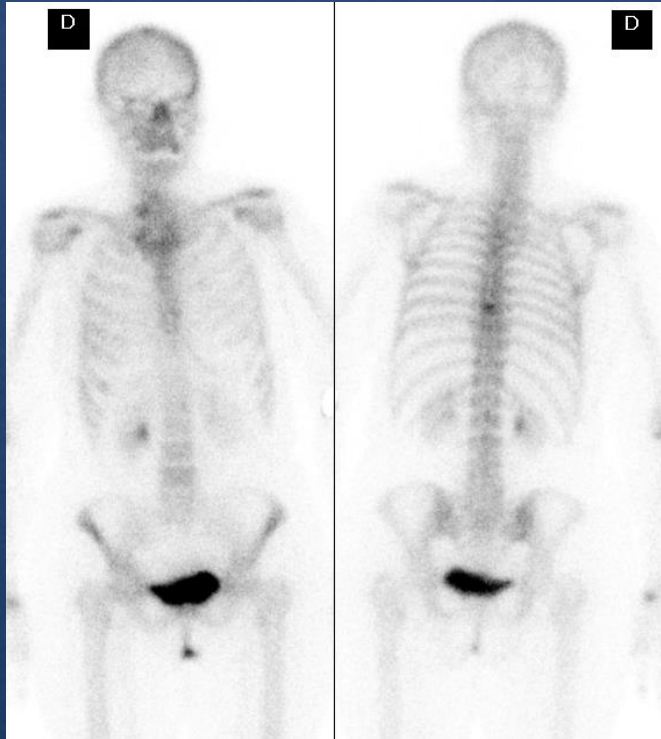
- ◇ Femme 45 ans
- ◇ CCI bifocal du sein droit N+



# CAS CLINIQUE 1

◇ Femme 72 ans

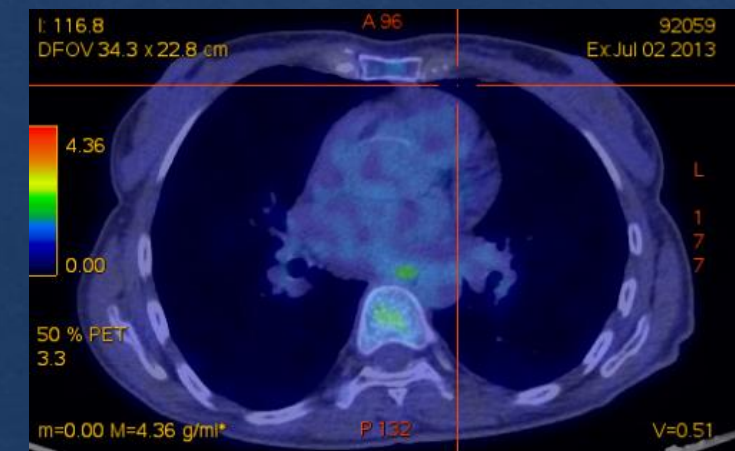
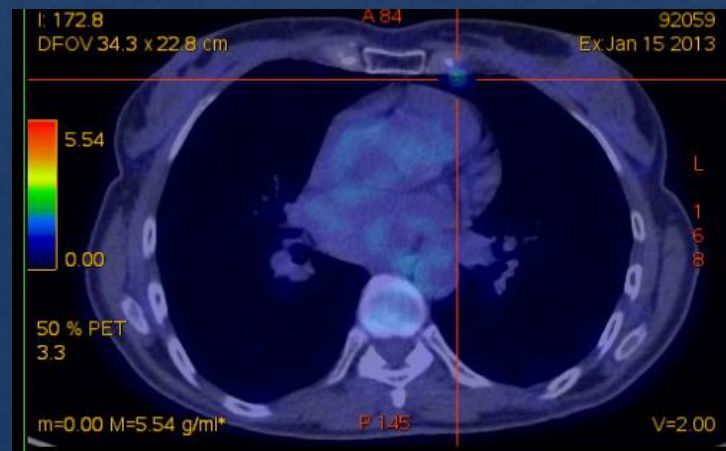
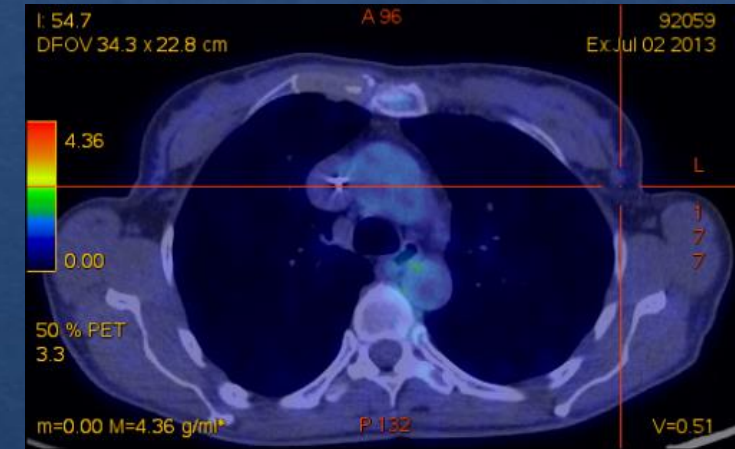
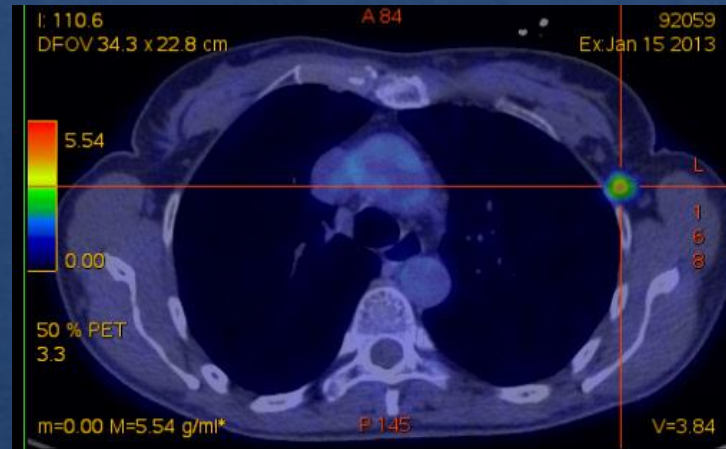
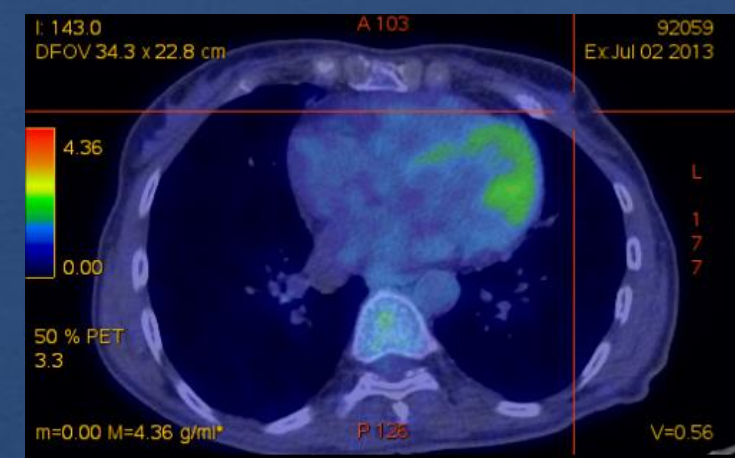
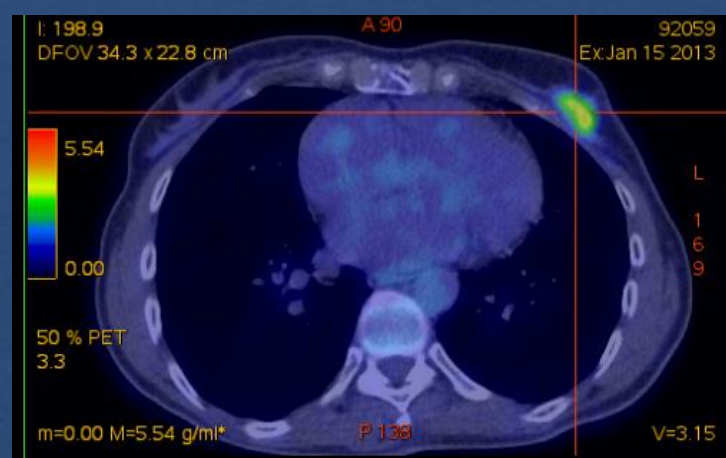
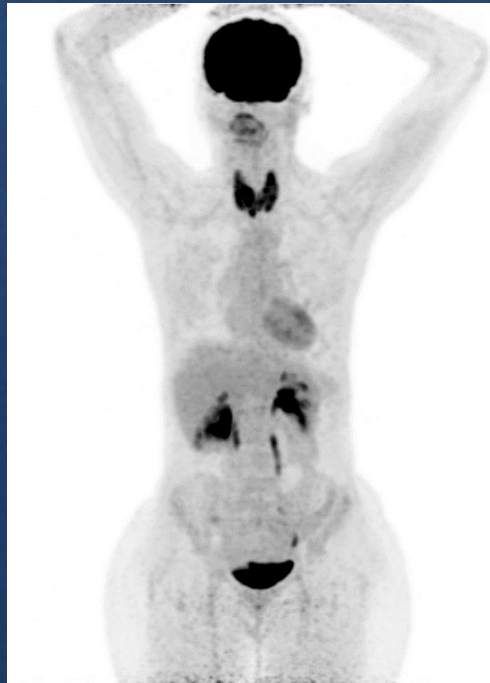
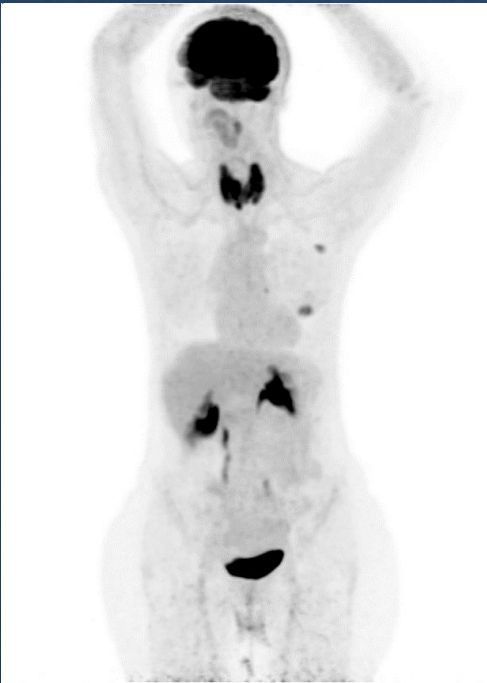
◇ CCI QSE du sein droit T2 N3 M1





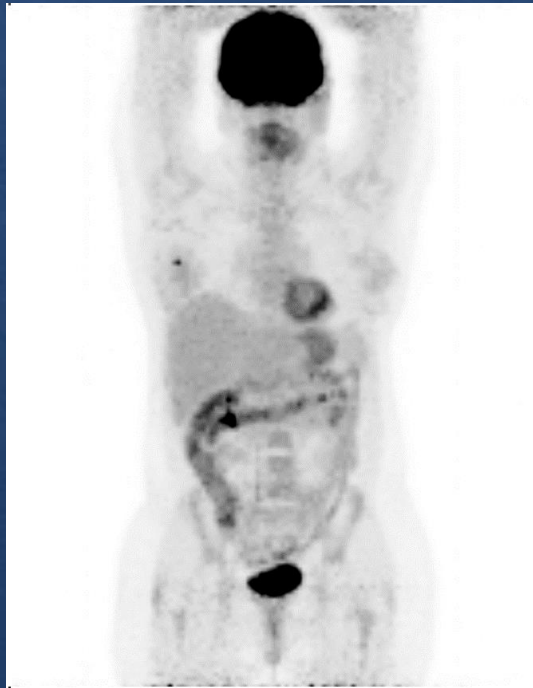
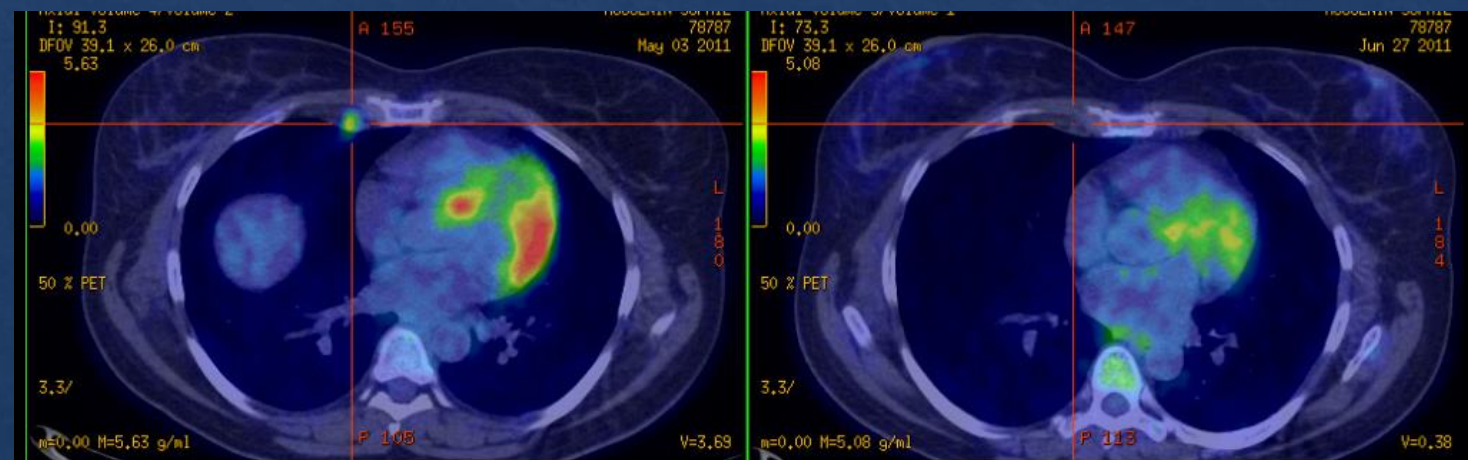
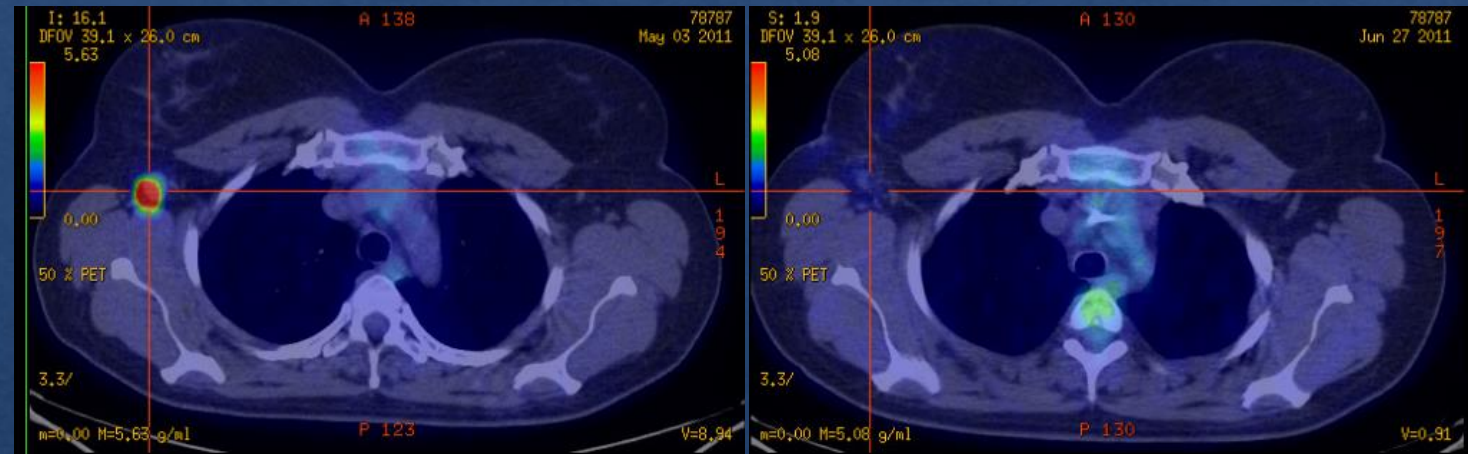
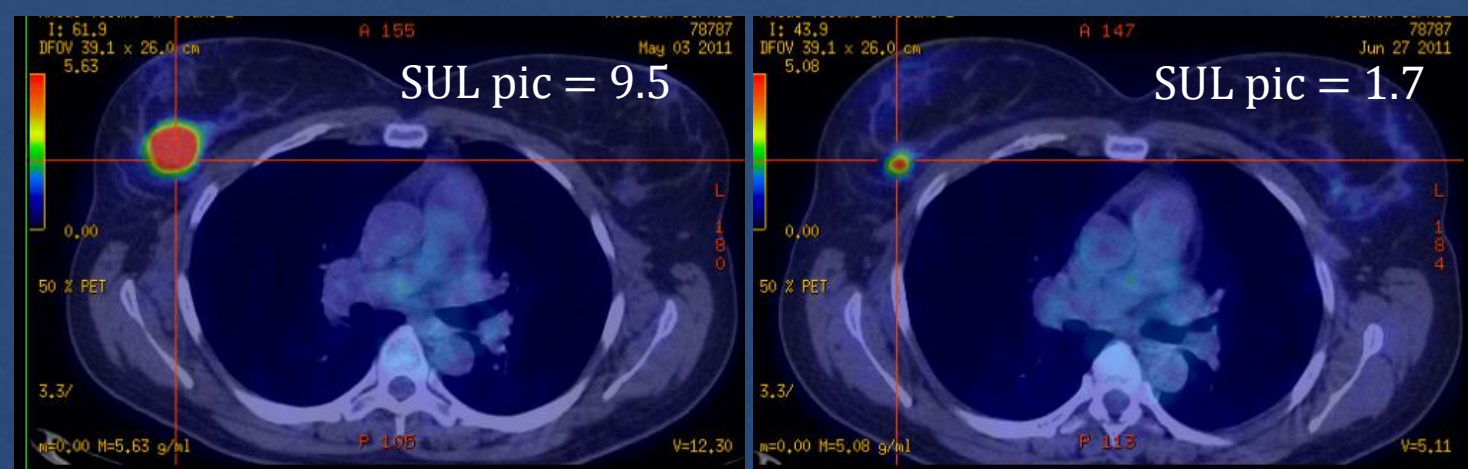
# CAS CLINIQUE 2

- ◇ Femme 67 ans
- ◇ CCI à la jonction des quadrants inférieurs du sein gauche T2 N3 M0
- ◇ Contrôle après 6 cures chimio
- ◇ Réponse complète



# CAS CLINIQUE 3

- ◇ Femme 47 ans
- ◇ CCI QSE du sein droit T2 N3 M0
- ◇ Contrôle après 6 cures chimio
- ◇ Réponse partielle : - 82 % (critères PERCIST)

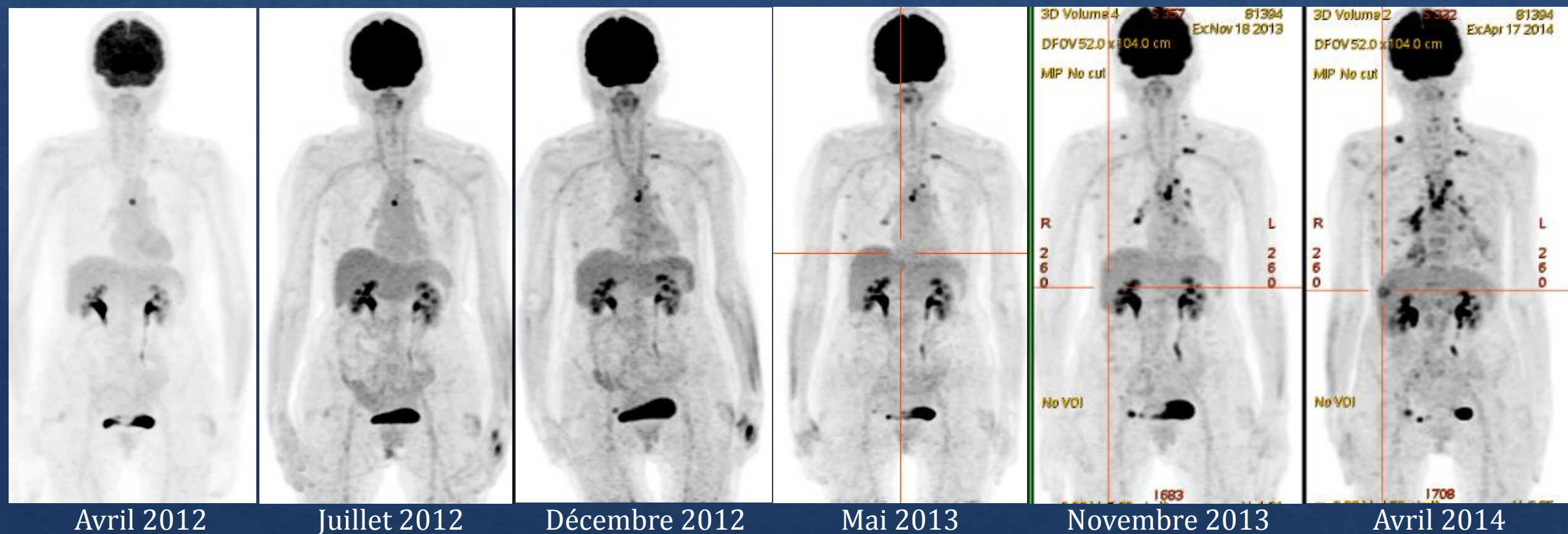


	May 03 2011	Jun 27 2011
2 - Observation 1	PET 4	PET 2
N/D ▼	ROI 1	ROI 3
<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>	Max.: 11.79 g/ml*	Max.: 3.39 g/ml* (-71.2%) (-8.40 g/ml*)
QSE D	Moyenne: 7.46 g/ml*	Moyenne: 2.05 g/ml* (-72.5%) (-5.41 g/ml*)
	Pic: 9.52 g/ml*	Pic: 1.67 g/ml* (-82.5%) (-7.86 g/ml*)

# CAS CLINIQUE 4



- ◆ Femme 77 ans
- ◆ CCI sein droit opéré en 2005
- ◆ Rechute ganglionnaire cervico-thoracique en 2010
- ◆ Evolution ganglionnaire, pulmonaire et hépatique malgré plusieurs lignes de traitement



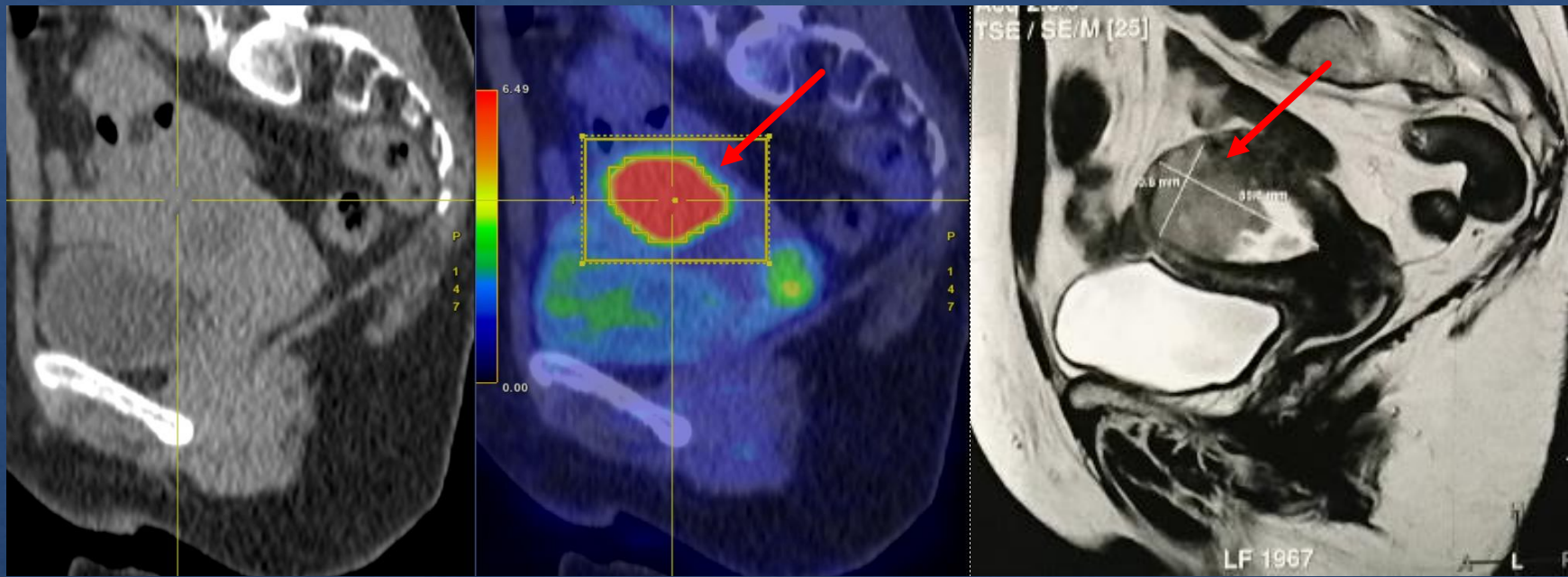
# TEP <sup>18</sup>FDG et autres cancers gynécologiques

## INDICATIONS TEP <sup>18</sup>FDG DANS LES AUTRES CANCER GYNECOLOGIQUES

ORGANE	BILAN INITIAL	SUIVI ULTERIEUR
COL UTERIN	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Recommandation : stades <math>\geq</math> I B2</li><li>▪ Option : IA avec embols, IB1 &gt; 2-3cm</li></ul> <b>TEP &gt;&gt; IRM pour extension ganglionnaire</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Au cours surveillance si signe appel</li><li>▪ 3 mois après RT</li></ul>
ENDOMETRE	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Option : suspicion III/T3 et/ou N1</li><li>▪ Option : suspicion IV/T4 et/ou M1</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ évaluation maladie résiduelle après CT/RT ?</li><li>▪ Bilan extension récidive ?</li></ul>
OVAIRE	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Masse annexielle douteuse ?</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Recommandée si suspicion récidive</li><li>▪ Suivi des traitement ?</li></ul>

# CAS CLINIQUE 5

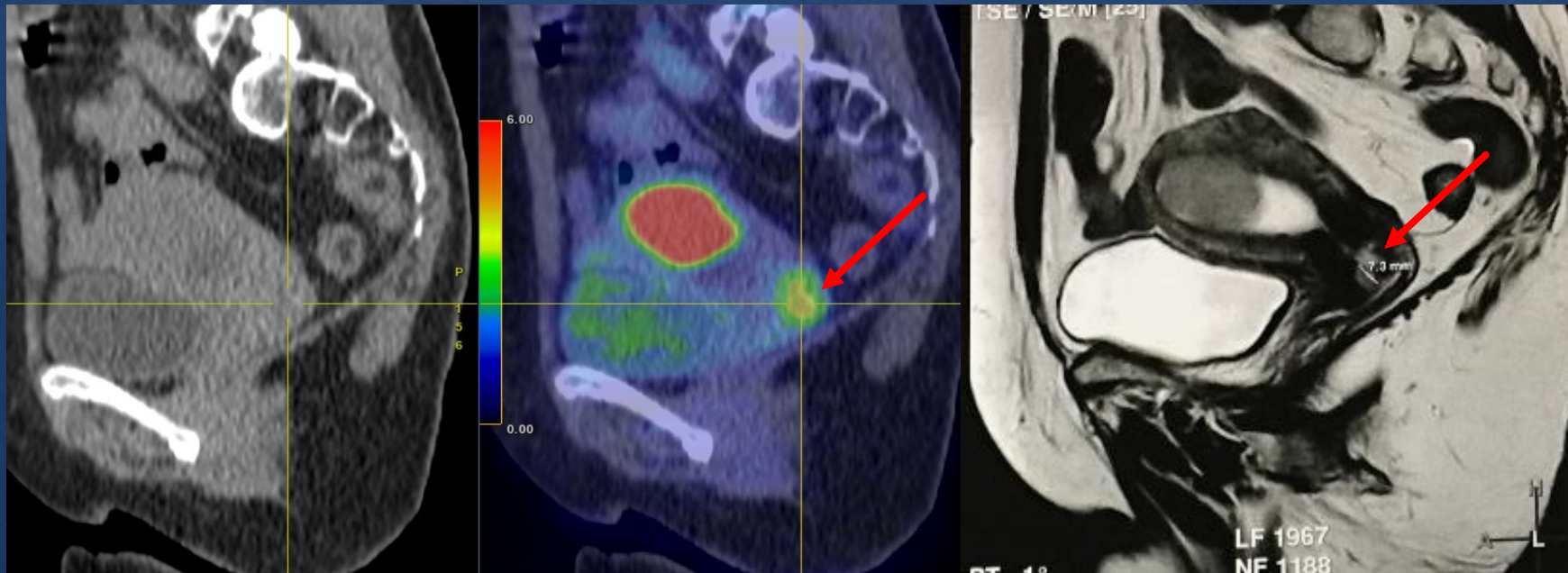
- ◇ Femme 66 ans
- ◇ BE ADK endomètre
- ◇ Doute en IRM sur une seconde lésion du col



SCANNER

TEP

IRM



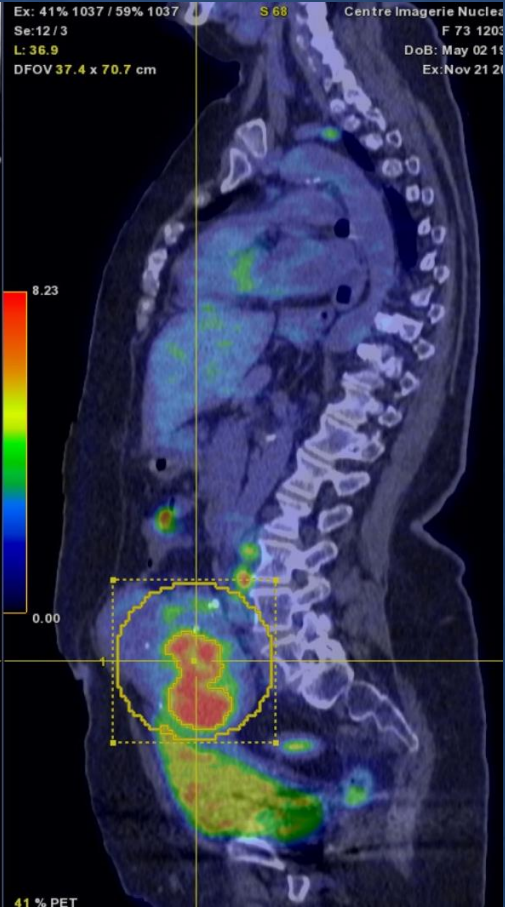
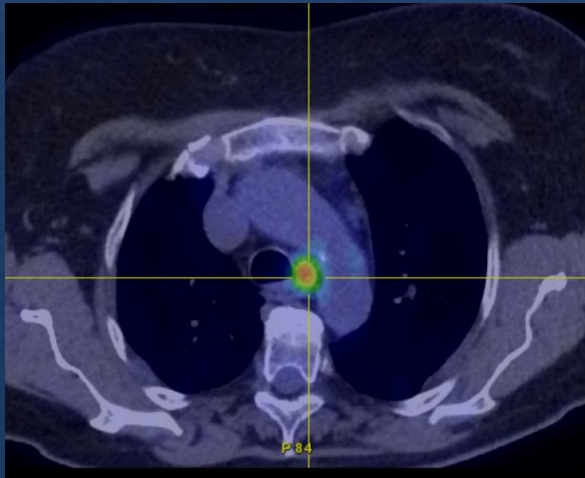
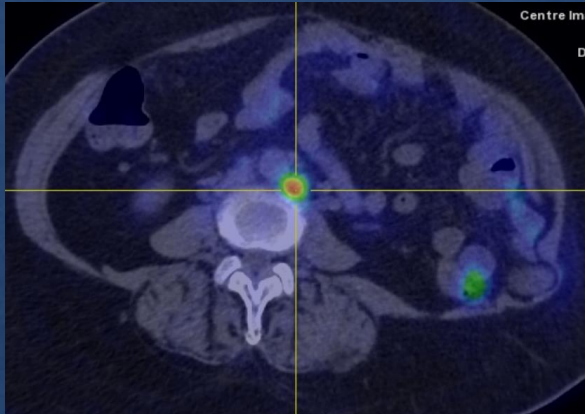
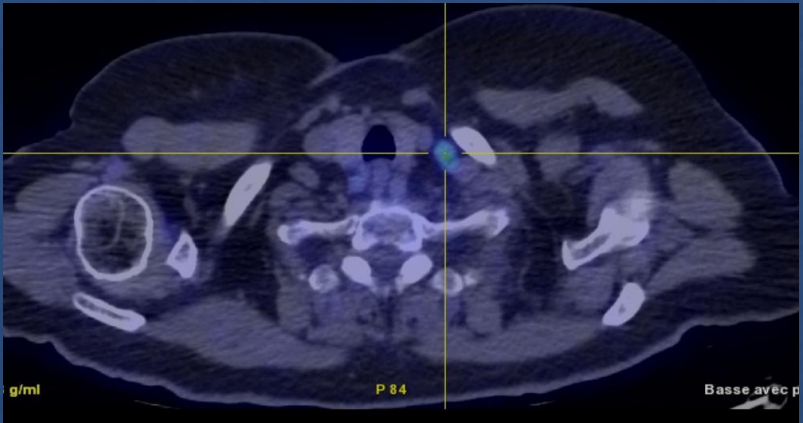
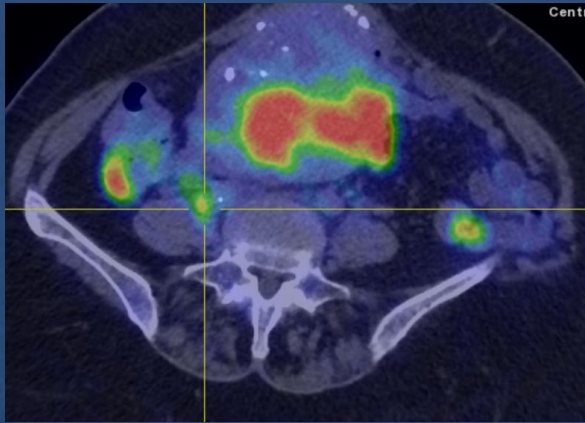
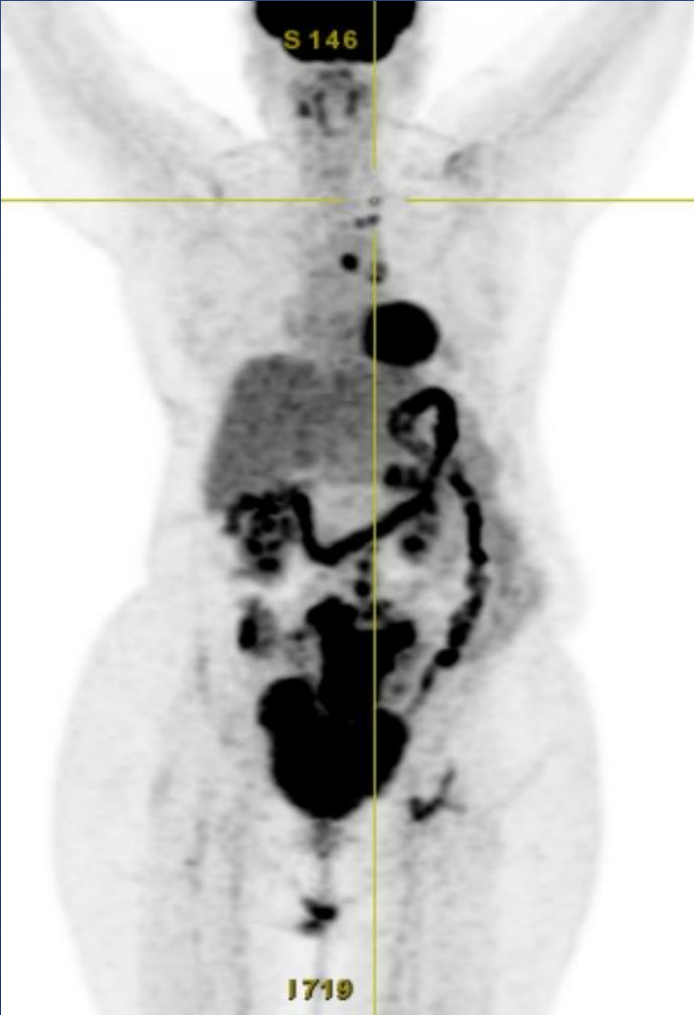
SCANNER

TEP

IRM

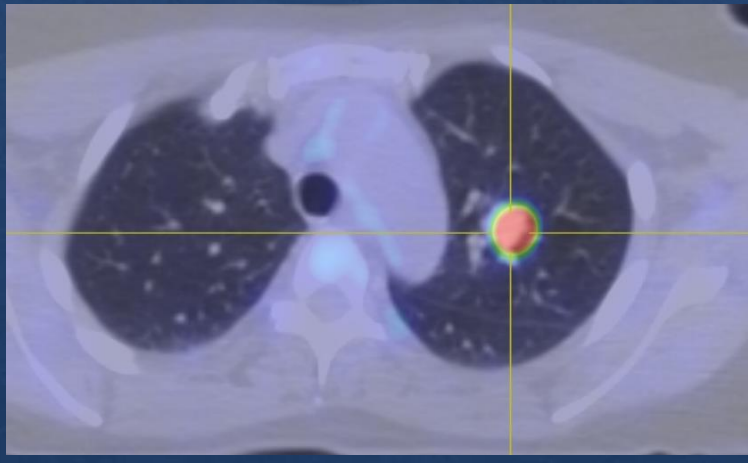
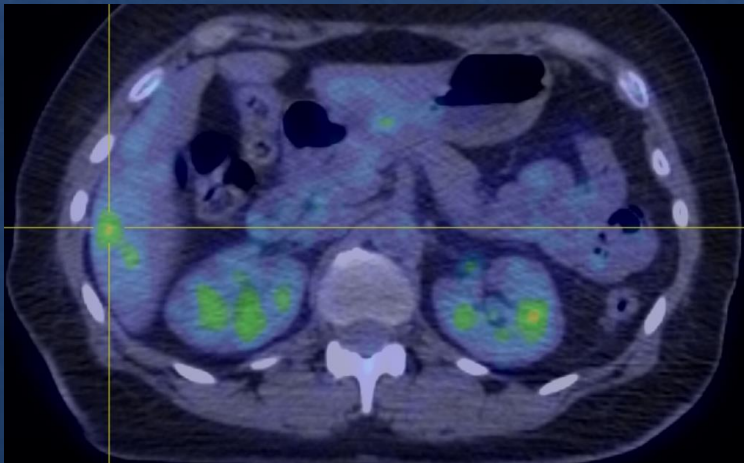
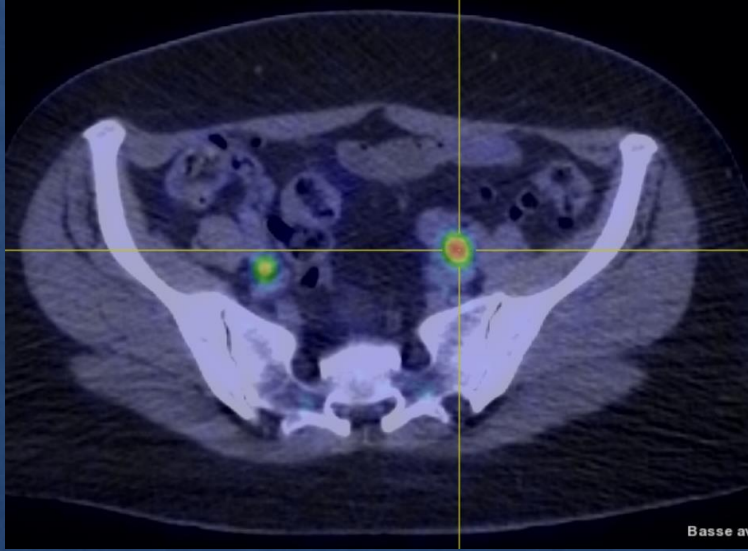
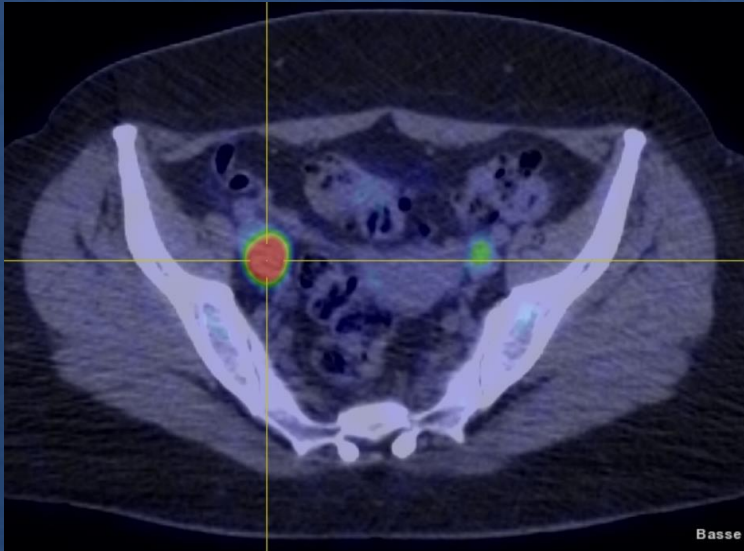
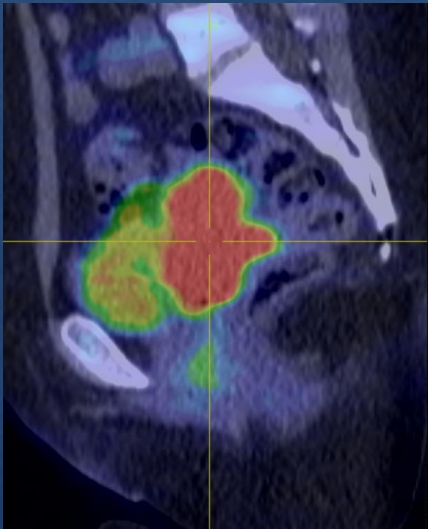
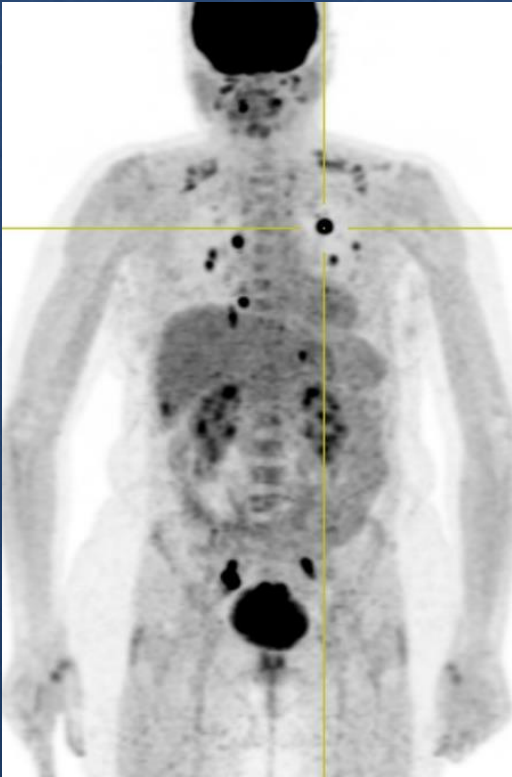
# CAS CLINIQUE 6

- ◆ Femme 73 ans
- ◆ BE ADK col utérin stade IV B



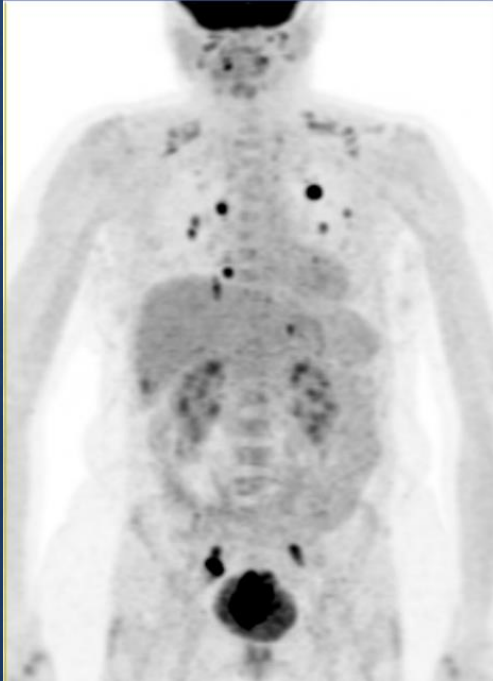
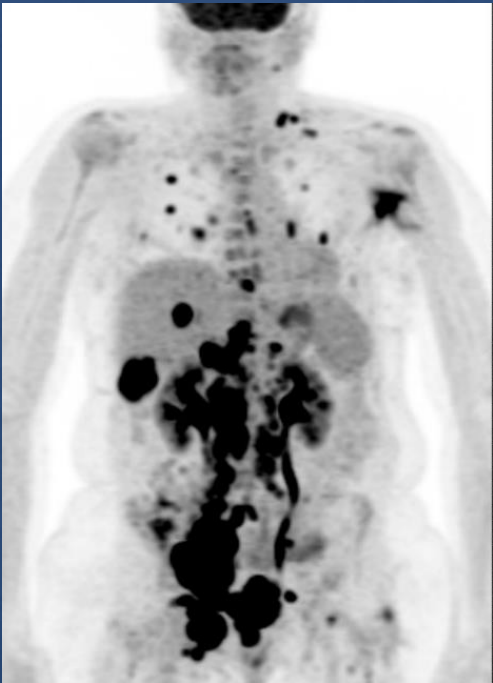
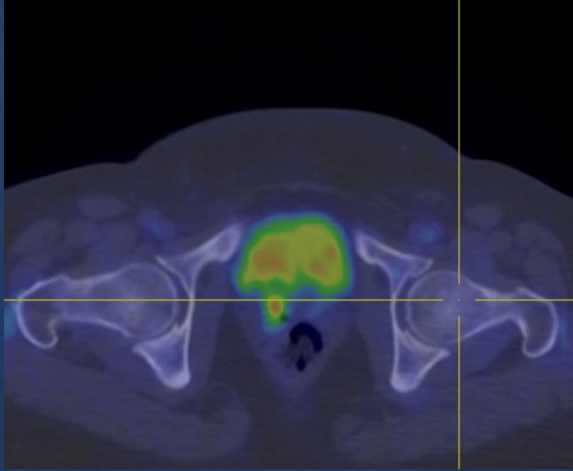
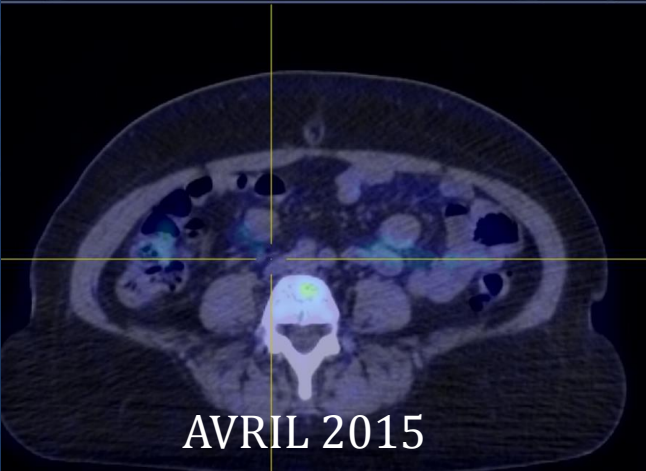
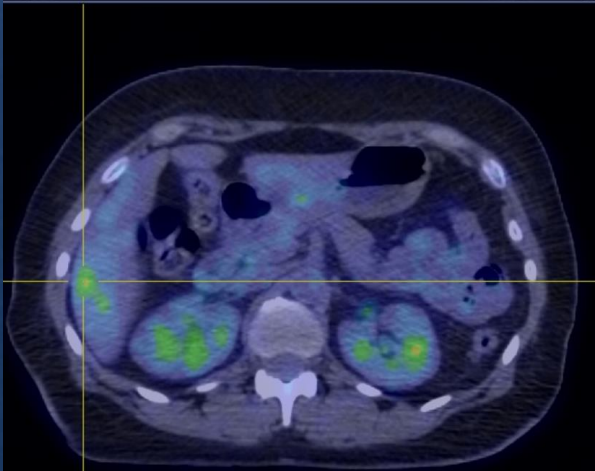
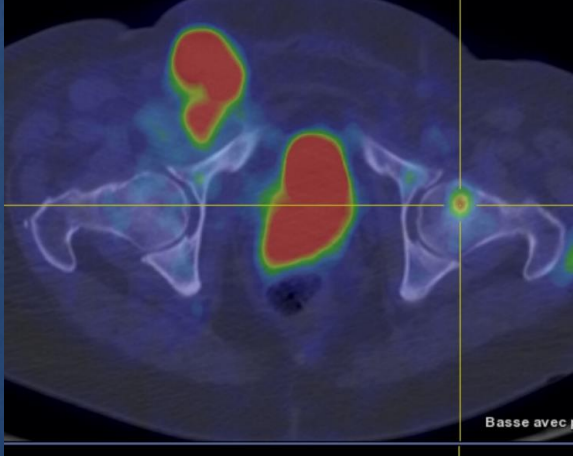
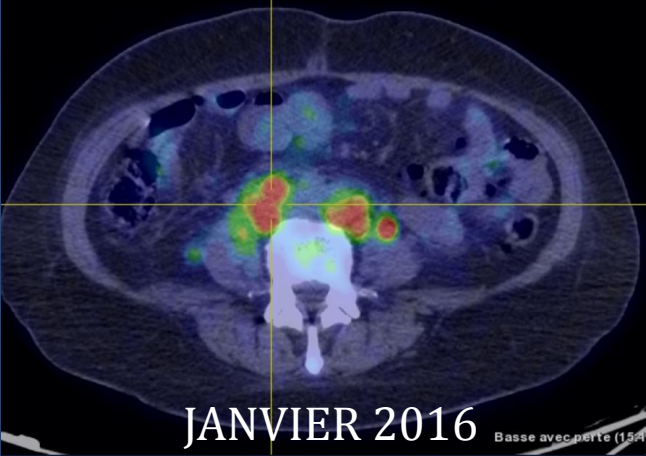
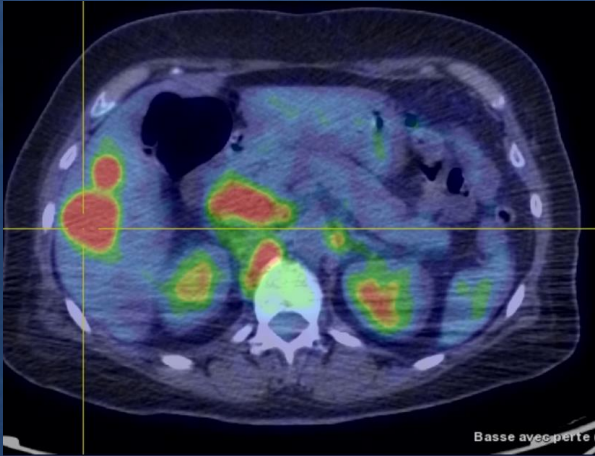
# CAS CLINIQUE 7

- ◆ Femme 52 ans
- ◆ BE ADK col utérin stade IV B



# CAS CLINIQUE 7

◇ Progression après traitement





# TEP au $^{18}\text{F}$ FDG en oncologie gynécologique, Ce qu'il faut retenir

- ◇ Pas un outil pour le dépistage ou diagnostic de malignité
- ◇ Ne remplace pas l'imagerie morphologique pour le stade T
- ◇ Plus performante que TDM, IRM ou écho pour rechercher adénopathies ou métastases
- ◇ Ne remplace pas le ganglion sentinelle pour l'évaluation ganglionnaire des cancers du sein T1 et T2
- ◇ Prédiction précoce de la réponse au traitement
- ◇ Choix de l'examen en RCP

# Références bibliographiques

- Cancer du sein infiltrant non métastatique - Questions d'actualités – Synthèse. Collection Avis & Recommandations, INCa, Boulogne-Billancourt, juillet 2012. [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)
- Référentiels Sein-Gynécologie 2016, Réseau Espace Santé Cancer Rhône-Alpes <http://espacecancer.sante-ra.fr/Pages/referentiels.aspx>
- Groheux D *et al.* Eur J Nucl Med Mol Imaging 2015;42:377–85
- Segaert I *et al.* Breast Journal 2010;16:617-24
- Cochet A *et al.* Eur J Nucl Med Mol Imaging 2014;41:428-37
- Nakai T *et al.* European J Nucl Med 2005;32:1253-8
- Groheux D *et al.* Radiology 2013;266:388-405
- Wang Y *et al.* Breast Cancer Res Treat 2012;131:357–69
- Veronesi U *et al.* Ann Oncol 2007;18:473-78
- Guide HAS ALD 30 « Cancer invasif du col utérin » janvier 2010. [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

# FOCUS SUR LA CANCEROLOGIE GYNECOLOGIQUE

Une approche pluridisciplinaire

COLLABORATION

GYNECOLOGUE - UROLOGUE

LE CURAGE LOMBO-AORTIQUE

Curage lombo-aortique intrapéritonéal par cœlioscopie  
Collaboration gynécologue – urologue  
(Vidéo)