



Centre Jean Perrin

Centre de Lutte contre le Cancer d'Auvergne
Clermont-Ferrand - France -



Cancer de l'ovaire: imagerie multimodale.

Journées Françaises de Médecine Nucléaire
Grenoble - 21 Mai 2016

Dr Pierre-François MONTORIOL - *Radiologie*
Pr Florent CACHIN - *Médecine Nucléaire*
Pr Christophe POMEL - *Chirurgie Oncologique*

CAS CLINIQUE 1

- jeune femme de 24 ans
- aucun ATCD
- consulte pour pesanteur pelvienne, pas d'AEG
- en échographie: masse ovarienne gauche 10 cm complexe, solide et kystique, contenu hétérogène; pas d'ascite libre, ovaire droit normal
- quelle conduite à tenir proposez-vous?

Que faites vous?

- a- scanner abdomino pelvien
- b- scanner thoraco abdomino pelvien
- c- IRM pelvienne
- d- chirurgie d'emblée
- e- TEP-scan

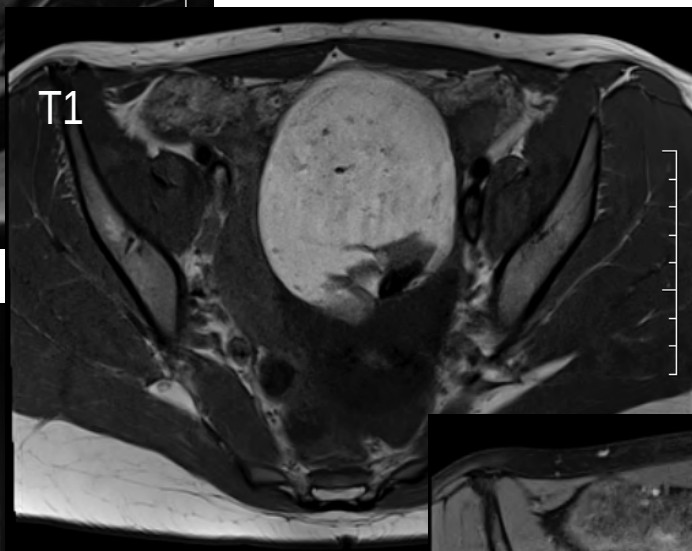
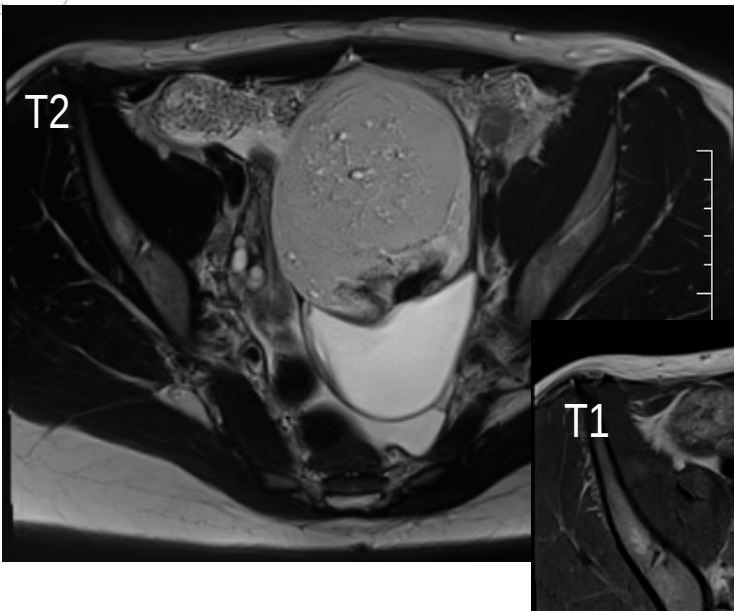
Que faites vous?



■ c- IRM pelvienne



diagnostic ?



Quel est votre diagnostic?

- a- kyste fonctionnel
- b- tumeur épithélial maligne
- c- fibrome ovarien
- d- kyste dermoïde
- e- cystadénome mucineux



Quel est votre diagnostic?



■ d- kyste dermoïde



=> Kyste dermoïde

- masse ovarienne bien limitée
- plusieurs composantes: liquide, graisseuse, tissulaire, calcifications
- pas d'ascite ni de carcinose
- pas d'ADP

IRM et masses pelviennes

- caractérisation des masses ovariennes « indéterminées » (hors kyste ovarien simple) et + généralement des masses pelviennes = IRM
- précise le siège exact de la lésion: ovaire, trompe, corps utérin, voire tube digestif...
- analyse très précise du contenu lésionnel: liquidien, hémorragique, graisseux, mucoïde, fibreux, tumoral...
- signes associés: carcinose, imprégnation oestrogénique...
- envahissement des structures adjacentes

IRM et masses pelviennes

- IRM permet en théorie une différenciation fiable bénin/malin
- séquences conventionnelles (T1, T2, T1 gado): toujours
- perfusion: valeur ajoutée

Eur Radiol (2012) 22:738–745
DOI 10.1007/s00330-011-2329-6

UROGENITAL

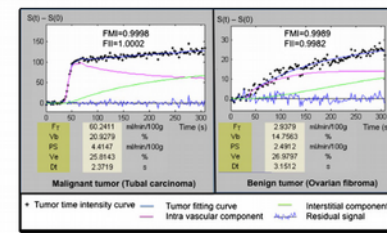
Quantitative dynamic contrast-enhanced MR imaging analysis of complex adnexal masses: a preliminary study

Isabelle Thomassin-Naggara · Daniel Balvay ·
Emilie Aubert · Emile Daraï · Roman Rouzier ·
Charles A. Cuenod · Marc Bazot

- diffus récente pour distinction bénin/malin...

Eur Radiol (2012) 22:738–745
Menu Presentation

Fig. 2 Typical adnexal enhancement curves of malignant and benign adnexal tumours



741

RESEARCH ARTICLE
The Value of Diffusion-Weighted Imaging in the Differential Diagnosis of Ovarian Lesions: A Meta-Analysis

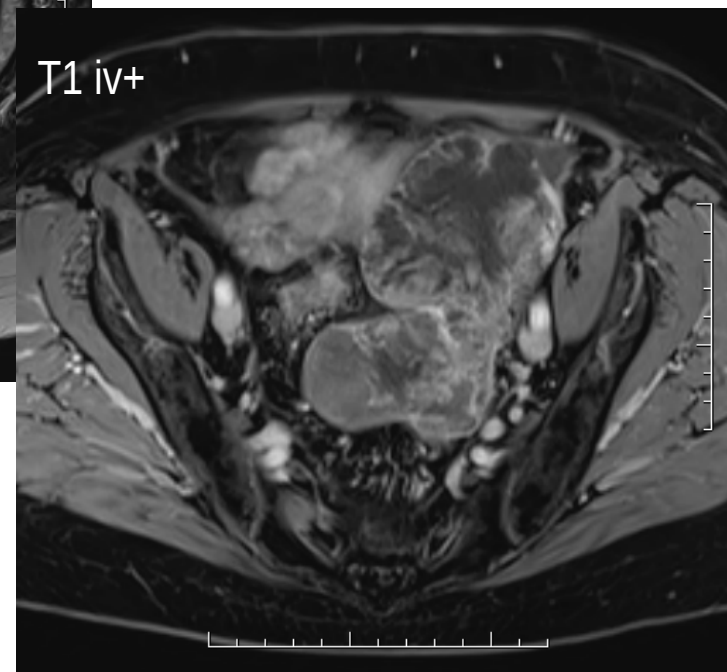
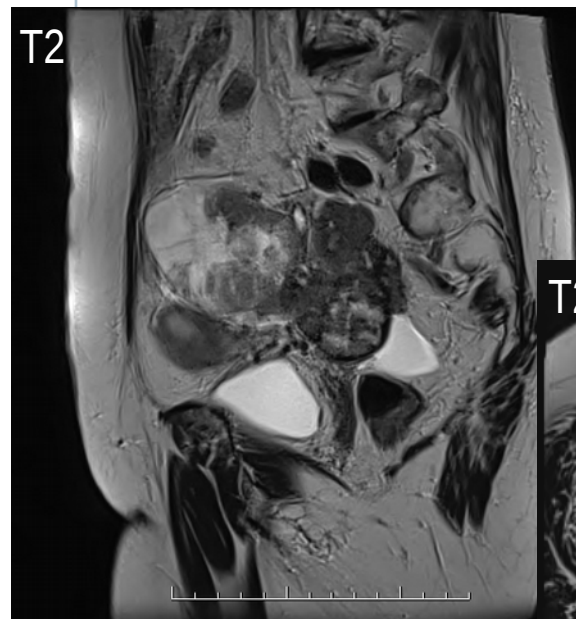
Hyun-Jung Kim^{1*}, So-Yeon Lee^{2*}, Yu Ri Shin^{3*}, Chang Suk Park³, Kijun Kim³
1 Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Korea University, Seoul, Korea, 2 Department of Radiology, Kangbuk Samsung Hospital, Sungkyunkwan University School of Medicine, Seoul, Republic of Korea, 3 Department of Radiology, College of Medicine, Incheon St. Mary's Hospital, The Catholic University of Korea, Incheon, Republic of Korea

Conclusions

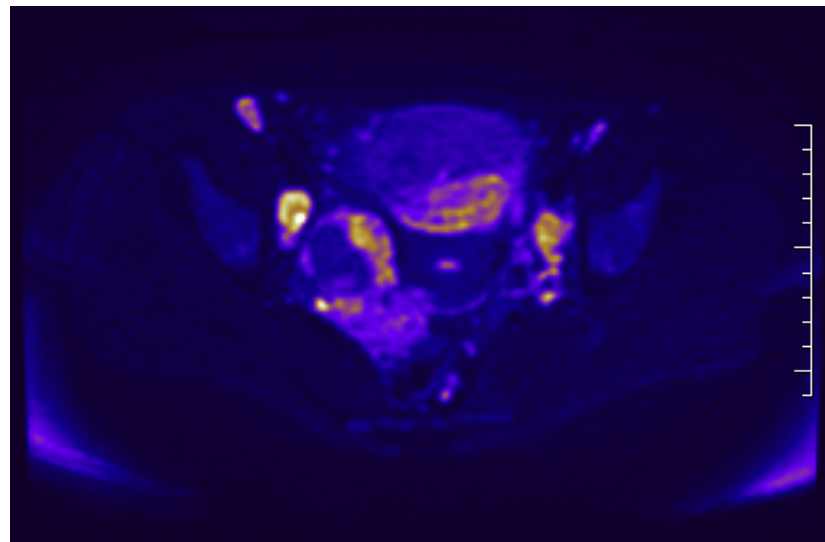
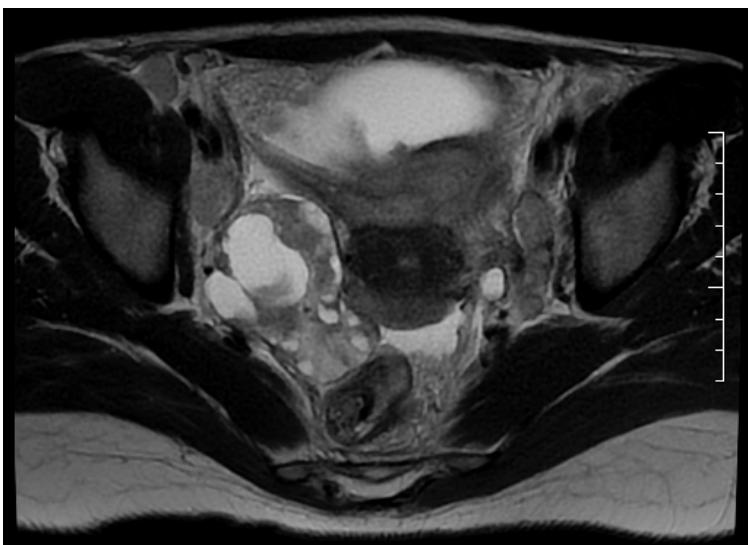
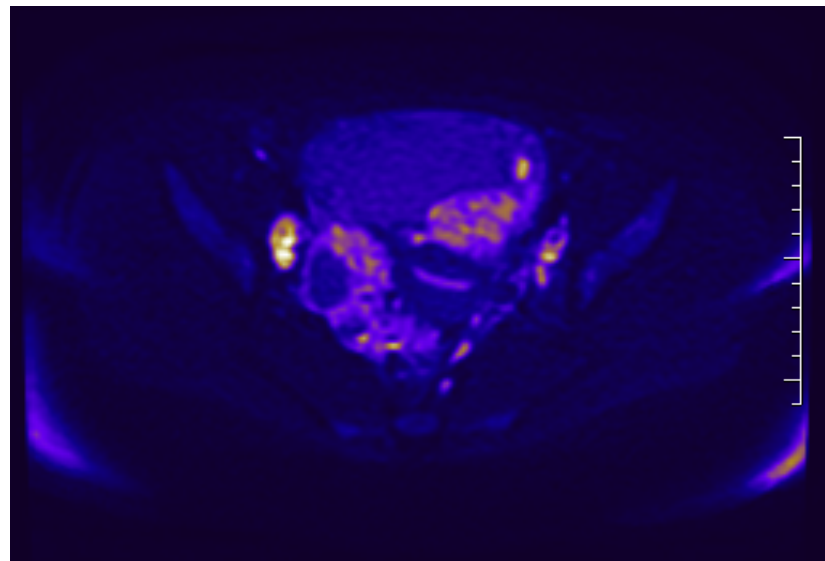
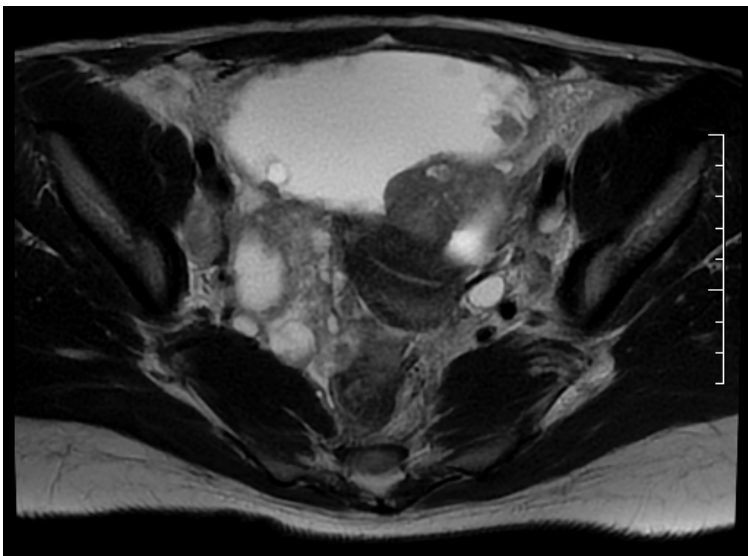
Quantitative DWI is not a reliable diagnostic method for differentiation between benign and malignant ovarian masses. This knowledge is essential in avoiding misdiagnosis of ovarian masses.

cause très

- exemples de néoplasies ovariennes en IRM:



séquences conventionnelles



T2

diffusion

Caractérisation de masse et bilan d'extension

Diagnosis and staging of primary ovarian cancer: Correlation between PET/CT, Doppler US, and CT or MRI

Eun Ji Nam ^a, Mi Jin Yun ^b, Young Taik Oh ^c, Jae Wook Kim ^d, Jae Hoon Kim ^a, Sunghoon Kim ^a,
Yong Wook Jung ^a, Sang Wun Kim ^a, Young Tae Kim ^{a,*}

^a Women's Cancer Clinic, Department of Obstetrics and Gynecology, Yonsei University College of Medicine, Seongsan-no 250, Seodaemun-gu, C.P.O. Box 8044, Seoul, Korea

^b Division of Nuclear Medicine, Department of Diagnostic Radiology, Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea

^c Department of Diagnostic Radiology, Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea

^d Department of Gynecologic Oncology, Kwandong University College of Medicine, Seoul, Korea

Gynecologic Oncology 116 (2010) 389–394

- Etude prospective.
- 133 patients avec masse ovarienne suspecte,
- Objectif: Etude comparative des Se, Sp des méthodes d'imagerie pour la caractérisation de masses annexielles et le bilan d'extension en particulier **péritonéal**
 - Référence: **Histologie**

Méthode

TEP/TDM: Injection de PdC

All: échelle en cinq points:

0: bénin

1: bénin à borderline

2 : borderline

3: borderline à néoplasique

4: néoplasique

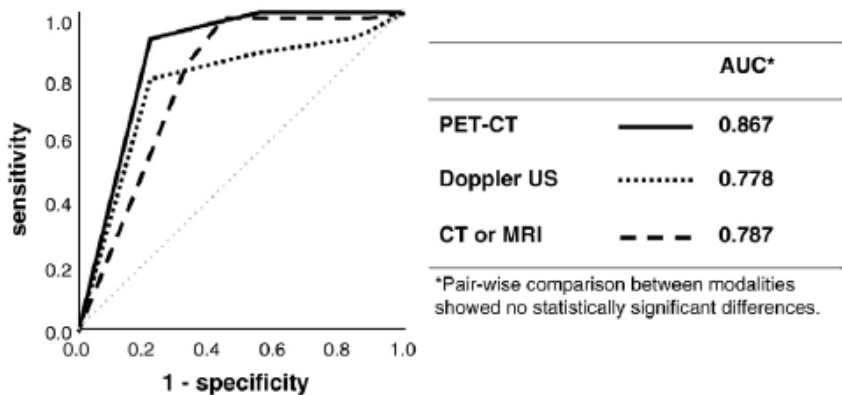
Table 1
Patient characteristics (n = 133).

| Characteristics | | Values |
|--|-----------------|--------------------------------|
| Age | Median (range) | 51 years (15–77) |
| Histologic diagnosis of ovarian tumors | Benign | 25 (18.8%) |
| | Borderline | 13 (9.8%) |
| | Malignant | 91 (68.4%) |
| | Metastatic | 4 (3.0%) |
| Histologic subtype of tumors | Serous | 64 (48.1%) |
| | Mucinous | 23 (17.3%) |
| | Endometrioid | 15 (11.3%) |
| | Clear cell type | 7 (5.3%) |
| | Metastatic | 4 (3.0%) |
| | Other type | 20 (15.0%) |
| Stage of 91 malignant tumors | I | 23 (25.2%) |
| | II | 4 (4.4%) |
| | III | 55 (60.4%) |
| | IV | 9 (10.0%) |
| Mean diameter of tumors ^a | Benign | 11.4 cm (95% CI, 8.4–14.3 cm) |
| | Borderline | 17.5 cm (95% CI, 11.1–23.8 cm) |
| | Malignant | 12.0 cm (95% CI, 10.6–13.2 cm) |

CI, confidence interval.

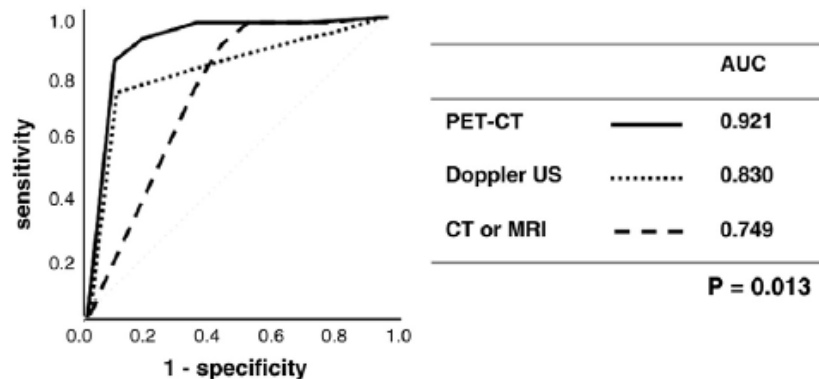
^a Tumor diameter was statistically larger in borderline tumors than in benign or malignant tumors ($P = 0.026$).

- 68% de lésions malignes
- 60% Stade III



| | Cut off value | Sensitivity (95%CI) | Specificity (95%CI) | PPV | NPV |
|------------|---------------|---------------------|---------------------|------|------|
| PET/CT | 3 | 91.6 (84.1-96.3) | 81.6 (65.7-92.2) | 92.6 | 79.5 |
| Doppler US | 3 | 79.5 (68.8-87.8) | 75.9 (56.5-89.7) | 89.9 | 57.9 |
| CT or MRI | 3 | 82.5 (70.9-90.9) | 63.6 (40.7-82.8) | 86.7 | 56.0 |

EJ. Nam et al. / Gynecologic Oncology 116 (2010) 389-394



| | Cut off value | Sensitivity (95%CI) | Specificity (95%CI) | PPV | NPV |
|------------|---------------|---------------------|---------------------|------|------|
| PET/CT | 2 | 91.7 (84.8-96.1) | 92.0 (73.9-98.8) | 98.0 | 71.9 |
| Doppler US | 3 | 76.4 (66.2-84.8) | 94.4 (72.6-99.1) | 98.6 | 44.7 |
| CT or MRI | 3 | 77.8 (66.4-86.7) | 69.2 (38.6-90.7) | 93.3 | 36.0 |

Bénin vs broderline/néoplasique

Bénin /borderline vs néoplasique

➤ TEP-TDM > Echographie > TDM ou IRM

Table 3

Concordance between radiologic staging by PET/CT and surgical staging.

| | | Surgical staging according to FIGO | | | | Total |
|------------------------------|-----|------------------------------------|----|-----|----|-------|
| | | I | II | III | IV | |
| Radiologic staging by PET/CT | I | 19 | 1 | 2 | 0 | 22 |
| | II | 1 | 2 | 1 | 0 | 4 |
| | III | 2 | 1 | 43 | 2 | 48 |
| | IV | 1 | 0 | 9 | 7 | 17 |
| Total | | 23 | 4 | 55 | 9 | 91 |

FIGO, the International Federation of Gynecology and Obstetrics³.

6,6%: sous évaluation du stade par TEP

- 6 patients FN: 3 carcinomes péritonéales, 2 cancers, 1 envahissement de l'annexe.

15,4 % sur évaluation du stade par TEP (14 pts)

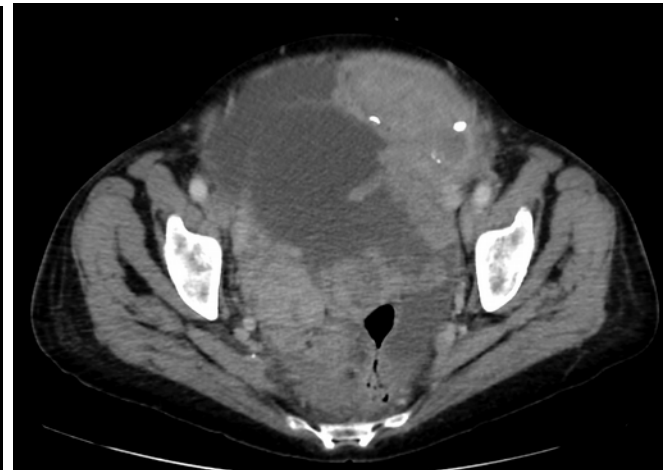
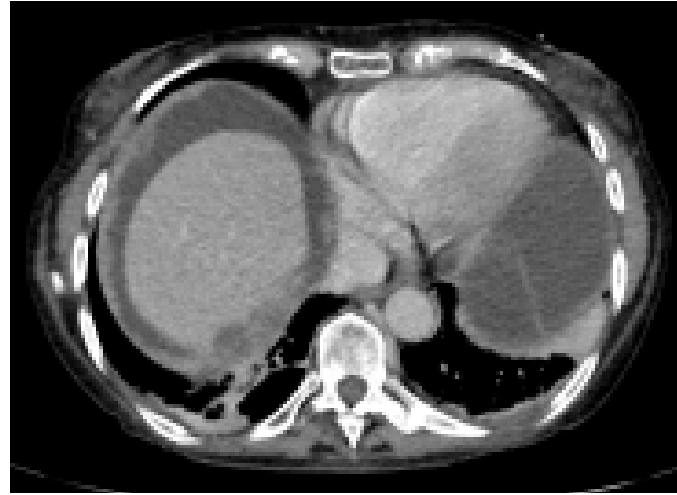
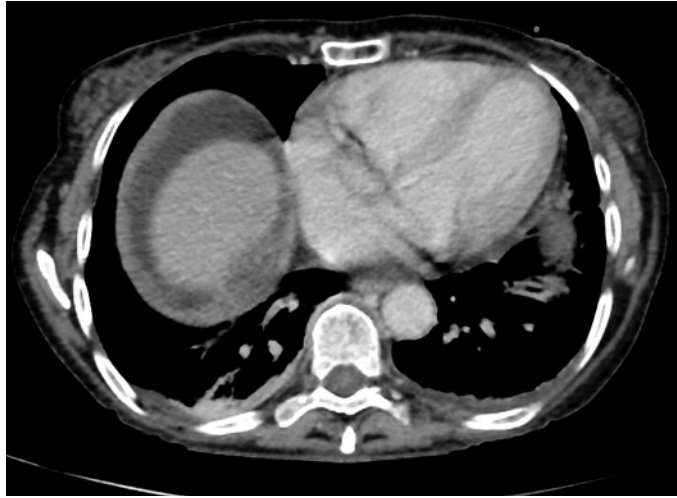
- 5 FP: 3 carcinome P, 1 ganglion inguinal, 1 cancer ovaire
- 9 VP: 9 ADP sus diaphragmatiques

Conclusion des auteurs: injection des Pdc +++

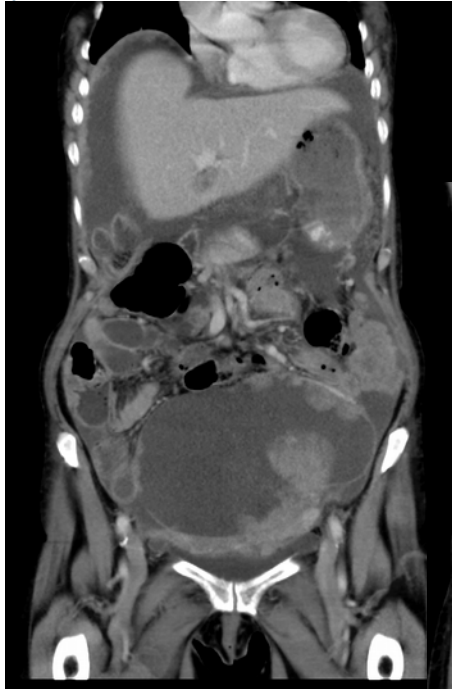
CAS CLINIQUE 2

- Mme C., 75 ans, surpoids
- AEG récente, pesanteur pelvienne, « gros ventre » et sub-occlusion clinique
- le CA 125 est à 825 U/ml (N<35)
- un scanner abdomino pelvien est prescrit d'emblée
- Quels sont les éléments pathologiques?

TDM AP



TDM AP



Que voyez-vous?

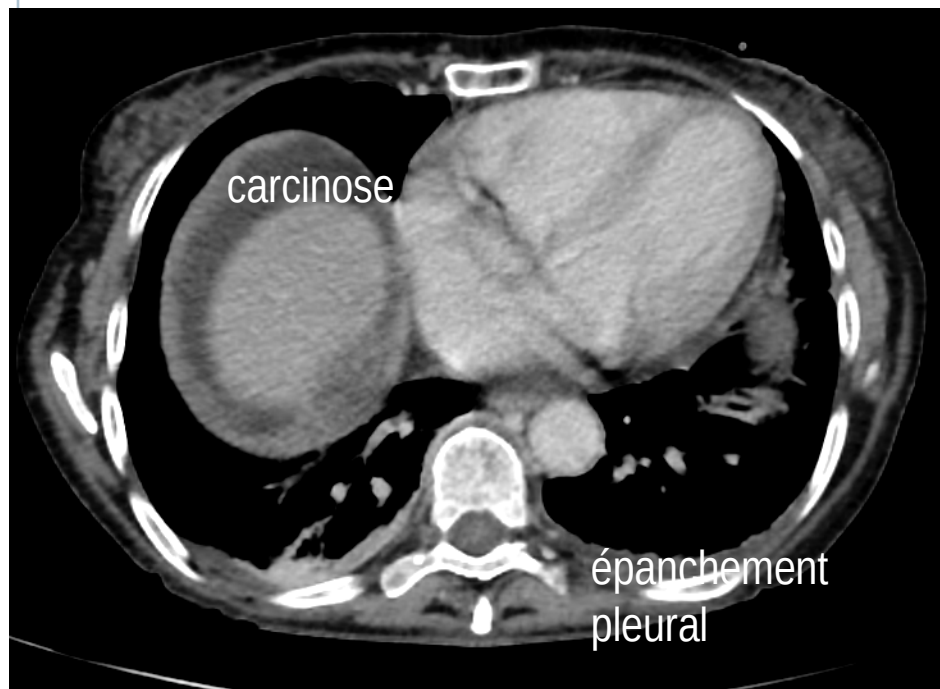
- a- ascite
- b- épanchement pleural
- c- carcinose péritonéale
- d- masse pelvienne tissulaire et kystique
- e- tous les éléments sus-cités

Que voyez-vous?



- e- tous les éléments sus-cités

Diagnostic?



Que proposez-vous ensuite?

- a- IRM pelvienne + TDM thorax
- b- TDM thorax
- c- TDM thorax + biopsie
- d- TEP-scan
- e- IRM corps entier

Que proposez-vous ensuite?

-
-
- c- TDM thorax + biopsie
-
-

- forte suspicion de néoplasie ovarienne métastatique: le but est d'obtenir un diagnostic histologique et d'effectuer un bilan d'extension complet: TDM TAP+++
- TEP scan non indiqué à ce stade

- IRM « corps entier »: à l'étude

Eur Radiol (2014) 24:889-901
DOI 10.1007/s00330-013-3083-8

UROGENITAL

Whole-body MRI with diffusion-weighted sequence for staging of patients with suspected ovarian cancer: a clinical feasibility study in comparison to CT and FDG-PET/CT

Katrijn Michielsen · Ignace Vergote · Katya Op de beeck · Frederic Amant · Karin Leunen · Philippe Moerman · Christophe Deroose · Geert Souverijns · Steven Dymarkowski · Frederik De Keyzer · Vincent Vandecaveye

- intérêt de l'IRM de diffusion pour le staging péritonéal

Hindawi Publishing Corporation
BioMed Research International
Volume 2016, Article ID 9254742, 5 pages
<http://dx.doi.org/10.1155/2016/9254742>

Research Article

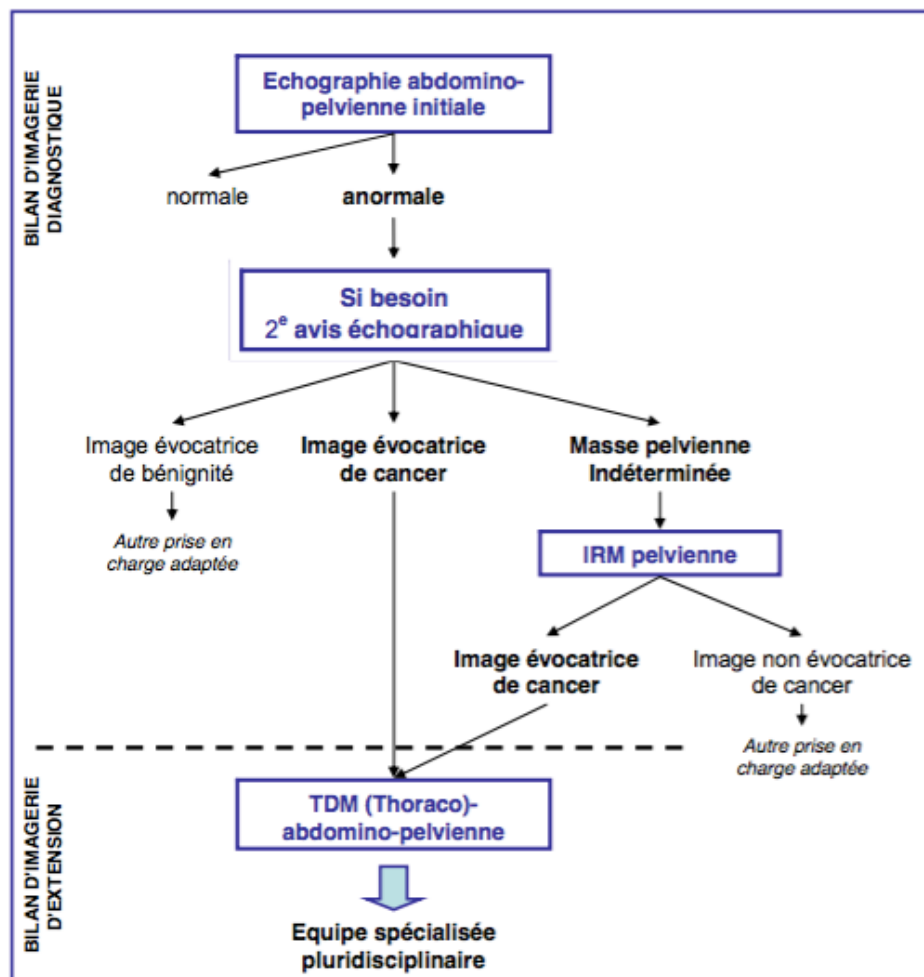
Diffusion-Weighted Imaging of Small Peritoneal Implants in "Potentially" Early-Stage Ovarian Cancer

Laretta Grabowska-Derlatka,¹ Pawel Derlatka,²
Wojciech Szeszkowski,¹ and Andrzej Cieszanowski^{1,3}

GUIDE - AFFECTION LONGUE DURÉE

**Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique
Cancer de l'ovaire**

Janvier 2010



CAS CLINIQUE 3

- patiente de 53 ans
- découverte d'un carcinome séro papillaire ovarien avec carcinose péritonéale
- pas d'extension sus-diaphragmatique
- décision de chimio néo adj puis chirurgie d'intervalles
- quelle imagerie pour juger de la réponse?

Quelle imagerie proposez-vous?

- a- TDM TAP
- b- TEP scan
- c- aucune, chirurgie d'emblée
- d- IRM pelvienne + TDM thorax
- e- IRM corps entier



Quelle imagerie proposez-vous?

- a- TDM TAP



VOLUME 23 • NUMBER 30 • OCTOBER 20 2005

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

Prediction of Response to Neoadjuvant Chemotherapy by Sequential F-18-Fluorodeoxyglucose Positron Emission Tomography in Patients With Advanced-Stage Ovarian Cancer

Norbert Avril, Stefanie Sassen, Barbara Schmalfeldt, Joerg Naehrig, Stephan Rutke, Wolfgang A. Weber, Martin Werner, Henner Graeff, Markus Schwaiger, and Walther Kuhn

- Prospectif monocentrique,
- 33 patientes
- Stade IIIc, IV, chimiothérapie néoadjuvante à base de platine
- Objectif: valeur pronostique de la 18FDG Tep/TDM après 1 et 3 cures.

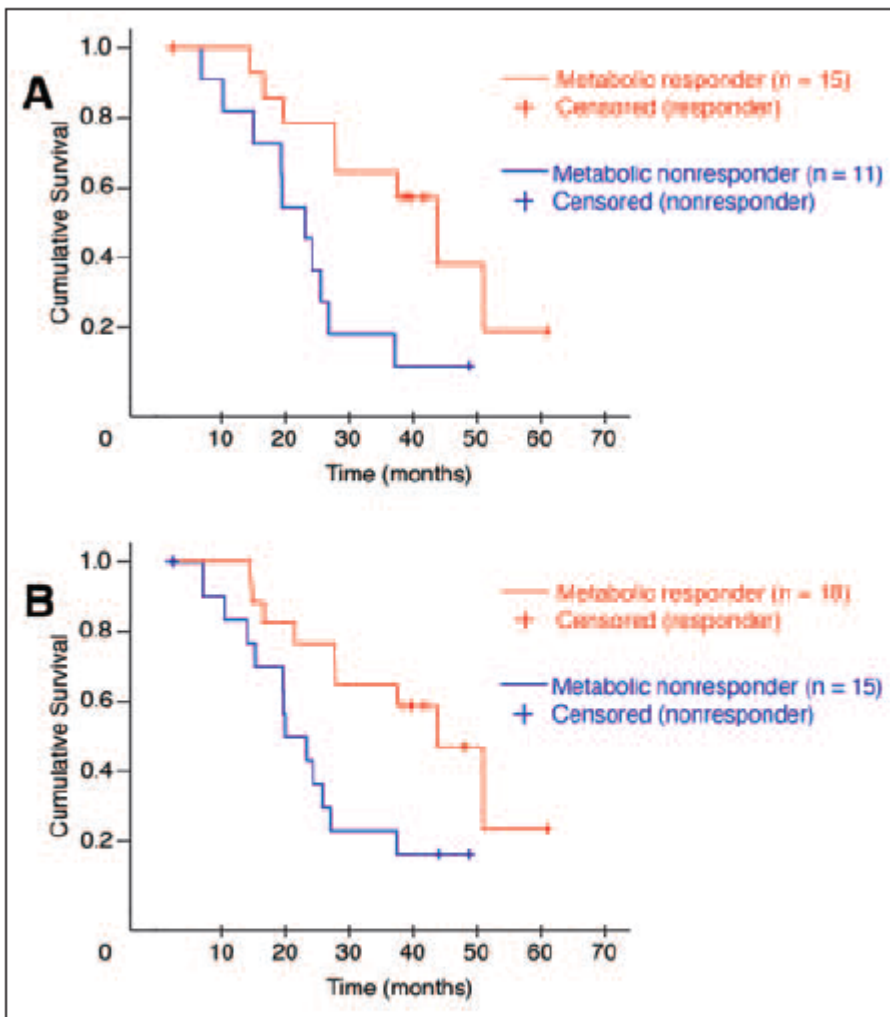


Fig 2. Abbreviation: SUV, standardized uptake values. (A) Survival of metabolic responders and metabolic non-responders defined by a decrease in the SUV of $\geq 20\%$ after first cycle of chemotherapy (prospectively determined threshold.) (B) Survival of metabolic responders and metabolic non-responders defined by a decrease in SUV of $\geq 55\%$ after third cycle of chemotherapy (retrospectively determined threshold.)

Après 1 cure et SUV > 20%

Après 3 cures et SUV > 55%

Pronostique ?

- le scanner TAP reste l'examen de référence (critères RECIST)
- bilan lésionnel précis de la maladie résiduelle (mais pas de dépistage de maladie « active »)
- rapports anatomiques +++ pour le chirurgien (reformatage multiplanaire de grande qualité, rapports vasculaires, digestifs...)
- limites: micronodules péritonéaux, ganglions (taille uniquement...)
- IRM diffusion: à l'étude (coefficient de diffusion ADC: lésions actives/stérilisées)

CAS CLINIQUE 4

- patiente de 72 ans opérée en 2014 d'un carcinome ovarien de haut grade (chimio néo adjuvante, chirurgie d'intervalle, chimio adjuvante); bon résultat chirurgical, radiologique et biologique
- CA 125 initial > 1000 UI
- ré-ascension des marqueurs à 2 ans du traitement
- vagues douleurs épigastriques
- que faire?

Que proposez-vous?

- a- rien pour l'instant, poursuite de la surveillance
- b- TEP scan
- c- reprise chimio d'emblée
- d- TDM TAP
- e- IRM corps entier

Que proposez-vous?



■ b- TEP scan

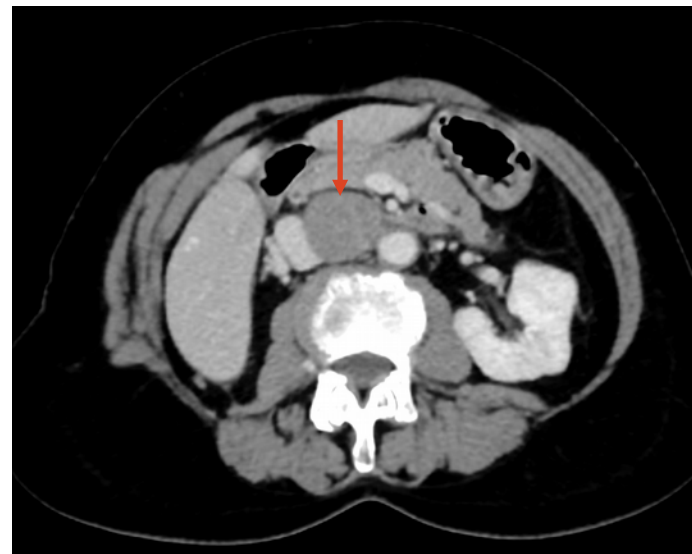
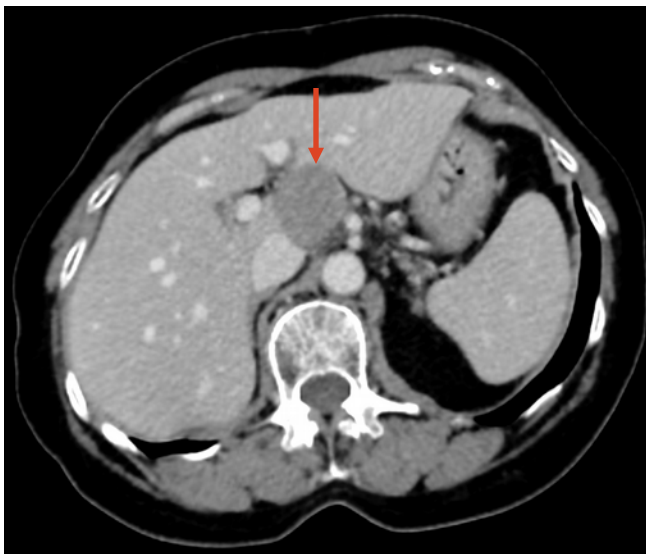
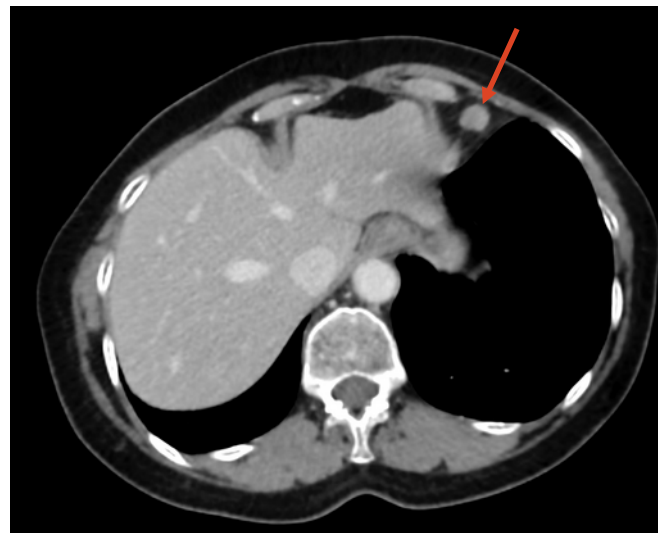
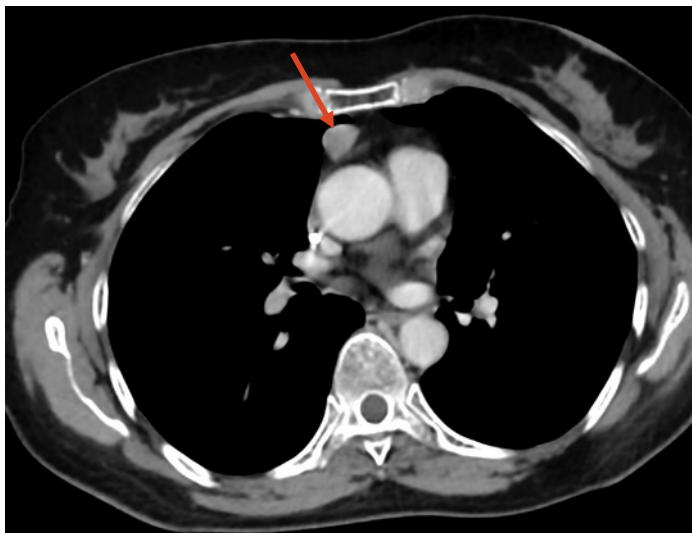


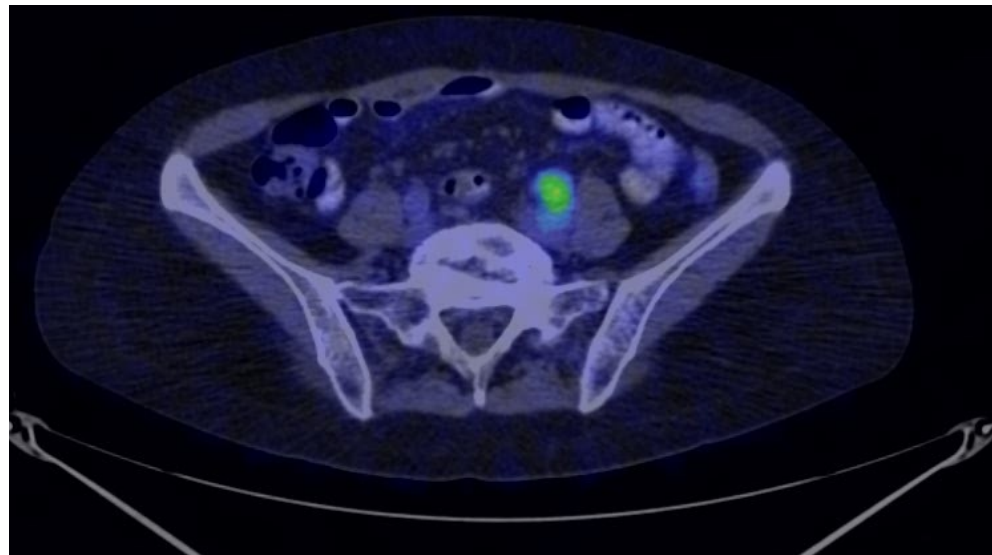
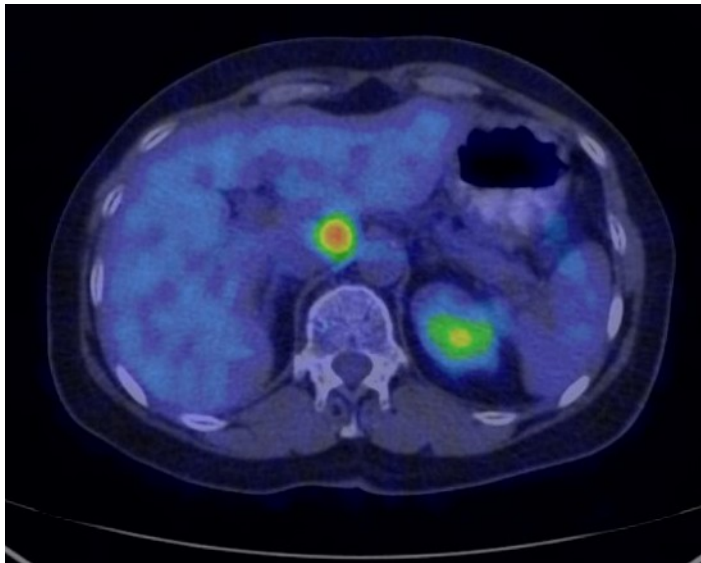
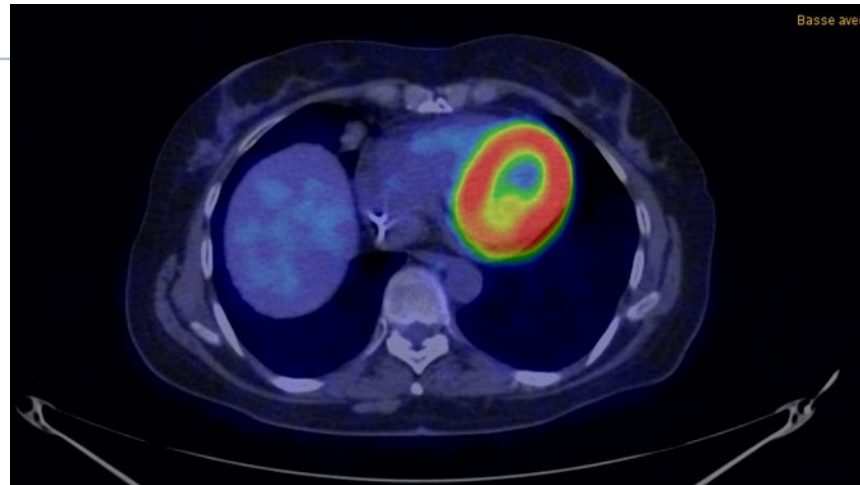
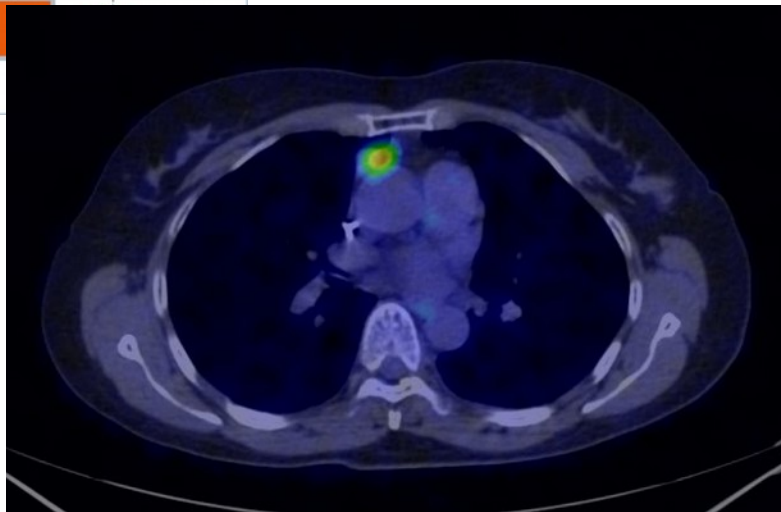
■ d- TDM TAP

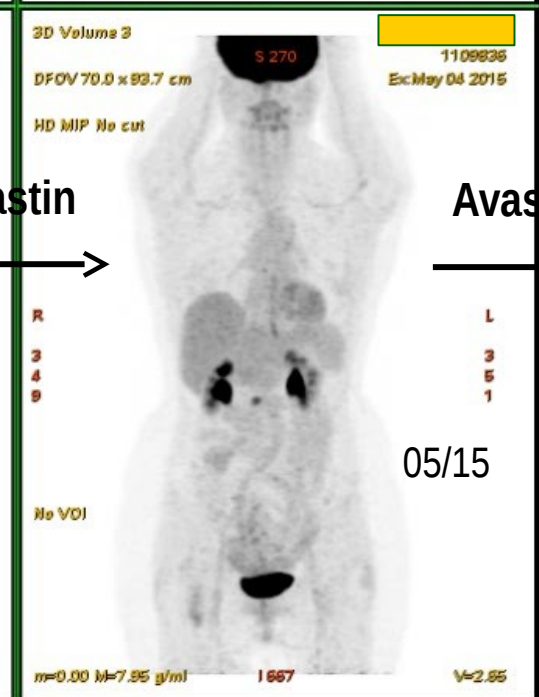
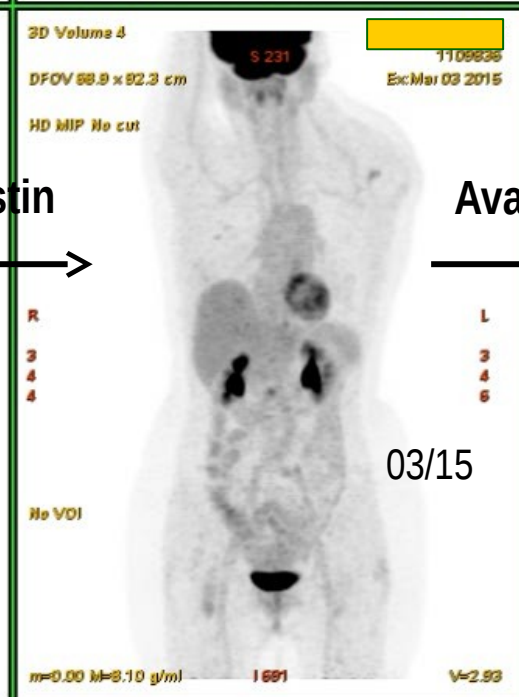
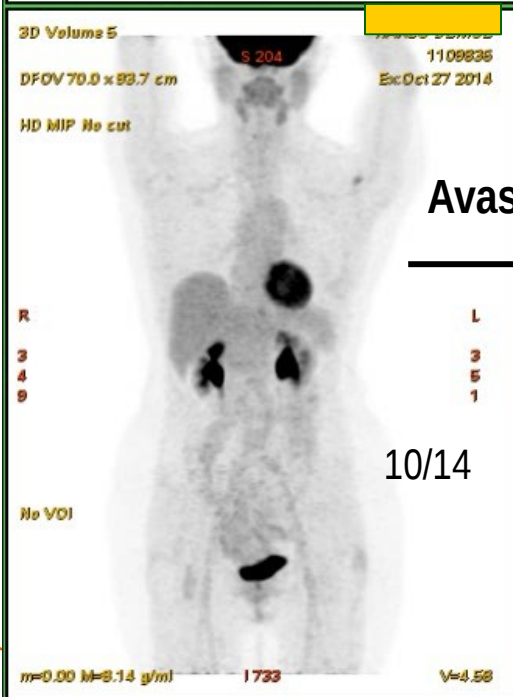
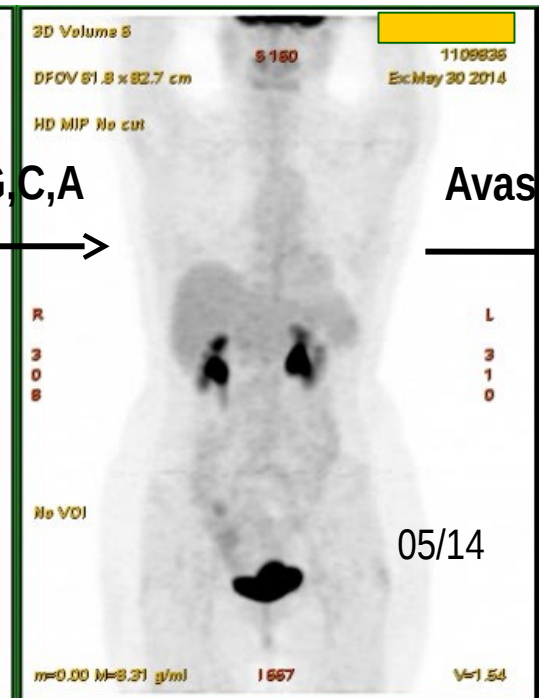
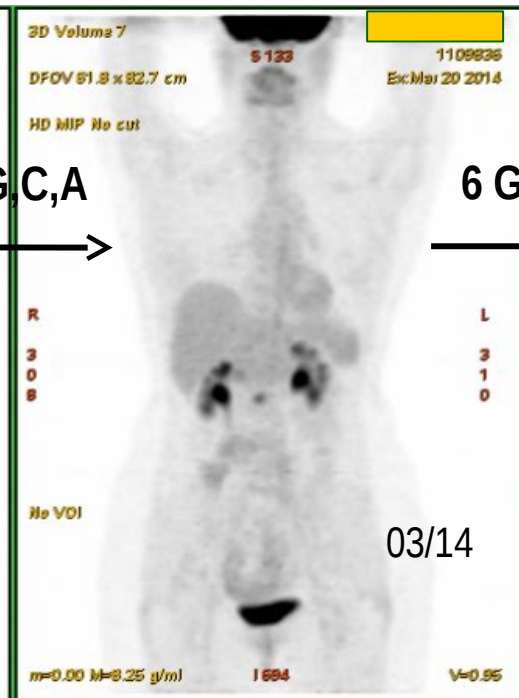
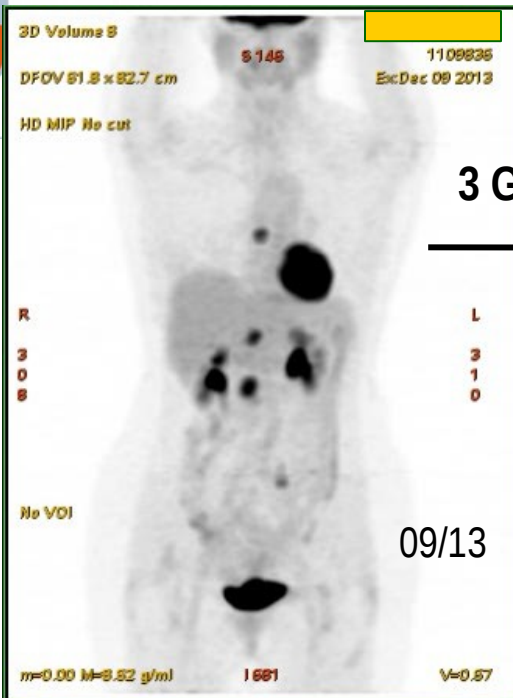


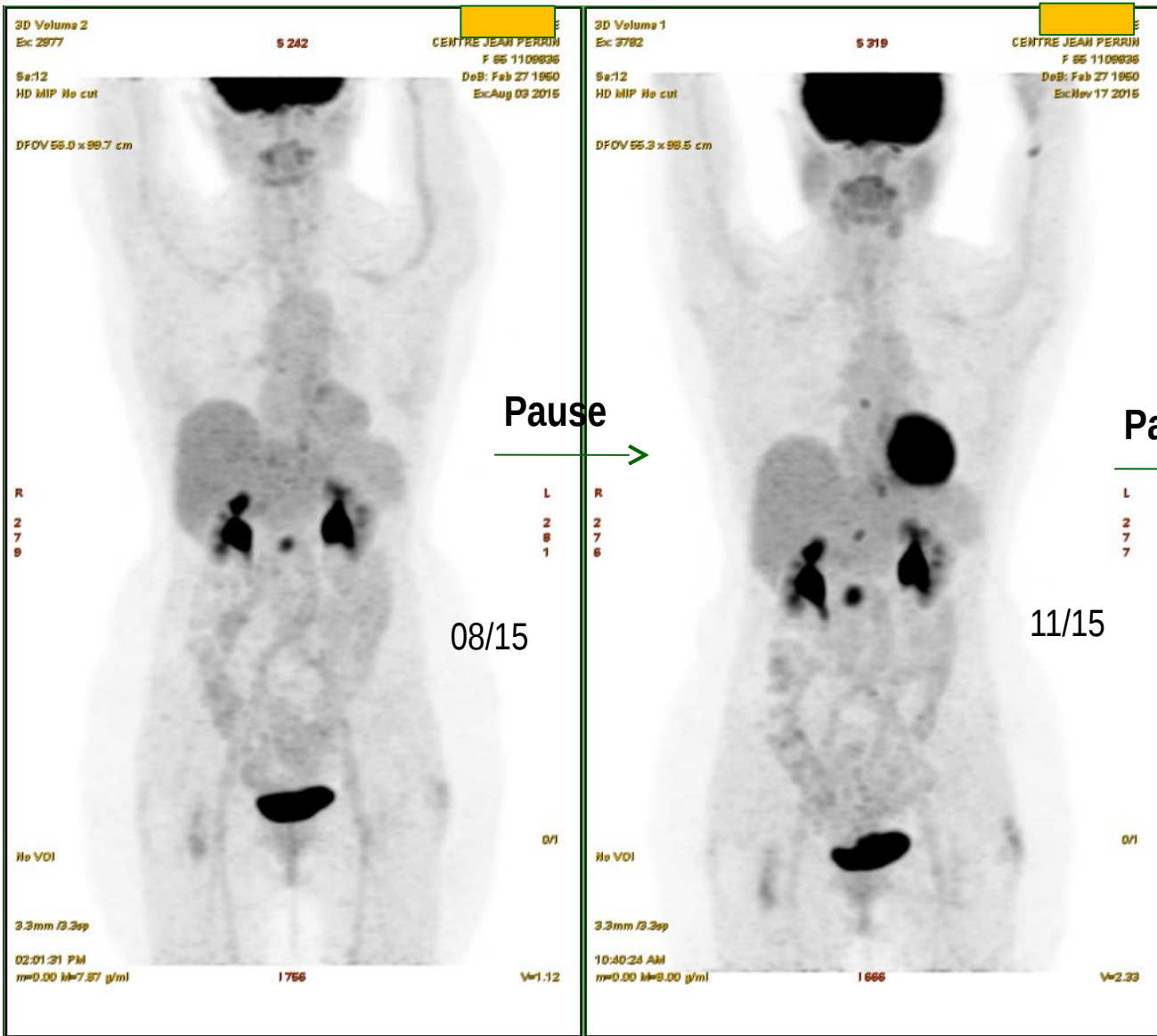
- tableau de récurrence biologique: le but est de refaire un bilan d'extension précis pour adapter la thérapeutique
- si maladie diffuse: chimio
- si maladie localisée: opérable?
- TDM ou TEP: selon les équipes
- le + souvent TDM TAP en 1ère intention
- TEP: si TDM - ou pour s'assurer du caractère isolé d'une récurrence, avant chirurgie

récidive ganglionnaire sus et sous-diaphragmatique









Pause

Pause →

Pause →

08/15

11/15

04/2016 ?

GUIDE - AFFECTION LONGUE DURÉE

**Tumeur maligne, affection maligne du tissu
lymphatique ou hématopoïétique
Cancer de l'ovaire**

Janvier 2010

Guide ALD 30 « Cancer de l'ovaire »

En cas de signes d'appel, des examens pourront être prescrits :

- des examens biologiques ;
- des examens d'imagerie :
 - TDM, IRM thoracique et/ou abdominale et/ou pelvienne,
 - en deuxième intention, tomодensitométrie à émission de positons thoracique et/ou abdominale et/ou pelvienne si :
 - élévation isolée du CA-125 avec TDM normale,
 - ou récurrence en apparence isolée à la TDM et accessible à une chirurgie.

CA 125, PET alone, PET–CT, CT and MRI in diagnosing recurrent ovarian carcinoma

A systematic review and meta-analysis

Ping Gu^{a,1}, Ling-Ling Pan^{a,1}, Shu-Qi Wu^a, Li Sun^b, Gang Huang^{a,*}

^a Department of Nuclear Medicine, Renji Hospital, Shanghai Jiaotong University School of Medicine, Shanghai 200127, PR China

^b Departments of Oncology, Renji Hospital, Shanghai Jiaotong University School of Medicine, Shanghai, PR China

Received 3 December 2007; received in revised form 19 February 2008; accepted 20 February 2008

European Journal of Radiology 71 (2009) 164–174

- Méta-analyse,
- Sélection des études : diagnostic ou détection de récurrence de cancer de l'ovaire , TEP, TEP/TDM, IRM, CT, CA 125
- Sensibilité spécificité et AUC pour chaque modalité d'imagerie,

Table 1
Main characteristics of the included studies

| Author | Year of publication | Mean age (range) | Blind | Patients selection | Serous cancer (%) | Potential verification bias | Evaluable patients or lesion* | Recurrent number (%) | Noninvasive modalities | Study design |
|---------------------------|---------------------|------------------|-----------|--------------------|-------------------|-----------------------------|-------------------------------|----------------------|------------------------|---------------|
| Forstner et al. [21] | 1995 | 57 (28-84) | Blind | ND | ND | No | 34 | 29 (85%) | CA 125; MR | Prospective |
| Low et al. [22] | 1995 | 60 (ND) | Blind | ND | ND | No | 13 | 10 (77%) | CT; MR | Retrospective |
| Folk et al. [23] | 1995 | 55.2 (25-85) | ND | ND | ND | No | 45 | 27 (60%) | CA 125 | ND |
| Rustin et al. [24] | 1996 | ND (ND) | ND | ND | ND | Limited | 124 | 78 (63%) | CA 125 | ND |
| Sugiyama et al. [25] | 1996 | ND (ND) | ND | ND | ND | No | 36 | 13 (36%) | CA 125 | Retrospective |
| Ferrozzi et al. [26] | 1998 | 54.3 (40-76) | ND | ND | ND | No | 177 | 89 (50%) | CA 125 | Retrospective |
| Low et al. [27] | 1999 | 56 (ND) | ND | ND | 23 (33%) | Considerable | 69 | 53 (77%) | CA 125 | Retrospective |
| Kubik-Huck et al. [28] | 2000 | ND (23-76) | Blind | ND | 7 (70%) | No | 10 | 8 (80%) | PET | Perspective |
| Duan and Wang [29] | 2000 | 51 (26-79) | ND | ND | 77 (82%) | No | 94 | 67 (71%) | CA 125 | ND |
| Nakamoto et al. [30] | 2001 | 52 (23-76) | Not blind | ND | ND | Considerable | 24 | 13 (54%) | PET | Perspective |
| Zimny et al. [31] | 2001 | ND (41-69) | Blind | ND | ND | Considerable | 24 | 21 (88%) | PET | Retrospective |
| Wang et al. [32] | 2001 | 42 (37-47) | Blind | ND | ND | Limited | 32 | 22 (69%) | CA 125; CT | ND |
| Coakley et al. [33] | 2002 | 55 (28-81) | Blind | ND | 26 (41%) | No | 64 | 41 (64%) | CT | ND |
| Torizuka et al. [34] | 2002 | 55 (29-72) | ND | ND | 19 (76%) | Considerable | 25 | 20 (80%) | CA 125; PET | ND |
| Cho et al. [35] | 2002 | 46 (17-70) | Blind | Consecutive | ND | No | 31 | 16 (52%) | CT; PET | Retrospective |
| Ricke et al. [36] | 2003 | 58 (35-90) | Blind | Consecutive | ND | No | 223* | 126 (57%)* | MR | ND |
| Picchio et al. [37] | 2003 | 53 (36-72) | ND | ND | 20 (80%) | No | 25 | 13 (52%) | CA 125; CT; PET-CT | Perspective |
| Ding et al. [38] | 2003 | 54 (21-72) | ND | ND | 13 (37%) | Limited | 35 | 27 (77%) | CT; PET | ND |
| Chen et al. [39] | 2003 | 49 (40-58) | ND | ND | 20 (53%) | Considerable | 38 | 25 (66%) | PET | ND |
| Kim et al. [40] | 2004 | 49 (25-78) | ND | ND | 10 (40%) | Considerable | 25 | 17 (68%) | PET | Retrospective |
| Sironi et al. [41] | 2004 | 56 (33-79) | ND | Consecutive | 25 (81%) | No | 31 | 17 (55%) | CA 125; PET-CT | Prospective |
| Low et al. [42] | 2005 | 59 (32-88) | Blind | Consecutive | 32 (42%) | No | 76 | 68 (89%) | CA 125; MR | ND |
| Takekuma et al. [43] | 2005 | 58 (32-75) | ND | ND | 22 (76%) | Considerable | 29 | 26 (90%) | PET | ND |
| Hauth et al. [44] | 2005 | 67 (49-80) | ND | ND | ND | Considerable | 19 | 11 (58%) | CT; PET-CT | Prospective |
| Zhang et al. [45] | 2005 | ND (ND) | ND | ND | ND | No | 12 | 7 (58%) | PET-CT | Retrospective |
| Murakami et al. [46] | 2006 | 53 (35-76) | Blind | ND | 52 (58%) | Limited | 90 | 46 (51%) | MR; PET | ND |
| Simcock et al. [47] | 2006 | ND (ND) | ND | Consecutive | ND | Considerable | 55 | 53 (96%) | PET-CT | Perspective |
| Chung et al. [48] | 2007 | 51 (28-80) | Blind | Consecutive | 42 (55%) | Limited | 77 | 45 (58%) | CA 125; PET-CT | Retrospective |
| Mangili et al. [49] | 2007 | 57 (ND) | Blind | Consecutive | ND | Limited | 32 | 31 (97%) | CT; PET-CT | Retrospective |
| Thrall et al. [50] | 2007 | 53 (31-71) | ND | ND | 23 (45%) | Considerable | 51 | 37 (73%) | PET-CT | Retrospective |
| Garcia-Veloso et al. [51] | 2007 | 57 (49-63) | ND | ND | 56 (45%) | Limited | 125 | 92 (74%) | CA 125; PET | Retrospective |
| Zhao et al. [52] | 2007 | 51 (30-75) | Not blind | ND | ND | Limited | 43 | 37 (86%) | PET-CT | ND |
| Gu et al. [53] | 2007 | ND (35-74) | ND | ND | 34 (63%) | No | 54 | 35 (65%) | CA 125; CT; PET-CT | ND |
| Sebastian et al. [54] | 2007 | 53 (47-77) | Blind | Consecutive | ND | Considerable | 53 | 38 (72%) | CT; PET-CT | Retrospective |

*Evaluate on a per-lesion basis.

➤ Sur 1265 études potentiellement incluables: 35 études retenues , prospectives, rétrospectives

Table 8
Pooled sensitivity, pooled specificity, AUC and ρ value

| | Pooled-sensitivity (95% CI) | Pooled-specificity (95% CI) | AUC | ρ |
|-----------|-----------------------------|-----------------------------|--------|--------|
| CA 125 | 0.69 (0.65-0.72) | 0.93 (0.89-0.95) | 0.9219 | 0.145 |
| CT | 0.79 (0.74-0.84) | 0.84 (0.76-0.90) | 0.8845 | 0.146 |
| MRI | 0.75 (0.69-0.80) | 0.78 (0.70-0.85) | 0.7955 | 0.300 |
| PET alone | 0.88 (0.84-0.92) | 0.89 (0.83-0.94) | 0.9297 | 0.229 |
| PET-CT | 0.91 (0.88-0.94) | 0.88 (0.81-0.93) | 0.9555 | 0.109 |

- AUC TEP > CET et MRI
- AUC TEP = AUC CA 125
- Se TEP > Se TDM, IRM, CA 125
- Sp CA 125 > Sp TEP, IRM, TDM

The impact of PET-CT in suspected recurrent ovarian cancer: A prospective multi-centre study as part of the Australian PET Data Collection Project

Fulham M.J.^{a,*}, Carter J.^b, Baldey A.^c, Hicks R.J.^d, Ramshaw J.E.^e, Gibson M.^a

Gynecologic Oncology 112 (2009) 462–468

- Prospectif, multicentrique,
- 90 patientes
- Récidive connue, bilan d'extension par imagerie conventionnelle
- Objectif: principal : Impact sur la prise en charge,
- Objectif secondaire:
 - performance diagnostique de la TEP lors de la récurrence,
 - Information pronostique ?

➤ IMPACT

- Chirurgie
- Chirurgie et chimiothérapie
- Chirurgie et autres
- Chimiothérapie
- Chimiothérapie et autre

64% de changement thérapeutique

61/90 patients avec lésions supplémentaires

37/61 changement thérapeutique

Chirurgie première annulée

24/61 pas de changement thérapeutique

Chimiothérapie première maintenue

29/90 patients sans lésions supplémentaires

16/29 changement thérapeutique

Peu de lésions ->
réadaptation thérapeutique
-> chirurgie

CONCLUSION

- l'imagerie intervient désormais à tous les niveaux de la prise en charge des cancers de l'ovaire
- l'échographie doit rester cantonnée au « dépistage »
- le scanner reste la technique de « 1ère ligne » pour le bilan d'extension, le suivi post-thérapeutique, la récurrence
- l'IRM intervient dans la caractérisation des masses ovariennes (pelviennes); l'IRM « corps entier » et la diffusion n'ont pas encore fait leur preuve
- le TEP scan est un outil de complément