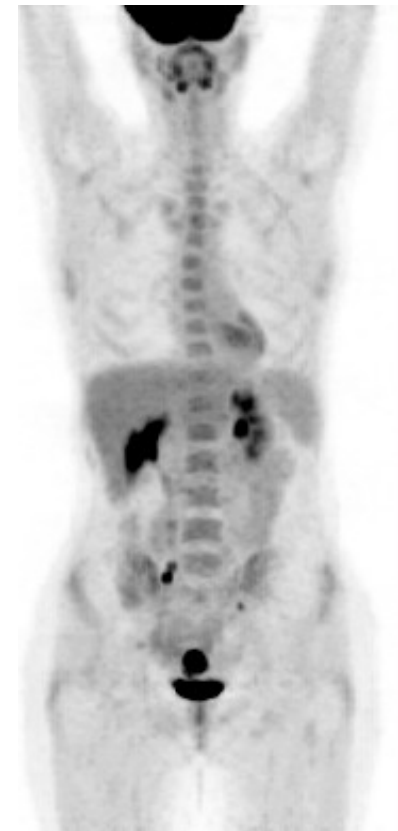


Cancer du col de l'utérus et
de l'endomètre: TEP-TDM
*2^{ème} journées francophones
de médecine nucléaire
Grenoble 19-22 mai 2016*

*Dr Isabelle Brenot-Rossi
Institut Paoli-Calmettes
Marseille*

QCM1: Place de la TEP dans le cancer du col

- Toujours indiqué dans le bilan initial?
- Permet toujours d'éviter le curage de stadification?
- N'a pas d'intérêt pour guider la radiothérapie?



QCM: Place de la TEP

- Toujours indiqué dans le bilan initial
- Permet toujours d'éviter le curage de stadification?
- N'a pas d'intérêt pour guider la radiothérapie

- F: FIGO > IB2 (lésion cliniquement visible)
- F: curage modulé par TEP
- F

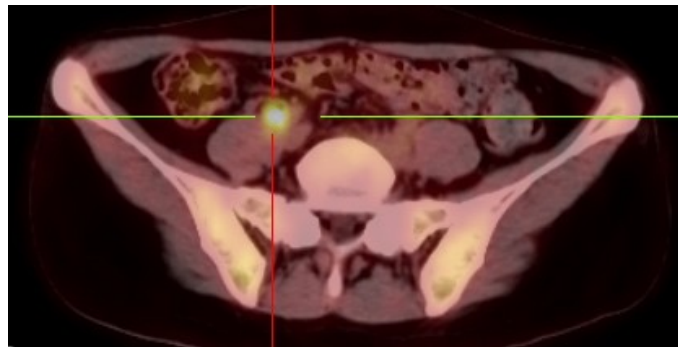
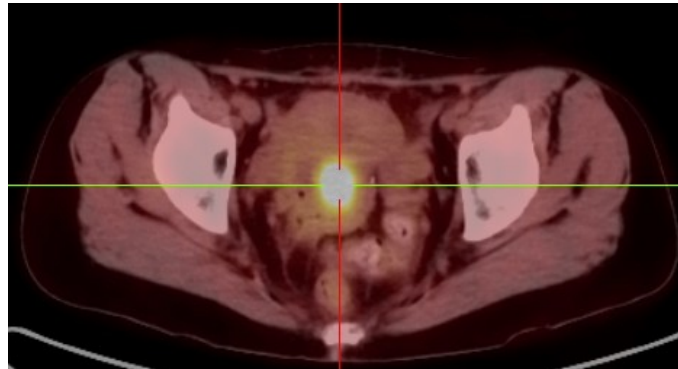
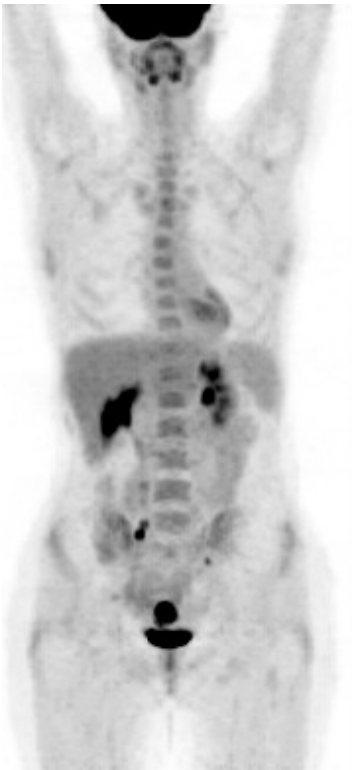
Néoplasie du col utérin

- **Indication/recommandations:**
- **Cancer localement avancé du col utérin > stade IB2**
- > 15% de métastases N+ pelviens dès Stade IB1
- www.HAS-sante.fr
Volumes d'irradiation ganglionnaire déterminés à partir des données TEP et IRM et/ou résultats de lymphadénectomie
 - Évaluer l'étendue de l'atteinte ganglionnaire,
 - guider la lymphadénectomie de stadification,
 - déterminer les volumes ganglionnaires à irradier

QCM 2:

EAO épidermoïde du col stade 1B2

- Faut il prescrire une TEP-FDG?
- Y a-t-il une indication de curage Ganglionnaire de stadification?
- Si oui, à quel niveau?

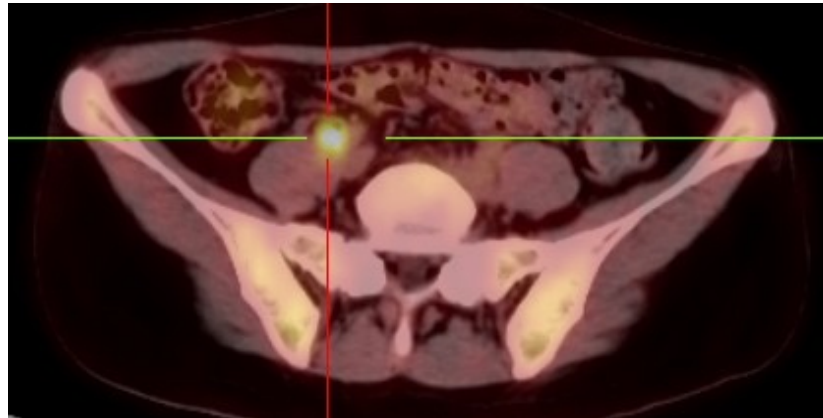
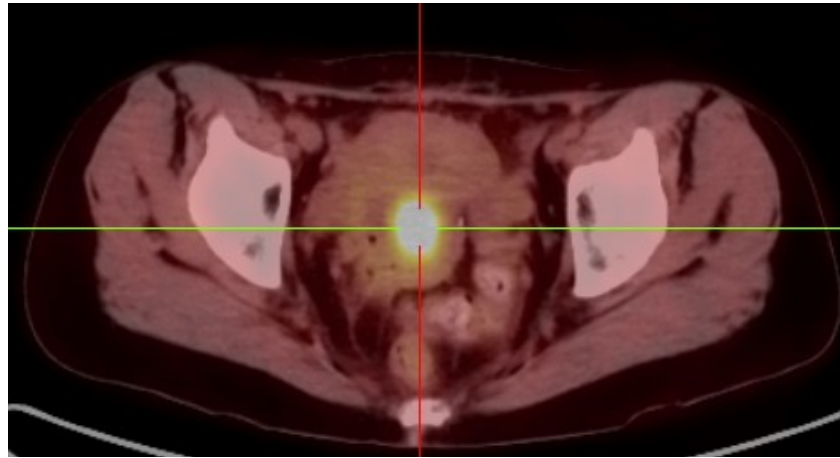
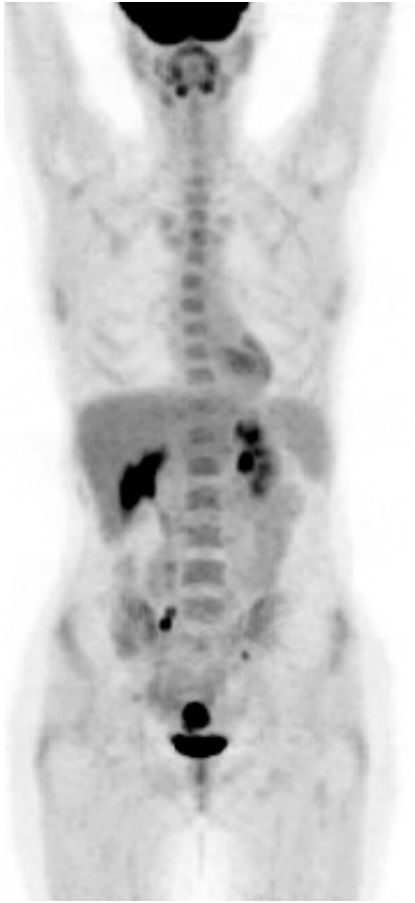


QCM: EAO épidermoïde du col stade 1B2

- - Faut-il prescrire une TEP-FDG?
- - Y a-t-il une indication de curage ganglionnaire de stadification?
- - Si oui, à quel niveau?
- Pelvien?
- Lombo aortique?

- V
- V
- F
- V

Cas clinique QCMAO épidermoïde du col stade 1B2



Métastase ganglionnaire sous la
bifurcation iliaque

Réponse: Indication de curage lombo-aortique de stadification

Néoplasie du col utérin

- **Détection N+**

- Méthode imagerie **la plus optimale, non invasive**

- C'est la TEP-FDG qui donne le moins de faux négatif (jusqu'à 35% en IRM et 15% en TEP; *Smits 2015*)

- Pelvien:

- *Se de 35 à 79%; Sp de 90-96%*

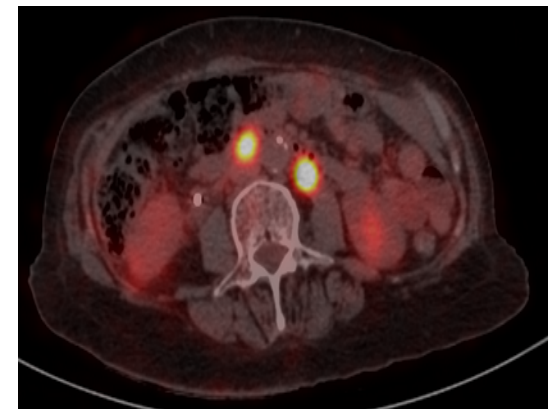
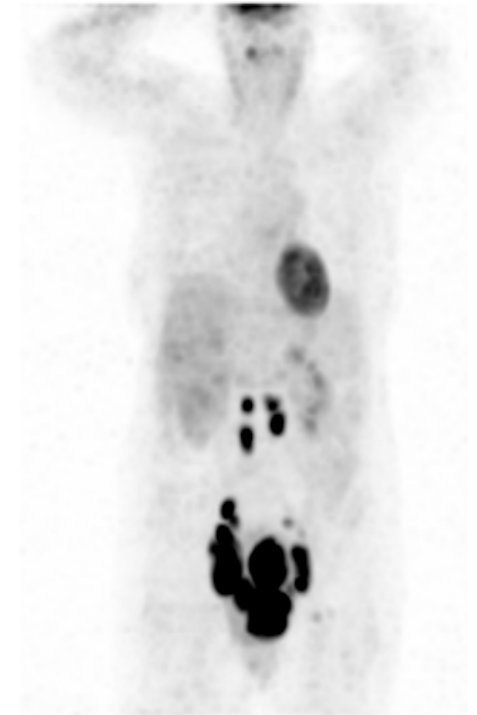
- Lombo-aortique:

- *Se de 45 à 85%; Sp de 93-97%*



QCM 3: Quelle sera la décision de la RCP?

- Radiothérapie d'emblée sans vérification histologique ?
- Curage lombo-aortique pour vérification histologique ?



QCM: Quelle sera la décision de la RCP?

- Radiothérapie d'emblée sans vérification histologique
- Curage lombo-aortique pour vérification histologique

- V

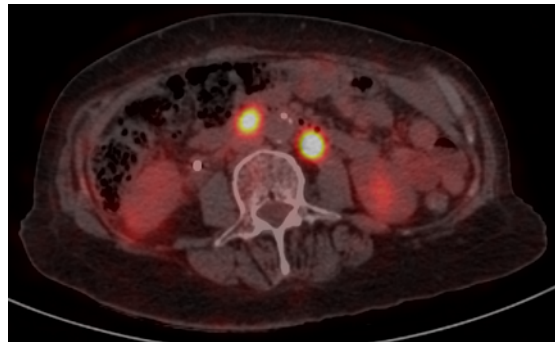
- F inutile



Néoplasie du col utérin

Haute VPP de la TEP-FDG pour les ganglions lombo aortique. Si la TEP est positive en lombo aortique:

- **Pas de curage lombo aortique**
- **Irradiation des aires ganglionnaires lombo aortique en association aux aires pelviennes**



Néoplasie du col utérin

- Si TEP-FDG négative en lombo aortique:
 - **Risque de faux négatif élevé (20% !)**
 - **Micro-métastases**
 - **Curage de lombo aortique avant décision d'irradiation lombo aortique en association aux aires pelviennes**

Smits et al, 2014; Nogami et al 2015

- Si TEP-FDG négative en ganglionnaire pelvien et lombo aortique: indication de curage de stadification pelvien

QCM 4 :

En cas de ganglions hypermétaboliques lombo-aortiques sans atteinte pelvienne

- Radiothérapie d'emblée des ganglions sans vérification histologique?
- Curage lombo-aortique pour vérification histologique?

QCM : En cas de ganglions hypermétaboliques lomboaortiques sans atteinte pelvienne

- Radiothérapie d'emblée des ganglions sans vérification histologique

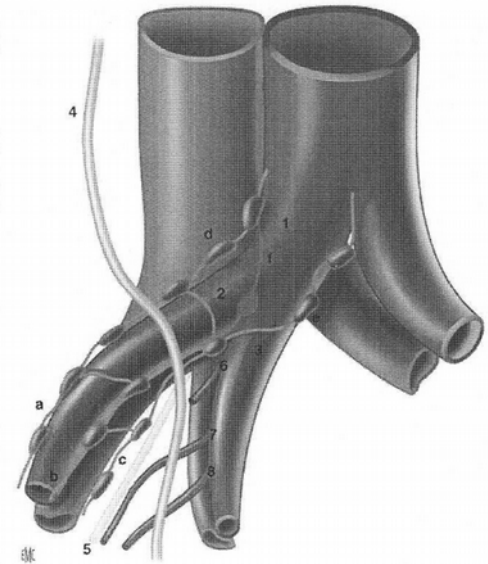
- Curage lomboaortique pour vérification histologique

- F

- V. propagation sans saut de relai pelvien

QCM 5 Propagation tumorale

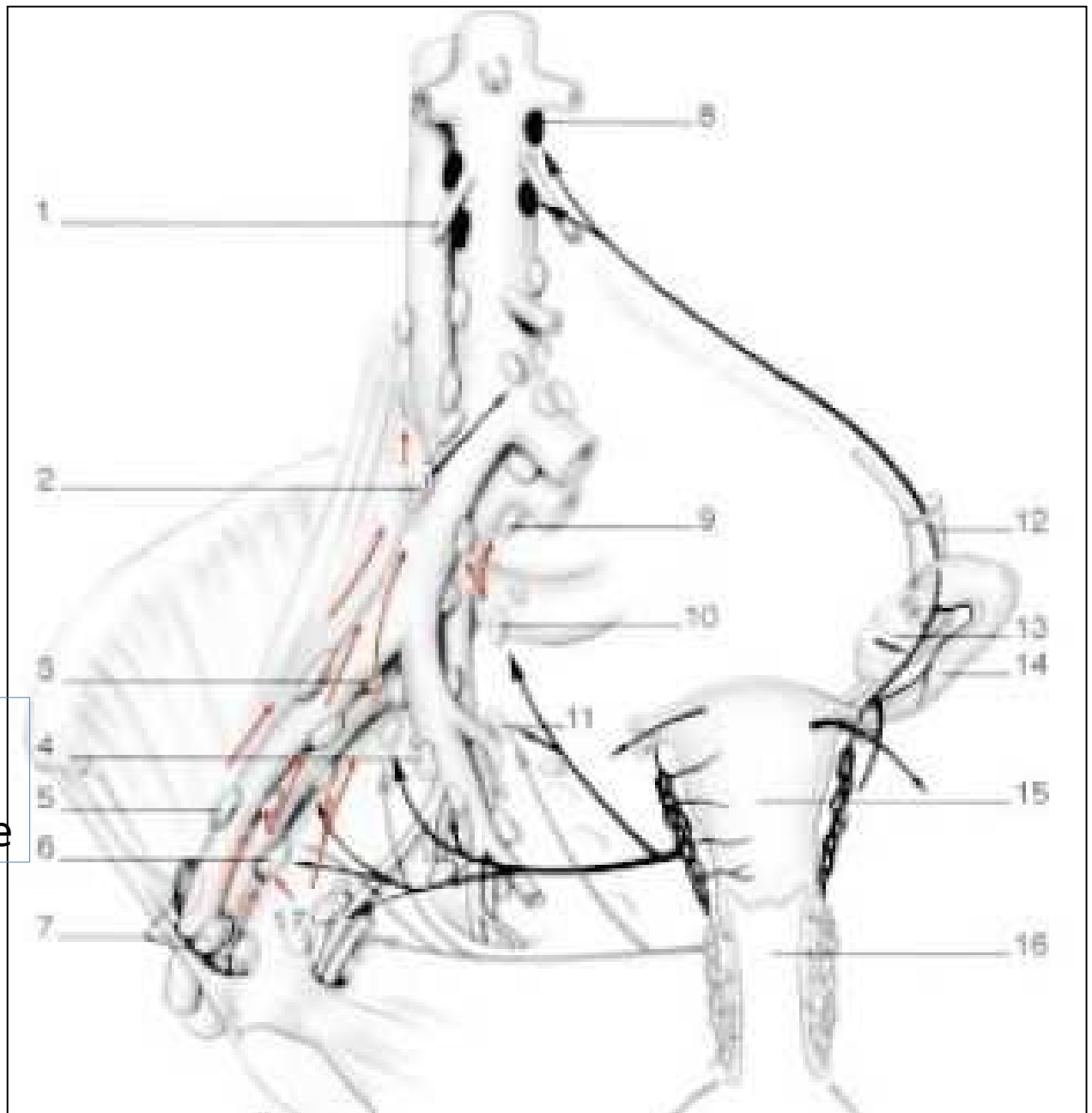
- Fréquente aux niveaux des ganglions pelviens?
- Atteinte ganglionnaire inguinale classique?
- Fréquente au delà du pelvis?
- Très rare par voie sanguine?



QCM Propagation tumorale

- Fréquente aux niveaux des ganglions pelvien
- Atteinte ganglionnaire inguinal classique
- Fréquente au delà du pelvis
- V: 15% dès Stade IB1
- F: 3 voies (iliaques externe, interne et présacrée)
- F : 12% (lombo-aortique, sus clavculaire gauche)

Gg pelviens
1^{er} relai du
Drainage lymphatique



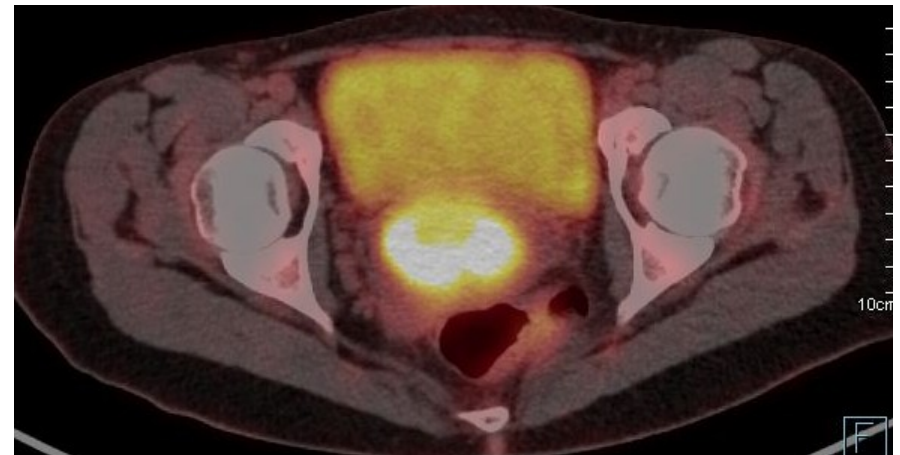
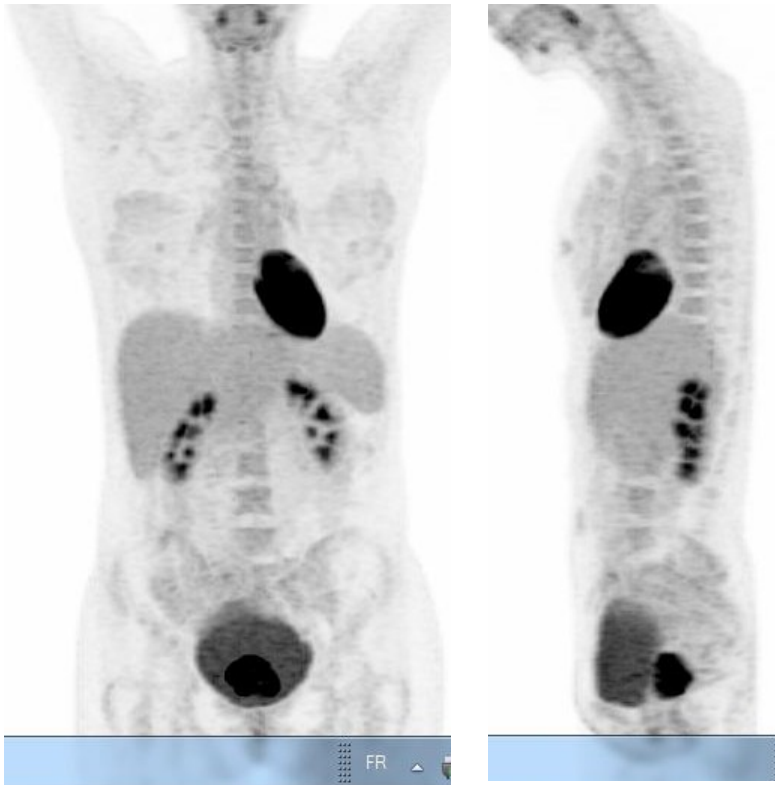
QCM 6

- La TEP a une très bonne sensibilité de détection de la tumeur primitive?
- L'analyse de la TEP est facilitée en diminuant l'activité urinaire ?
- L'ovaire présente une fixation physiologique importante?
- Facilitée par l'injection d'iode lors du bilan d'extension?

QCM

- La TEP a une très bonne sensibilité de détection de la tumeur primitive?
 - L'analyse de la TEP est facilitée en diminuant l'activité urinaire ?
 - L'ovaire présente une fixation physiologique importante?
 - Facilitée par l'injection d'iode lors du bilan d'extension?
- V: >90%
 - V: **diurétique**, (image à 2h, sondage...)
 - V/F: cycle menstruel
 - V: primitif, ovaire, carcinose simulation radiothérapie

Détection T: Sensibilité détection Tumeur: 87-92%
(intérêt d'injecter du Furosémide)
limite de la TEP: l'extension aux paramètres. Place de
IRM



Synthèse dans le cancer du col utérin

- Déterminer le niveau de l'atteinte ganglionnaire
- Avant le curage de stadification
- Pour déterminer le niveau d'irradiation ganglionnaire

QCM 7: Place de la TEP dans le cancer de l'endomètre

- L'indication de la TEP dépend du type histologique?
- L'indication de la TEP dépend du stade FIGO?
- Il n'y a pas d'indication TEP dans le cancer de l'endomètre?

QCM: Place de la TEP dans le cancer de l'endomètre

- L'indication de la TEP dépend du type histologique?
- L'indication de la TEP dépend du stade FIGO?
- Il n'y a pas d'indication TEP dans le cancer de l'endomètre?

- V

- V

- F

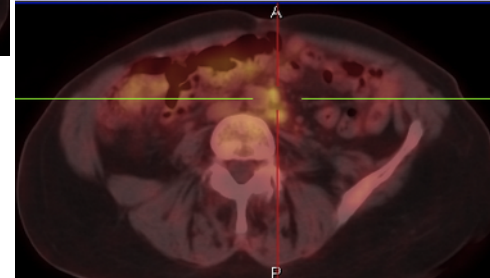
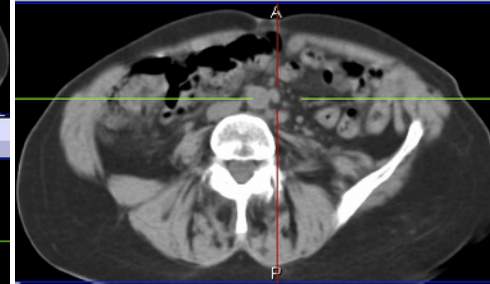
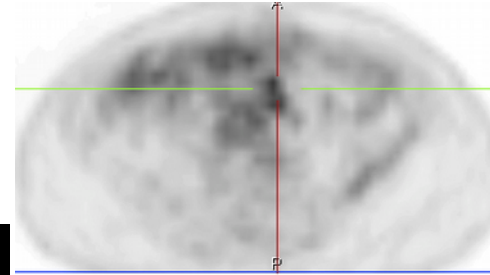
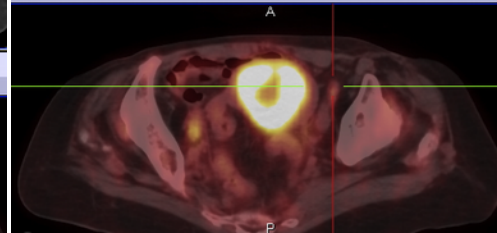
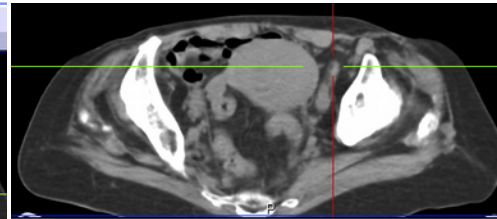
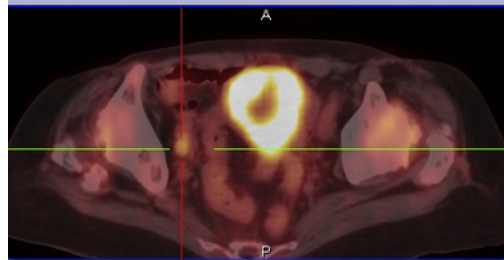
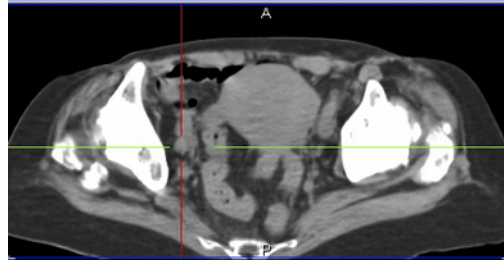
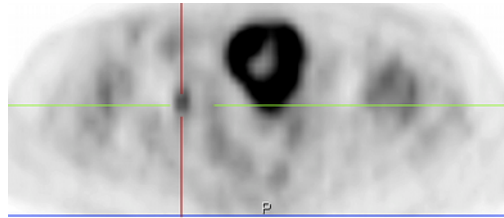
Indication TEP-FDG dans cancer de l'endomètre

Formes histologiques agressives de l'endomètre, à haut risque métastatique

Risque faible type 1 histologique endométriode limité à l'endomètre ou < 50% myomètre,	Risque intermédiaire type 1 histologique Étendu au myomètre, faible grade	Risque élevé Atteinte > 50% myomètre
Stade IA, grade 1 ou 2	Stade IA/T1a grade 3 Stade IB/T1b, grade 1 ou 2	- Type 1 histologique: Stades IB/T1b, grade 3 - Tous Types 2 histologique Stade IA-B/T1 - Stade I/T1 avec embolies

Indication TEP-FDG dans cancer de l'endomètre

- *Les indications TEP-FDG sont donc beaucoup plus rares*
- Pour les **carcinomes à haut risque**, l'indication TEP est superposée à celle du cancer du col localement avancé, **avant la stadification chirurgicale** et/ou pour la **détermination des aires ganglionnaires à irradier** (pelvis avec ou sans lombo aortique)



Carcinome utérin à haut risque; adénopathies pelviennes et lombo aortiques
Indication d'irradiation des aires ganglionnaires pelvienne et lombo aortique

résultats de la TEP-TDM-FDG

- Au niveau de l'utérus

Pas de place de la TEP-FDG pour l'exploration utérine: pas d'évaluation du niveau d'infiltration myométriale

- Bilan d'extension ganglionnaire

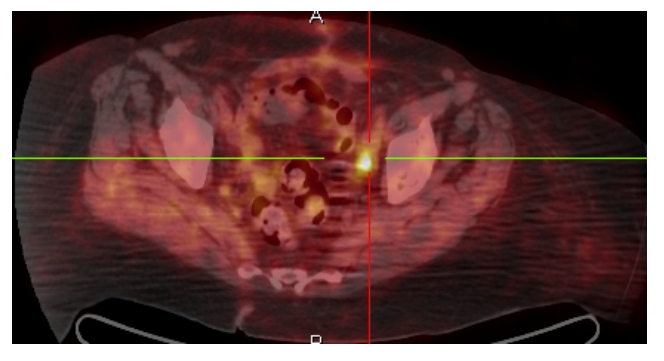
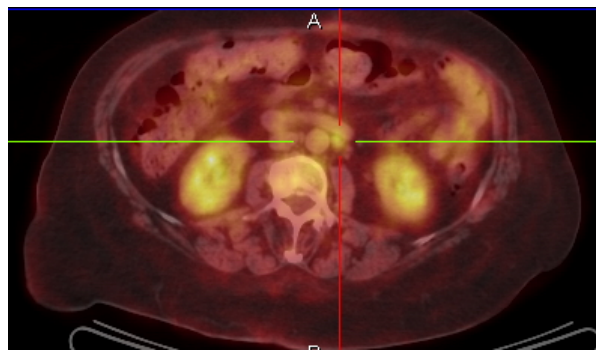
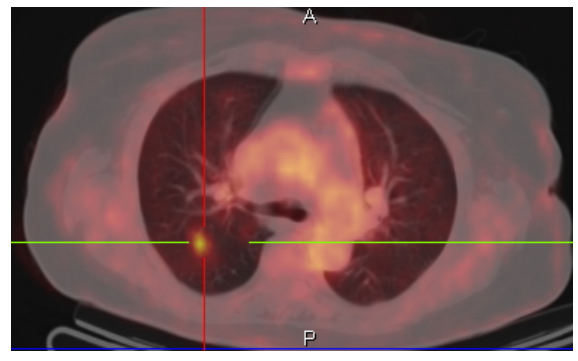
- Sensibilité 50-70%

- Spécificité, exactitude 90-95%

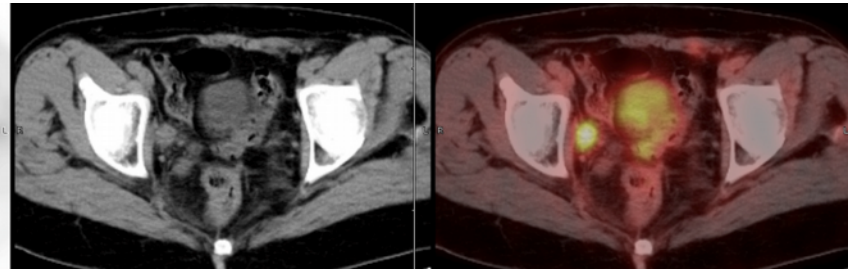
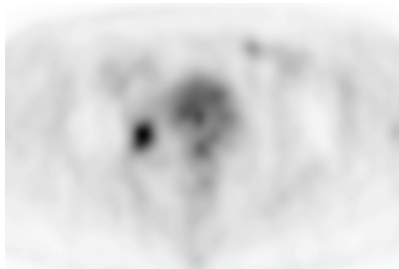
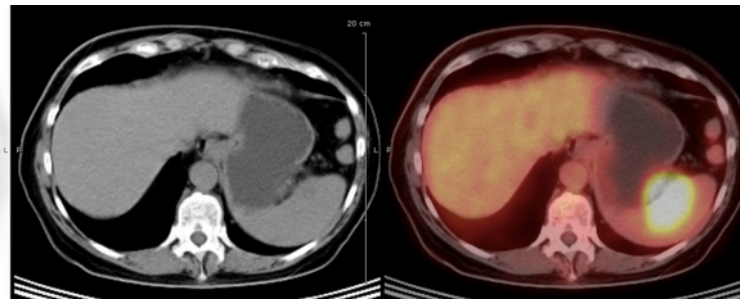
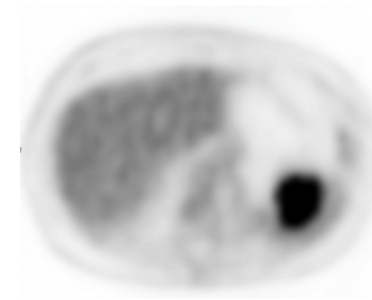
- **Substitution à la lymphadénectomie de stadification si chirurgie contre indiquée (co-morbidité +++)**

- **Guider les champs d'irradiation**

- Recherche de Métastases +++)



hémorragies postménopausiques:
hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale. carcinome endométrial peu différencié. Pas de stadification ganglionnaire (Co-morbidités multiples);
évaluation par TEP



Carcinome de l'endomètre haut risque: hystérectomie diagnostic et thérapeutique

- Adénopathies pelviennes
- Métastase splénique;
- carcinose péritonéale peri splénique

*Je vous remercie de votre
attention*