

UNE PROSTATE TRÈS SURPRENANTE...



2^{ème} Journées Francophones de Médecine Nucléaire – Grenoble 19-22/5/2016



Pinto-Leite Thomas

Histoire de la maladie

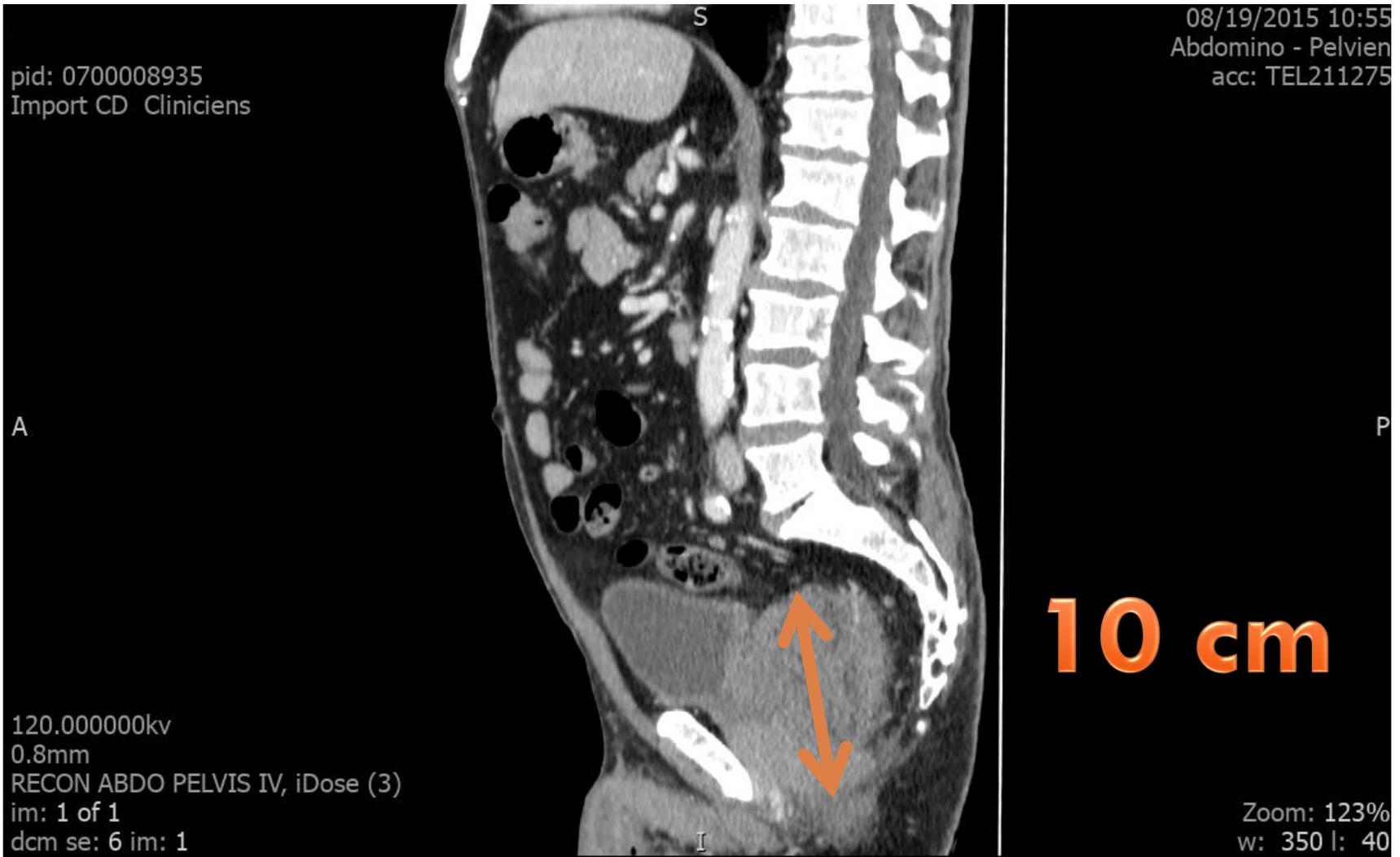
- Patient de 69 ans

- 6 août 2015 : triple pontage coronarien

- 19 août 2015: hospitalisation !
 - AEG
 - Douleurs abdominales diffuses
 - Signes urinaires irritatifs depuis 2 mois
 - TR: masse prostatique

- ➔ 22 août 2015: scanner abdomino-pelvien

Masse prostatique volumineuse...



... et hétérogène

M 69A
pid: 0700008935
Import CD Cliniciens
PHILIPS-300033

Abdomino - Pelvien
acc: TEL211275



Adénopathies iliaques

M 69A
pid: 0700008935
Import CD Cliniciens
PHILIPS-300033

Abdomino - Pelvien
acc: TEL211275



120kv
2mm
SANS IV, iDose (3)
im: 202 of 289
dcm se: 201 im: 202

Zoom: 133%
w: 350 | 40

Adénopathies cœliaques



Hypothèse principale?

□ Compte rendu du scanner:

- Masse prostatique hétérogène
- Adénopathies iliaques de 40 mm
- Adénopathies lombo-aortiques
- Adénopathies coeliaques 30 mm



CANCER DE
PROSTATE ?

□ Avis urologue:

- Dosage des PSA: 3,5 ng/ml
- Biopsies prostatiques: impossible en urgence à cause de la double anti agrégation après pontage

SEPTEMBRE 2015

- 6 septembre: nouvelle hospitalisation pour rétention aiguë d'urine
- 9 septembre: demande de TEP 18F-Choline pour bilan d'extension
- 19 septembre: biopsies prostatiques
- 22 septembre: TEP 18F-Choline

Demande de TEP 18F-Choline

**Objectif: confirmation
d'un probable
cancer de prostate**

HISTOIRE DE LA MALADIE - PROBLÈME POSÉ

> Joindre tout document qui vous semble utile à la demande.

PSA 3,50
Découverte fortuite au scanner
d'un nodule d'une très volumineuse
prostate avec A.D.P. iloprestat
de 38mm
TR suspect TSA
Impossibilité de réaliser des
biopsies car n'aurait été depuis
d'un mois
Confirmation lésion prostatite + métas
ganglionnaire

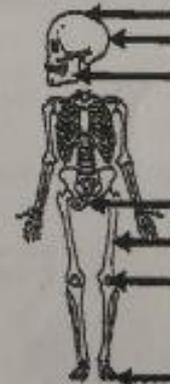
Protocole d'acquisition

- Bras le long du corps
- Cerveau
- TRAC
- ORL
- Lesix
- Table recto T.

RCV :

- S0
- S1
- S2
- S3 et +

Contrôle du scanner



Cette étude acquiescée : _____

Rendez-vous fixé le : 29/09/2015

> Carte réservé au service

8h30

TEP 18F-Choline

CURRENT
TEP TAP CHOLINE CORRIGE
--> Functional_AC_1
STUDY 22/09/2015
22/09/2015
09:50:56
9 IMA 0

RA



10cm

AL

MIP/SIEMENS_APR

TEP CORRIGE*AC CT CHOLINE, Volume Scaled

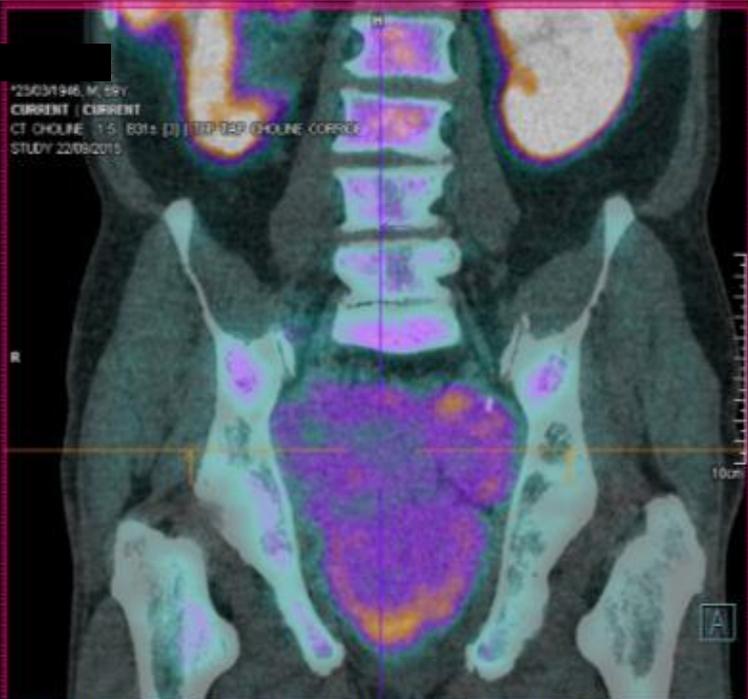
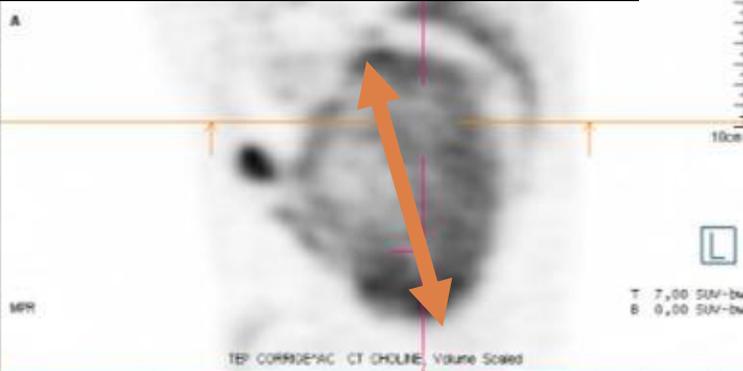
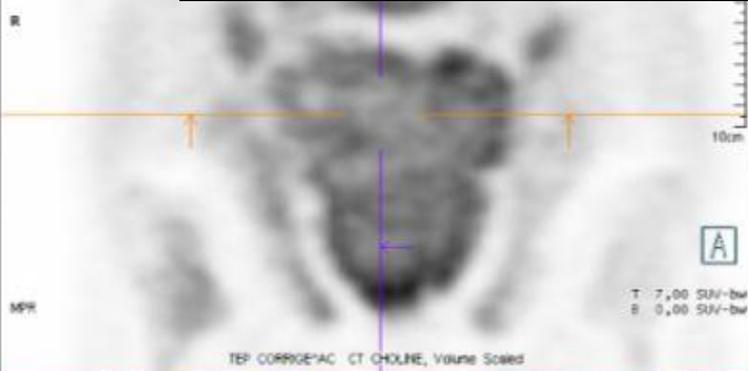
T 18508,31
B 0,00

14 cm x 12 x 10cm
(+ 4cm en un mois !)

CURRENT
TEP TAP CHOLINE CORREC
→ Functional_AC_1
STUDY 22/09/2015
22/09/2015
09:50:56
98A na FRMa

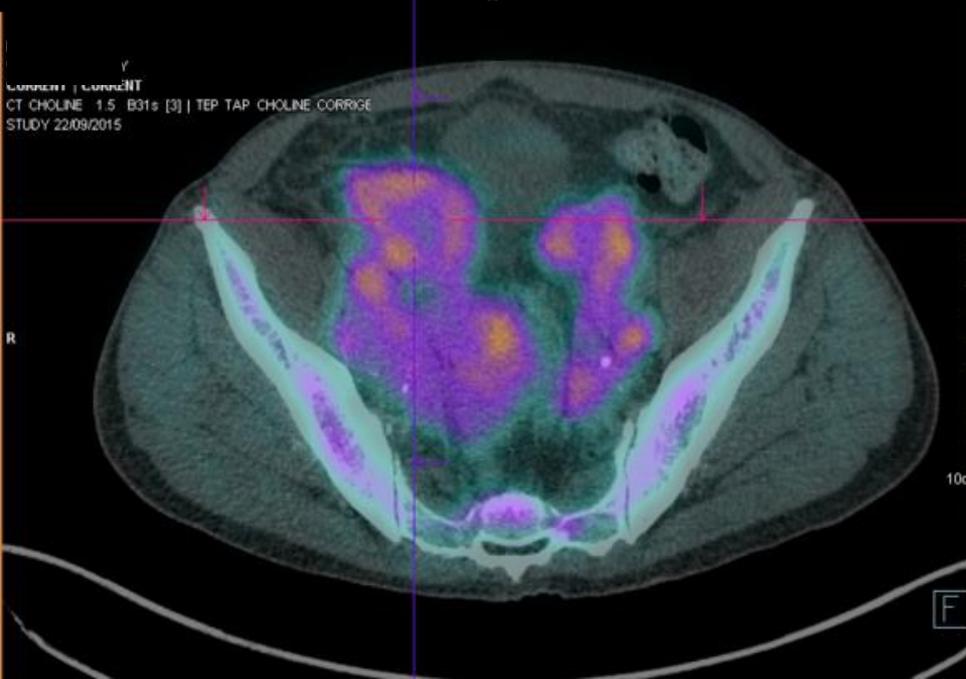
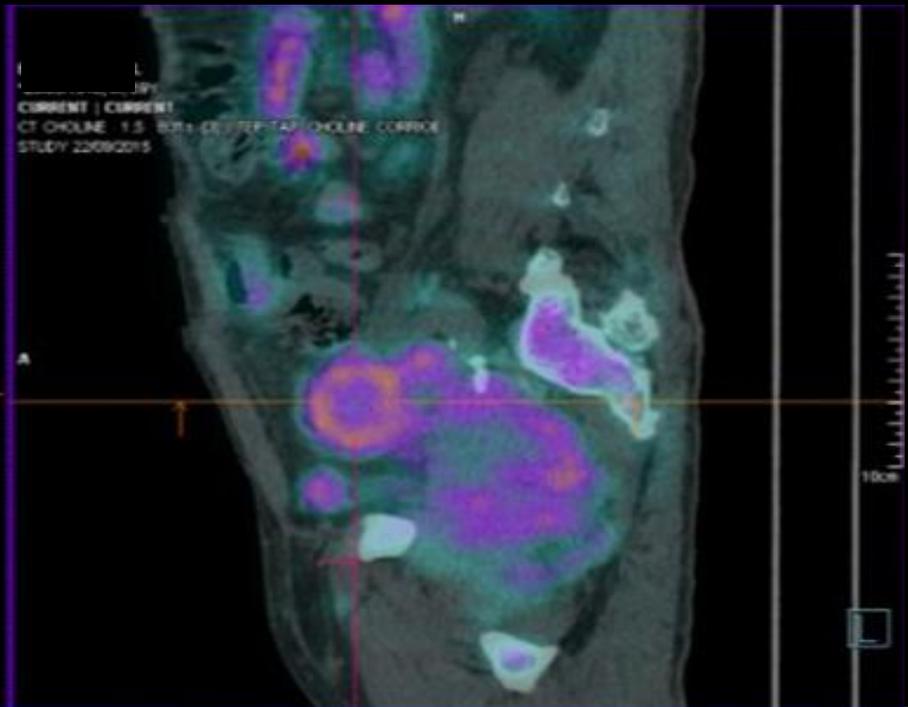
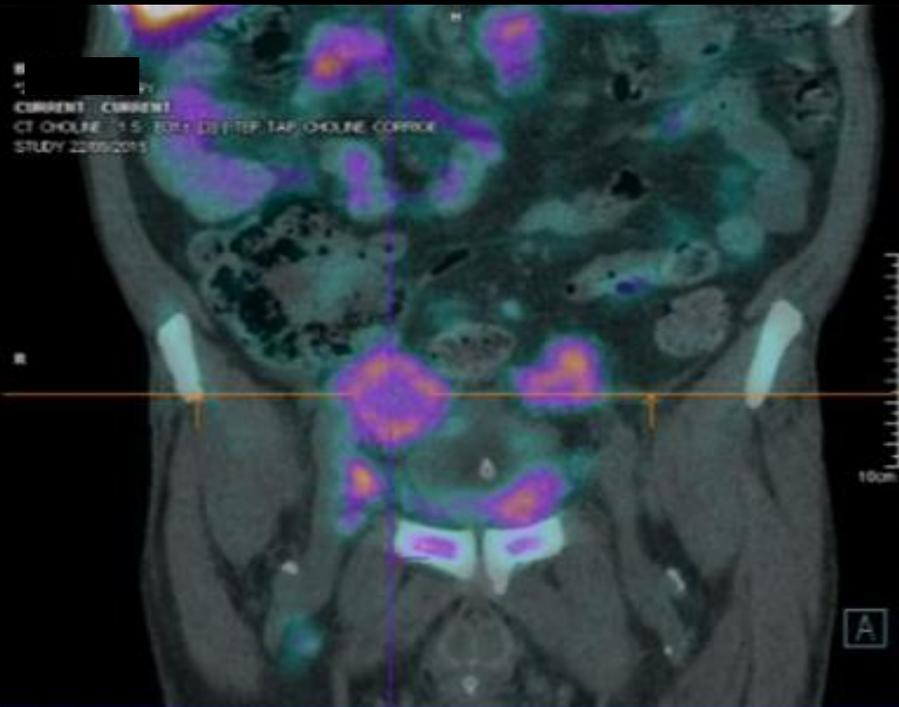
STUDY 22/09/2015

80239 IMA 21

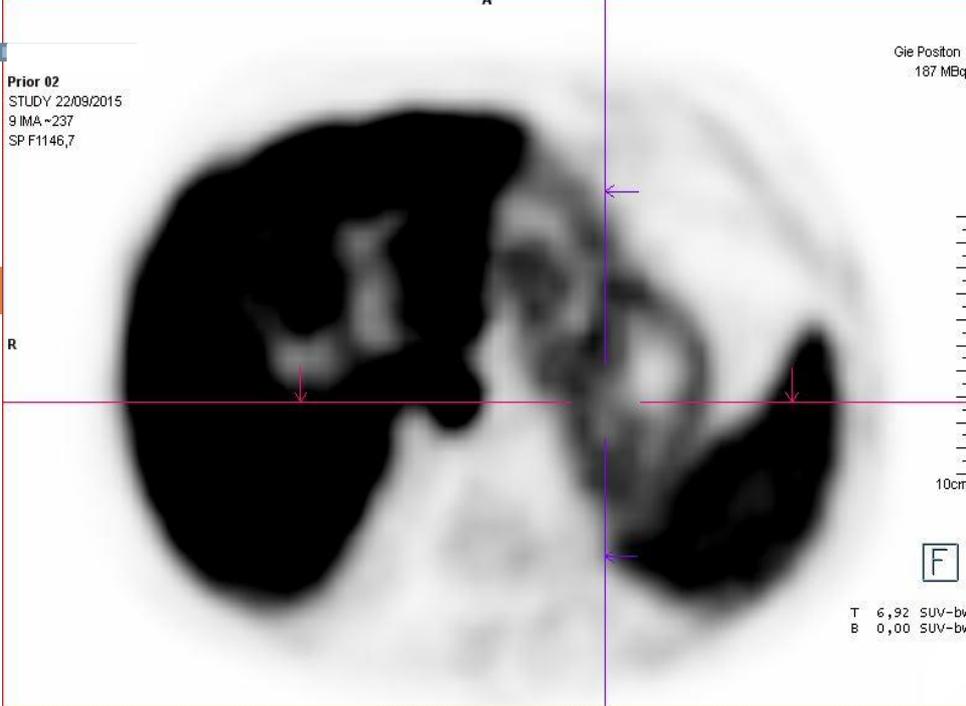


Zoom 0,62

1123*1267



Prior 02
STUDY 22/09/2015
9 IMA ~237
SP F1146,7



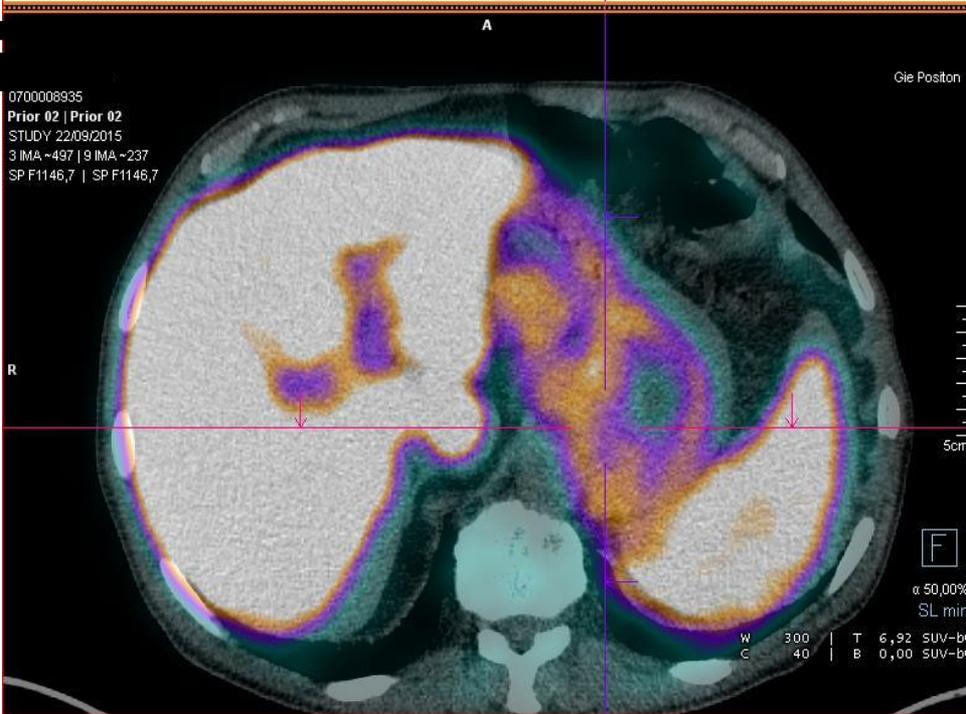
Gie Positon
187 MBq

Prior 02
STUDY 22/09/2015
9 IMA n.a.
SP A152,7



Gie Positon
187 M

070008935
Prior 02 | Prior 02
STUDY 22/09/2015
3 IMA ~497 | 9 IMA ~237
SP F1146,7 | SP F1146,7



Gie Positon

Prior 02
22/09/2015
3 IMA ~497
SP F1146,7



Gie Positon

DOSSIER ATYPIQUE !

- Prostate volumineuse +++
- Fixations 18F-Choline faibles et hétérogènes
- Localisation à l'estomac ?
- PSA: 3,5 ng/ml



Cancer de prostate
ou autre diagnostic ?

Reprise des antécédents du patient

- ❑ BPCO
- ❑ Hypercholestérolémie et...
- ❑ Lymphome de bas grade inguinal en 2003
 - ❑ traité par chirurgie puis radiothérapie
 - ❑ surveillance pendant 10 ans: strictement normale
 - ❑ arrêt du suivi / « rémission » depuis 2013



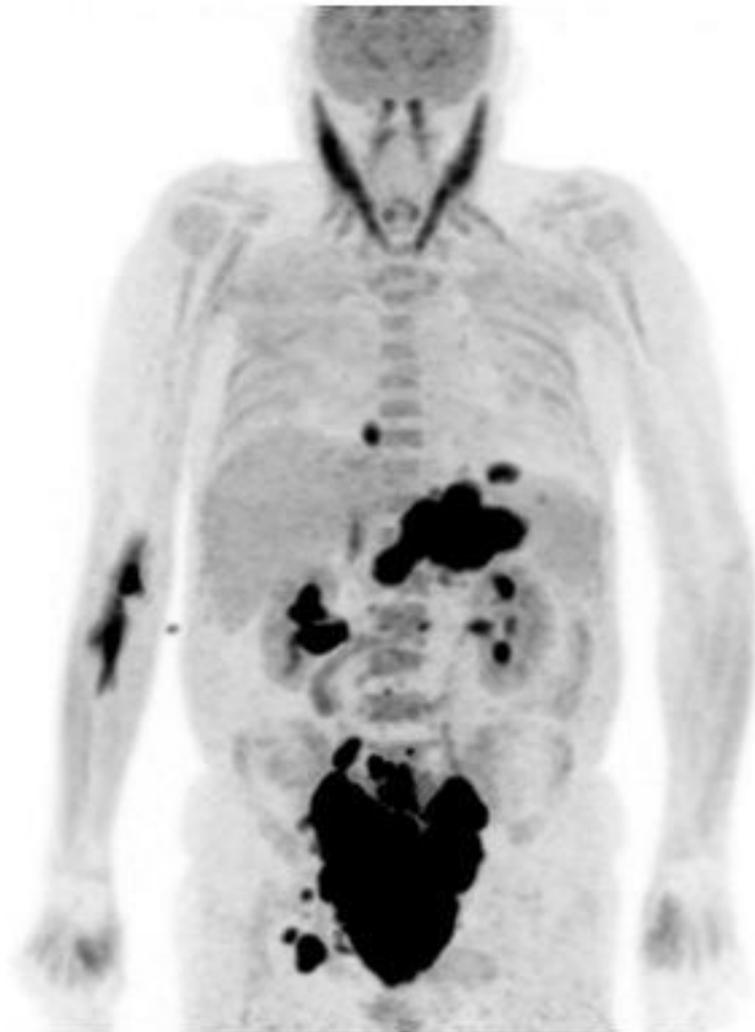
➔ hypothèse émise: s'agit t'il d'une récurrence de lymphome avec localisation prostatique?

Résultats de la biopsie

- Lymphome de prostate!
 - de type B / à grandes cellules
 - lymphome initial: lymphome folliculaire
 - possible récurrence avec transformation

- Réalisation d'un TEP au 18-FDG
 - pour bilan d'extension de lymphome

TEP 18-FDG

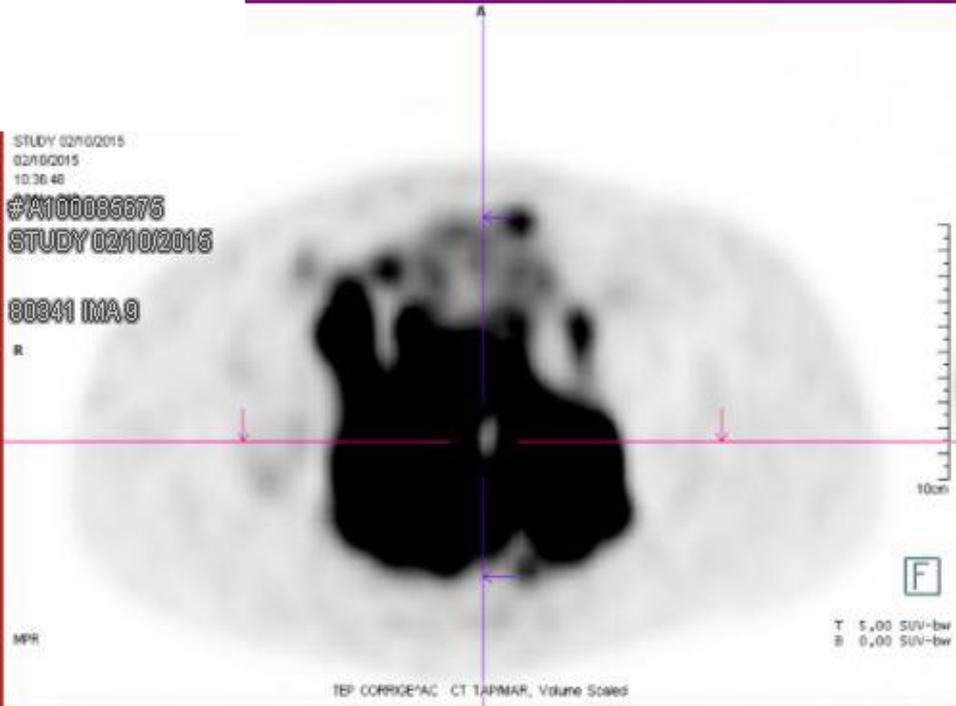


STUDY 02/10/2015
02/10/2015
10:36:48
#A100086676
STUDY 02/10/2015

80841 IMA 9

R

MPR



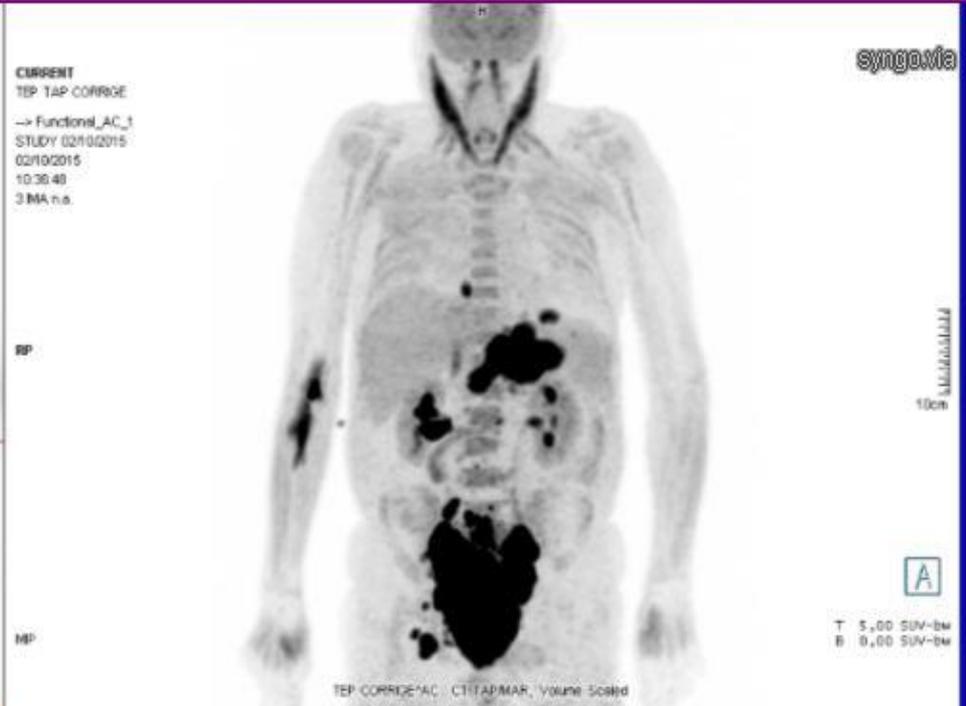
T 5,00 SUV-bw
B 0,00 SUV-bw

TEP CORRIGE*AC CT TAPMAR, Volume Scaled

CURRENT
TEP TAP CORRIGE
-> Functional_AC_1
STUDY 02/10/2015
02/10/2015
10:36:48
3 MA na

RP

MP

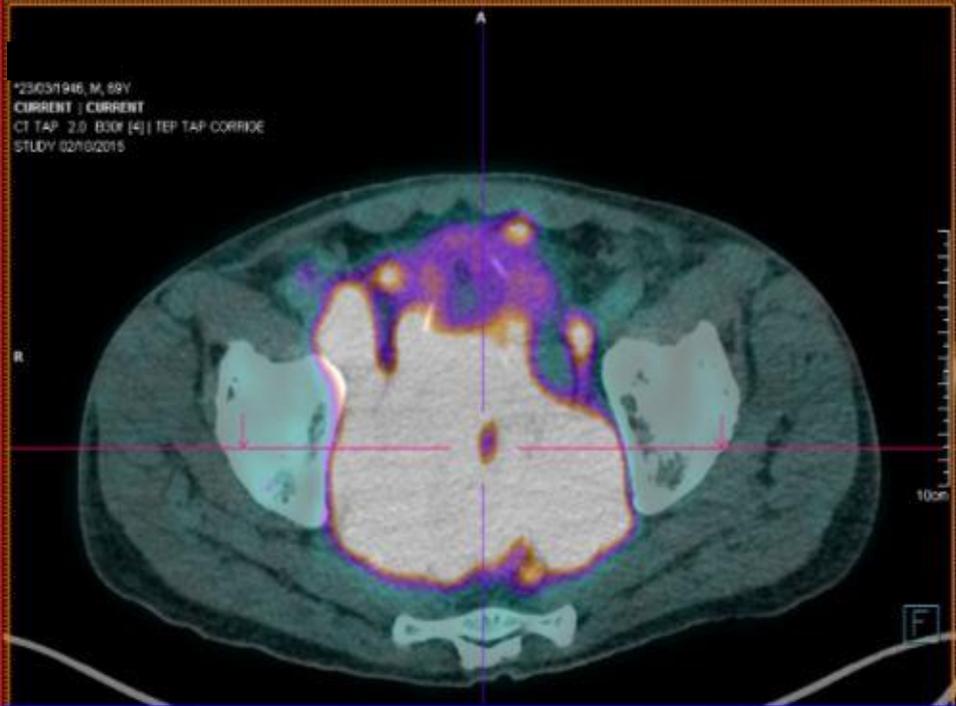


T 5,00 SUV-bw
B 0,00 SUV-bw

TEP CORRIGE*AC CT TAPMAR, Volume Scaled

*23031946, M, 69Y
CURRENT ; CURRENT
CT TAP 2.0 BOX [4] TEP TAP CORRIGE
STUDY 02/10/2015

R



10cm

F

02/10/2015
10:36:53.19
4 MA -453
SF F1416.8

R

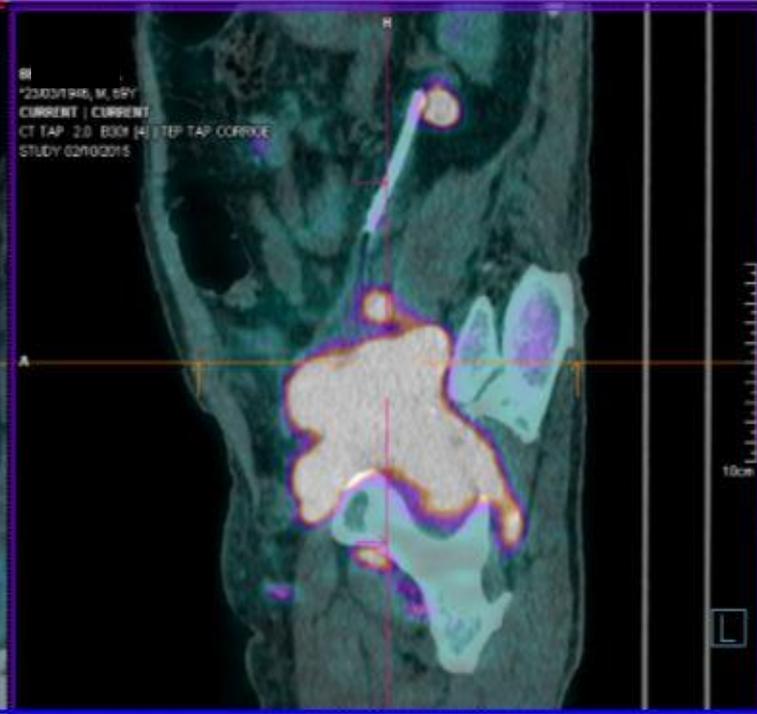
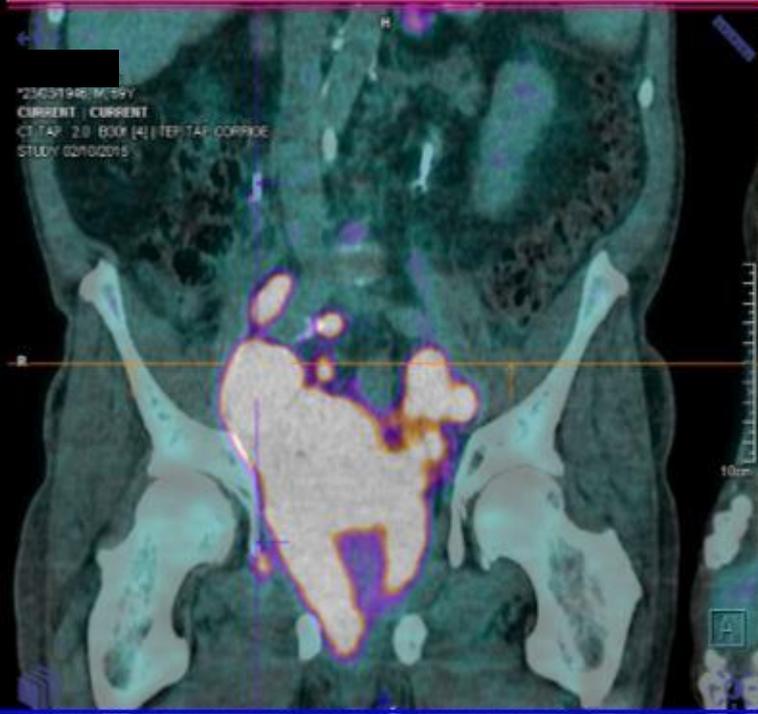
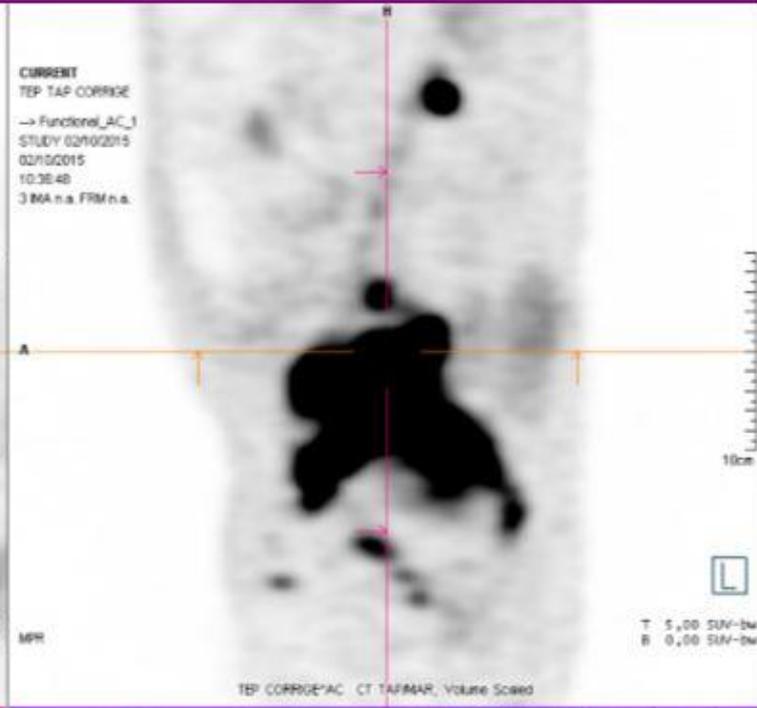


10cm

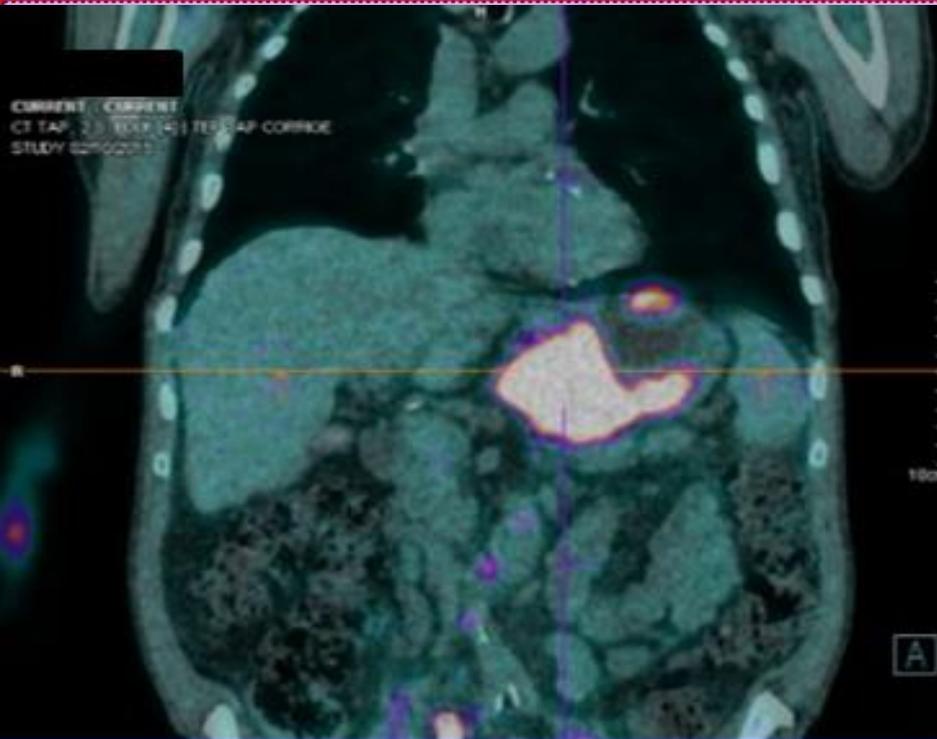
Zoom 0,62

1123*1600

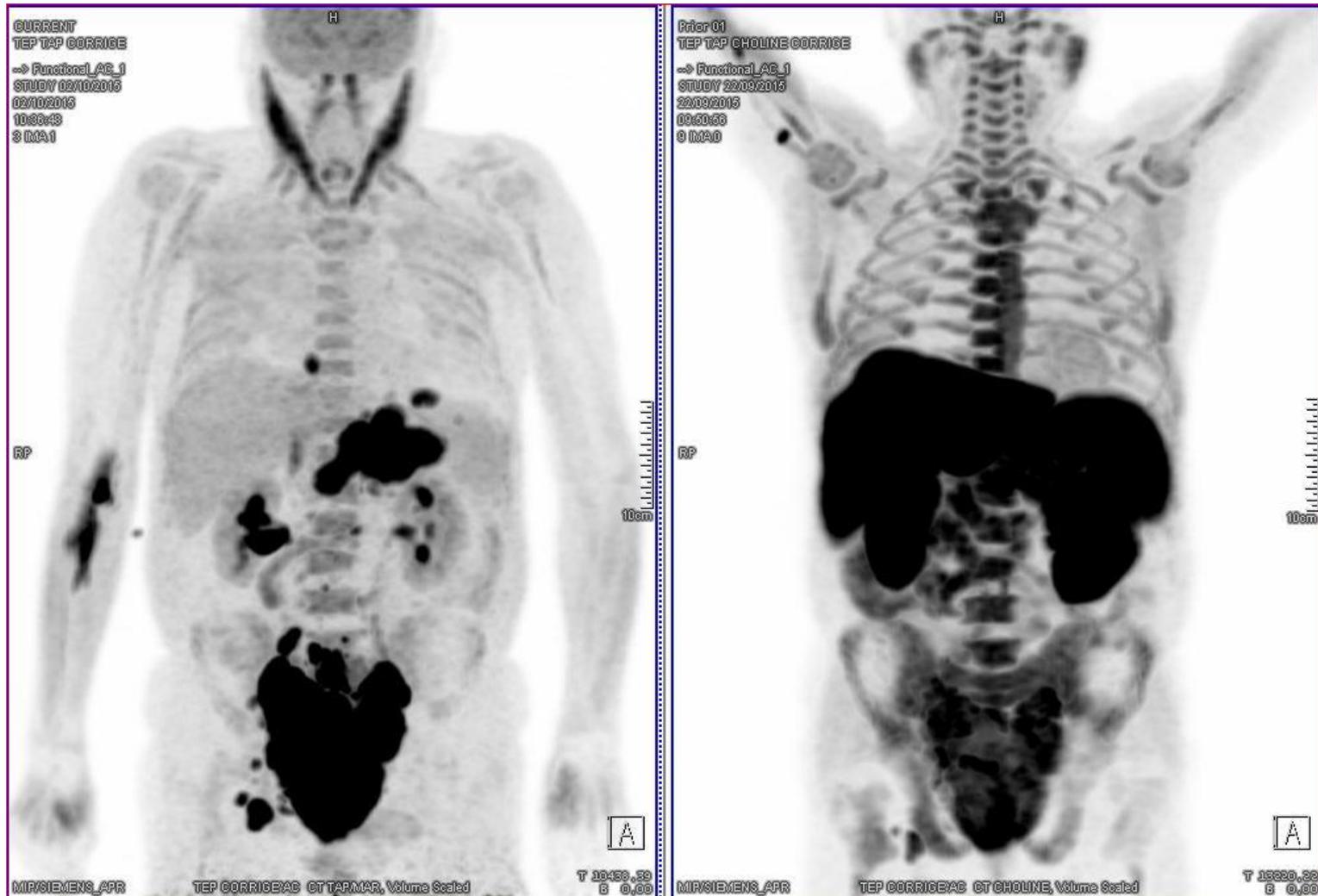
*23/03/1946, M, 69Y
A100085675
STUDY 02/10/2015
80341 IMA 7

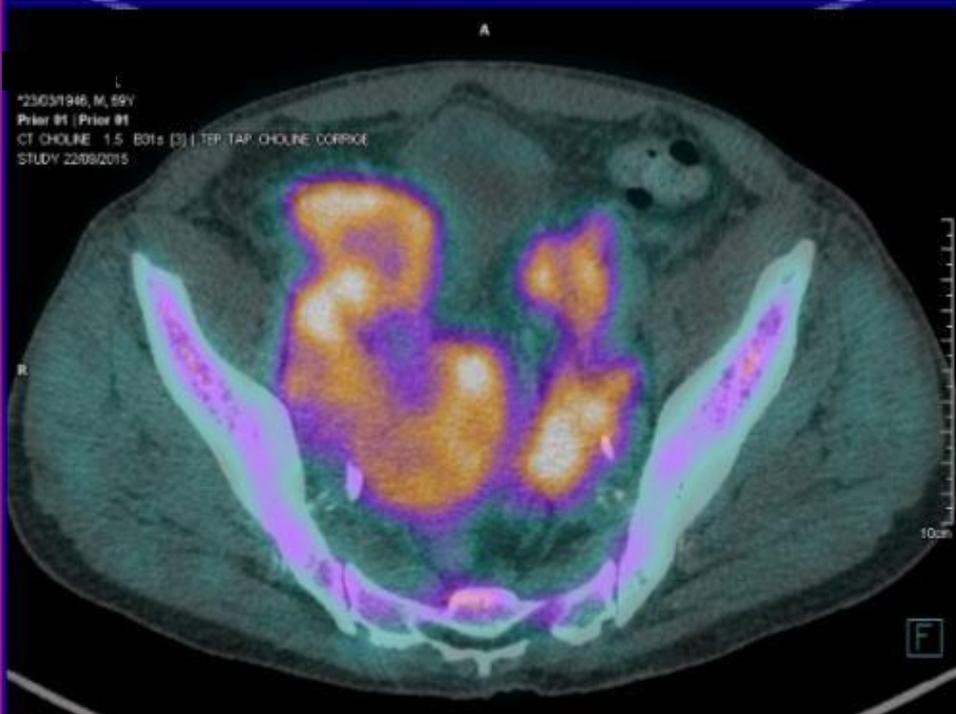
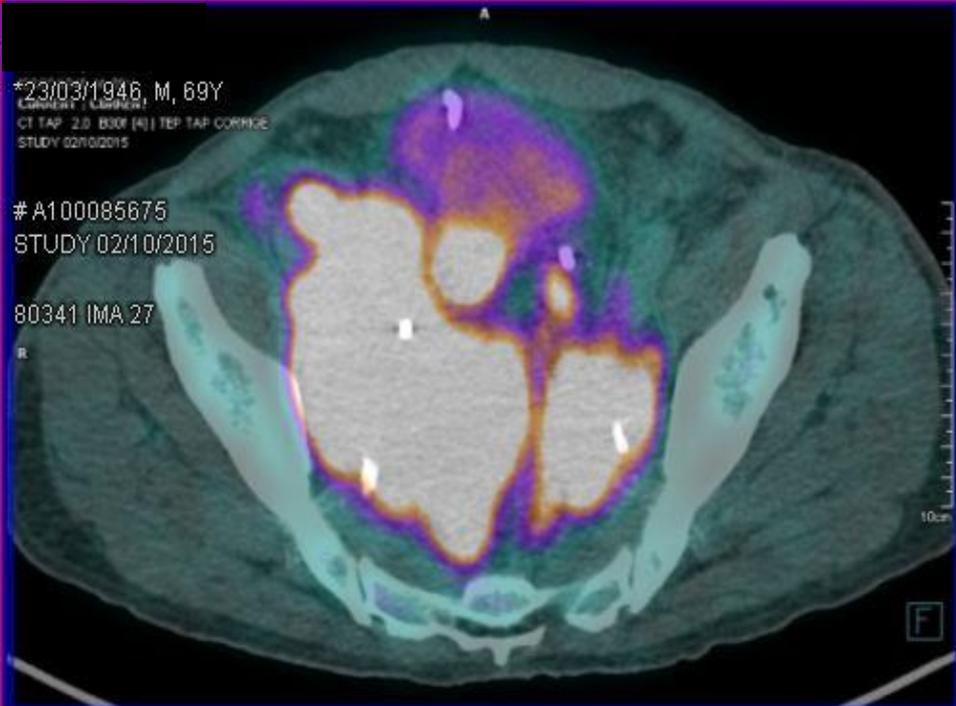


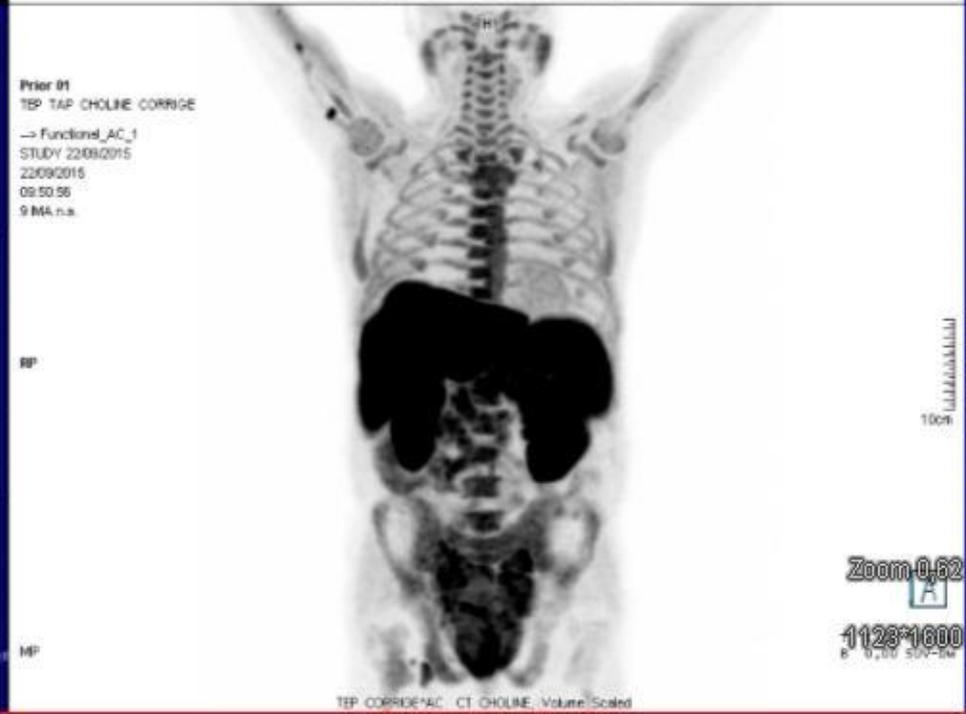
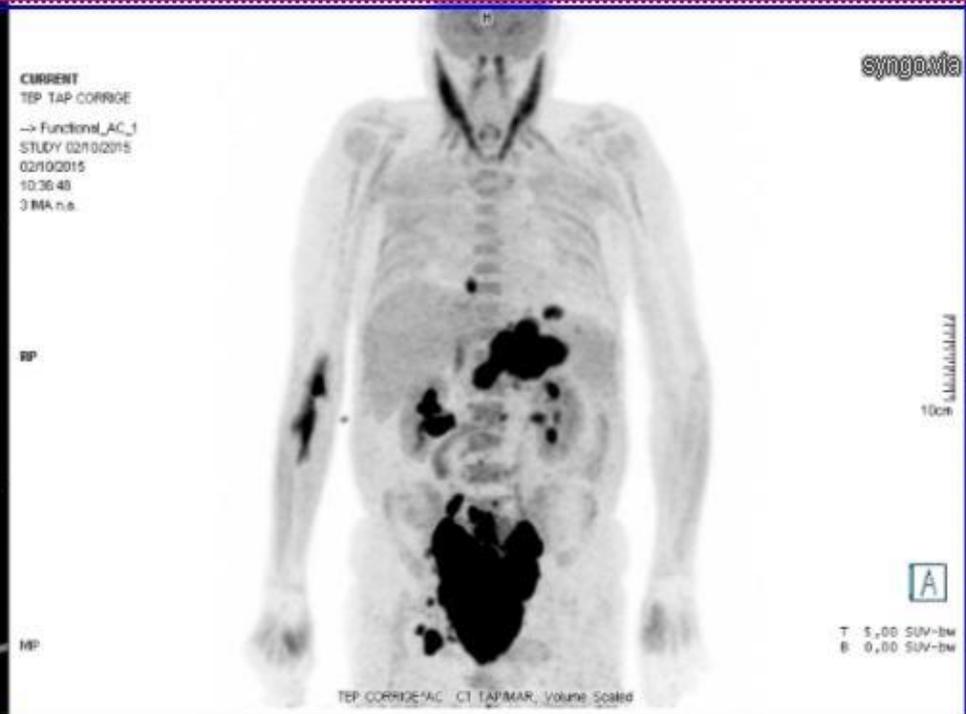
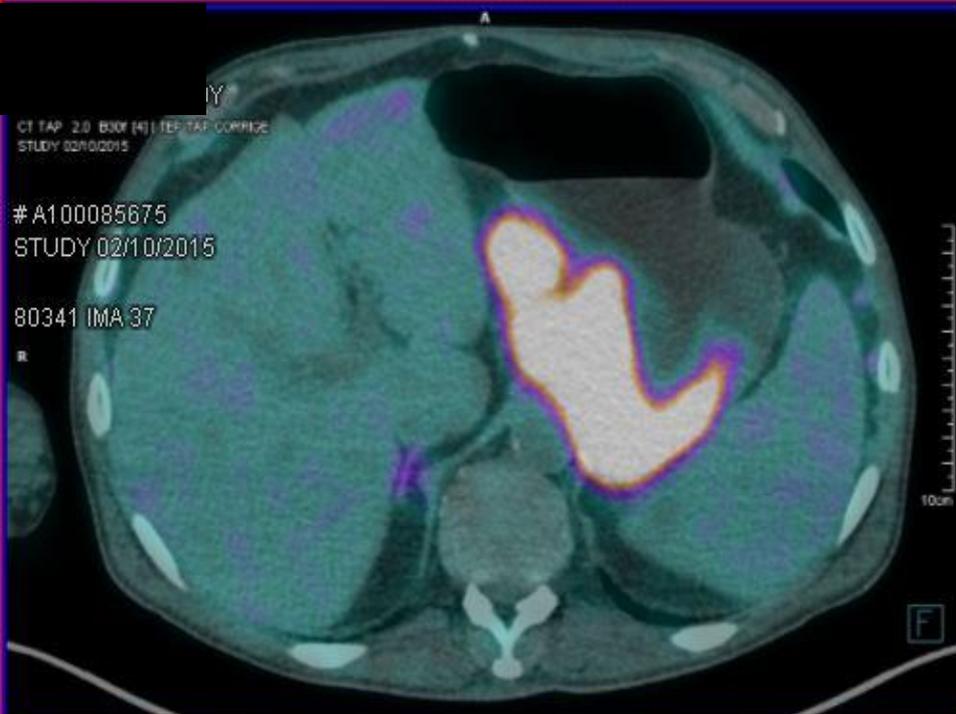
Zoom 0,62
1123*1267



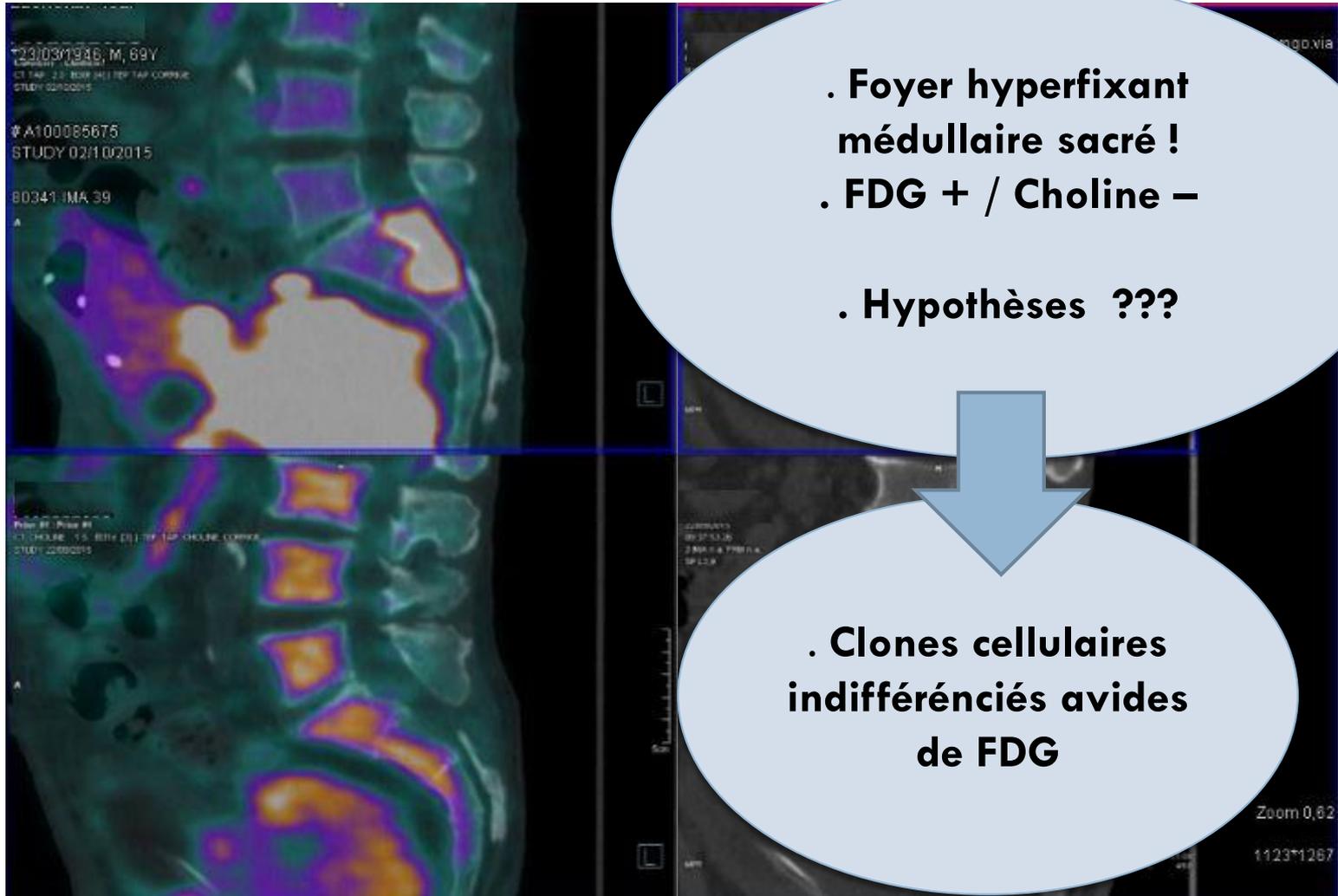
Comparison FDG - Choline







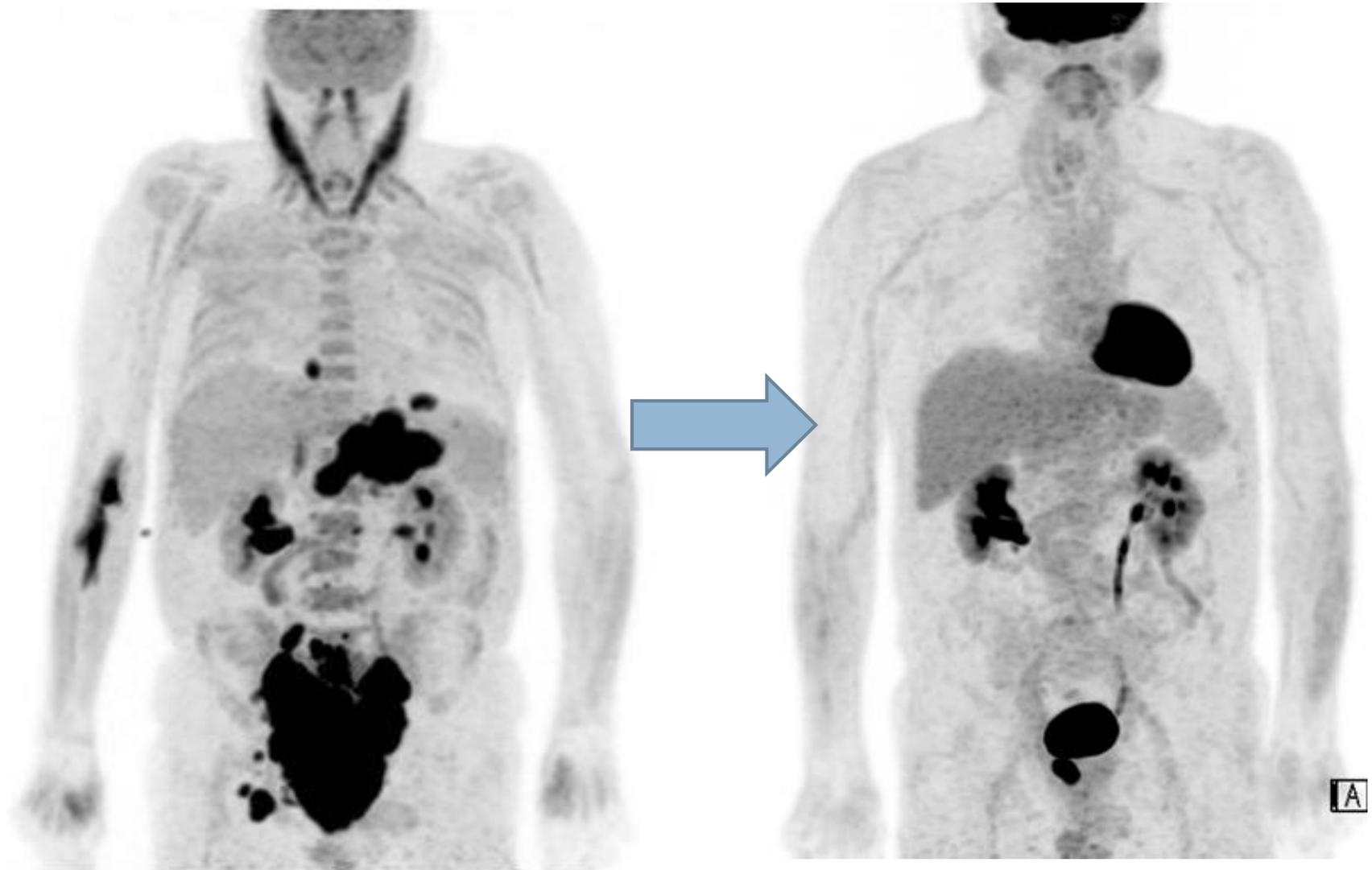
Apparition d'un nouveau foyer en TEP 18-FDG!

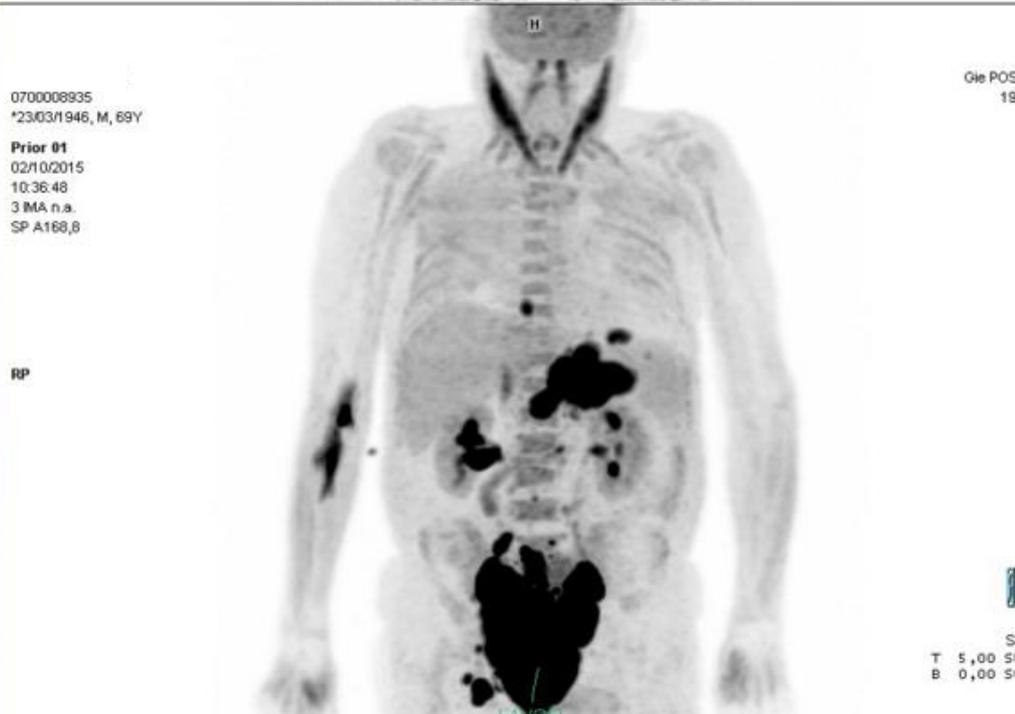
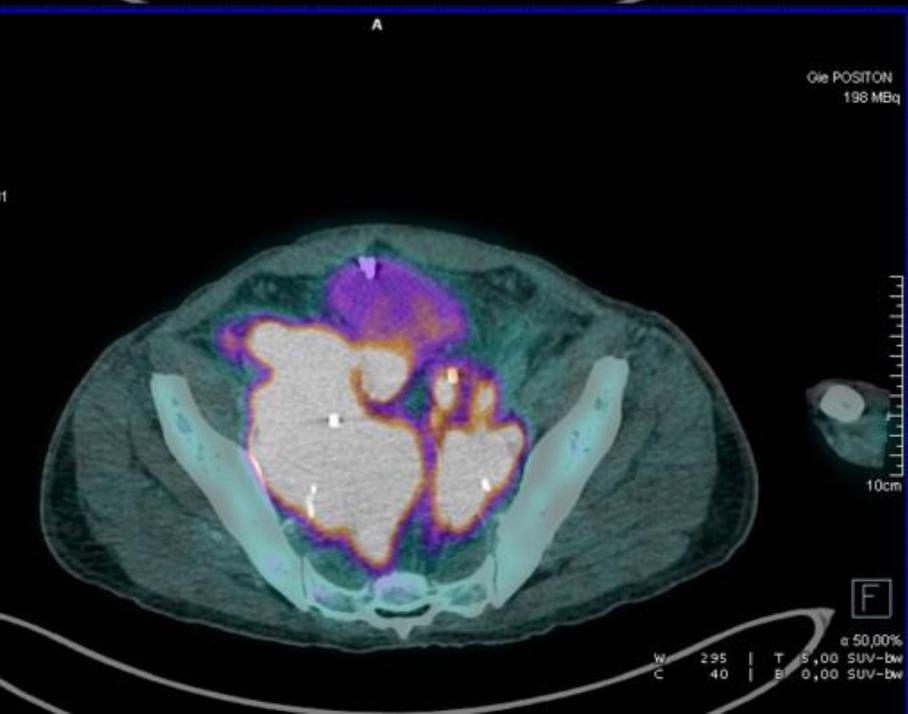
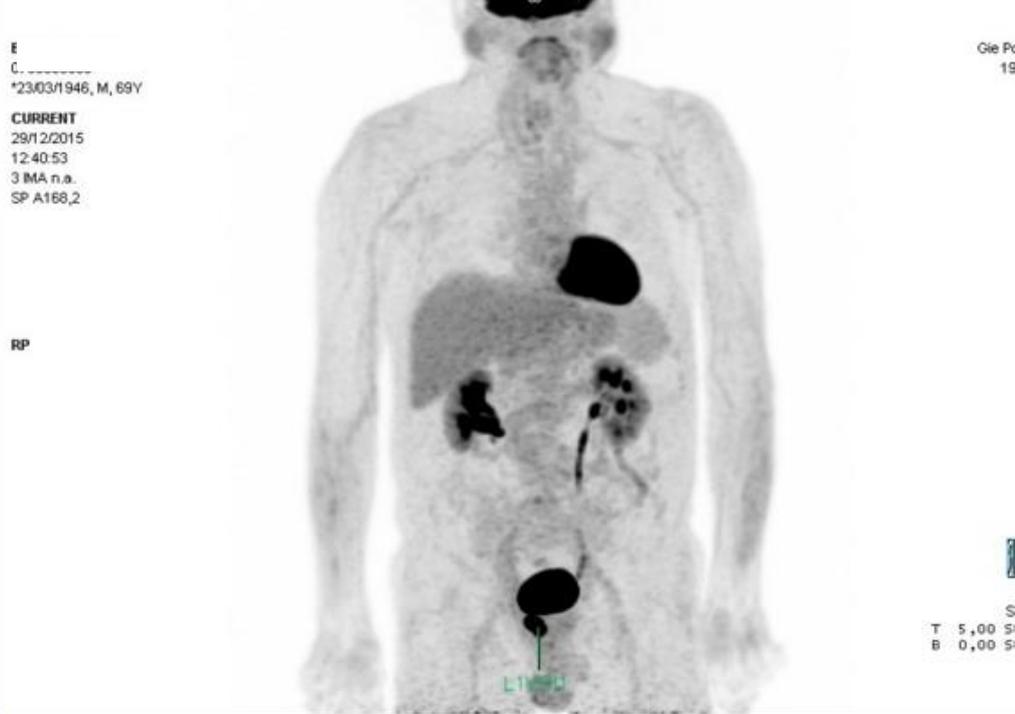
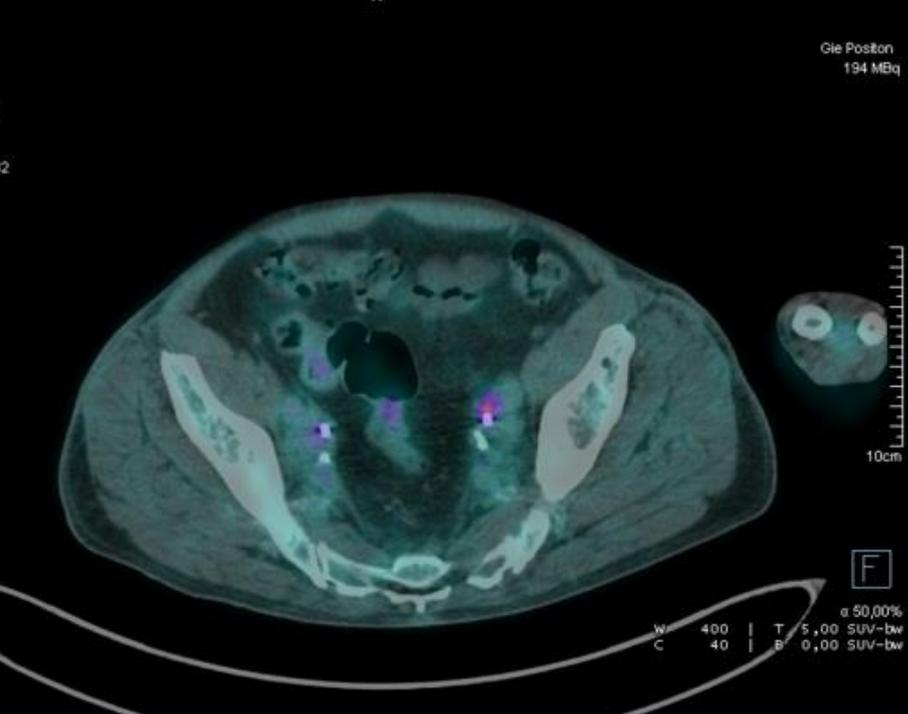


- . Foyer hyperfixant médullaire sacré !
- . FDG + / Choline -
- . Hypothèses ???

. Clones cellulaires indifférenciés avides de FDG

Chimiothérapie R-CHOP: TEP de contrôle après 3 cures





700008935
23.03/1946, M, 69Y
CURRENT | CURRENT
29/12/2015
12:39:59
3 IMA -279 | 3 IMA -206

Gle Poston
194 MBq

IL
69Y

29/12/2015
12:40:53
3 IMA n.a.
SP A168,2

RP

10cm

F

a 50,00%
W 400 | T 5,00 SUV-bw
C 40 | B 0,00 SUV-bw

Gle Po
194

SF
T 5,00 SU
B 0,00 SU

700008935
23.03/1946, M, 69Y
Prior 01 | Prior 01
2/10/2015
10:35:53
3 IMA -277 | 3 IMA -205

Gle POSTON
198 MBq

IL
*23/03/1946, M, 69Y

Prior 01
02/10/2015
10:36:48
3 IMA n.a.
SP A168,8

RP

10cm

F

a 50,00%
W 295 | T 5,00 SUV-bw
C 40 | B 0,00 SUV-bw

Gle POSI
198

SF
T 5,00 SU
B 0,00 SU

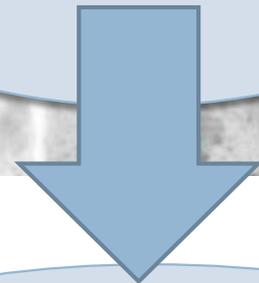
*23/03/1946, M, 69Y
CURRENT | CURRENT
29/12/2015
12:39:59
4 IMA -500 | 3 IMA -370

Gie Positon
194 MBq

*23/03/1946, M, 69Y
CURRENT
29/12/2015
12:40:53
3 IMA n.a.
SP A168,2



. **Persistance d'un
foyer rectal alors que
tout le reste à
disparu ??**



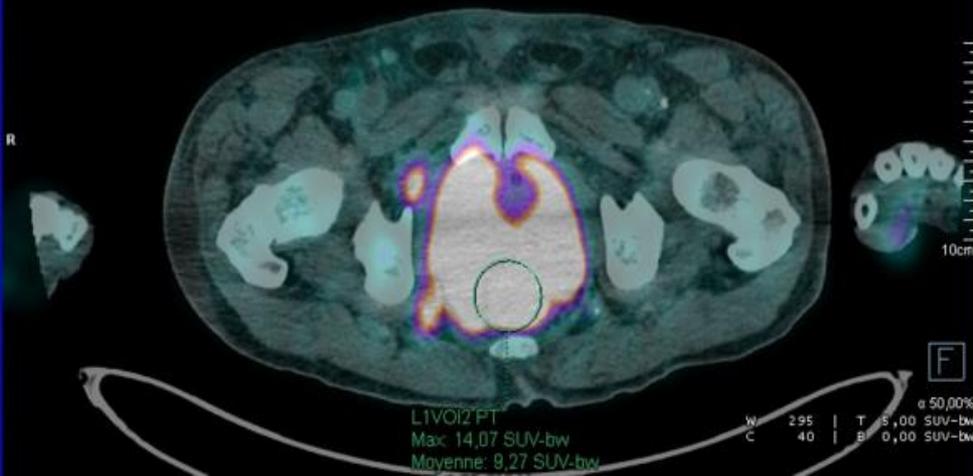
**ADENOCARCINOME
« masqué »**

*23/03/1946, M, 69Y
Prior 01 | Prior 01
02/10/2015
10:35:53
4 IMA -498 | 3 IMA -368

Gie POSITON
198 MBq

Réf :

Né le : 23/03/1946



Ch

J'ai re

... assez
volumineuse lésion ... macroscopiquement
complète.

Sur les résultats anatomo-pathologiques, il existe de rares foyers de dysplasie de haut grade avec une zone de transformation mais en adénocarcinome intramuqueux pur.

Je maintiens donc l'intérêt de réaliser une coloscopie de contrôle sans anesthésie d'ici quelques mois (prévue le 27/07/2016) pour vérifier la cicatrisation locale.

Bien confraternellement.

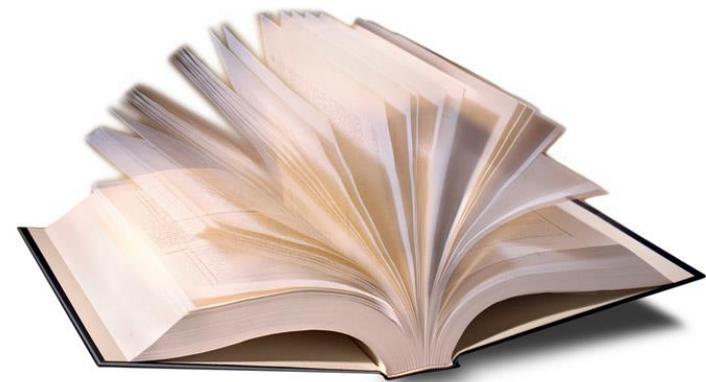
Conclusion

- Découverte d'un cas rare de lymphome de prostate
- Confondu initialement avec un cancer de prostate
- Avec atteinte de l'estomac
- Foyer sacré FDG+ / Choline -
- TEP de contrôle montre un ADK rectal « masqué » !

Lymphome de prostate

- 0,1% des lymphomes non hodgkinien
- 0,1% des néoplasies prostatiques
- Lymphome 1R < 2R (critères de Bostwick)
- Histologie: lymphome B grandes cellules +++

- 220 cas dans la littérature
- 2^{ème} avec prostate et estomac



Y penser devant...

□ Clinique:

- Age moyen de 60ans
- Signes urinaires irritatifs
- AEG

Une clinique trompeuse...

□ Paraclinique

- PSA normal dans la plupart des cas
- Prostate volumineuse hétérogène au scanner
- Faible fixation en TEP Choline

... mais les examens
paracliniques peuvent
aider...

□ Pronostic:

- sombre sauf si bonne réponse initiale

... afin d'avoir une
PEC aussi rapide
que possible.

Merci de votre attention!

