

TEP ET LYMPHOME

DANS LA PRATIQUE QUOTIDIENNE

LES OUTILS INDISPENSABLES



Pourquoi utiliser la TEP?

Une évaluation précise de l'extension de la maladie

Evaluer de façon exacte et précoce la réponse au traitement

Connaitre les facteurs pronostiques et prédictifs

TEP 0
EXTENSION

TEP 2 & 4 **EVALUATION DE LA REPONSE**
CHIMIOSENSIBILITE

TEP 0
CHARGE TUMORALE

TEP FdT **EFFICACITE DU TRAITEMENT**
(MALADIE RESIDUELLE)

Stratégies thérapeutiques guidées par la TEP

Médecine personnalisée à chaque patient

Extension**Analyse visuelle****Charge tumorale**

TMTV : Volume métabolique

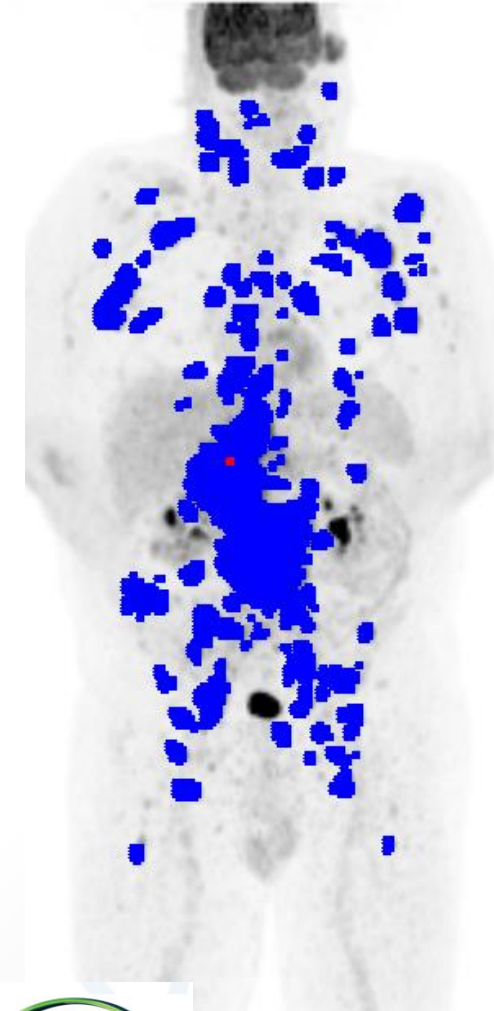
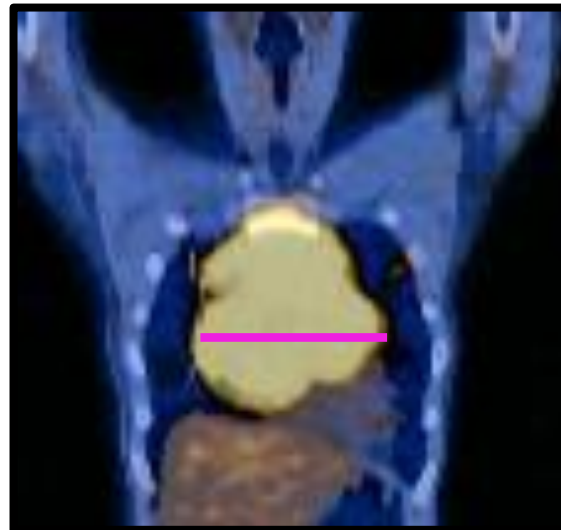
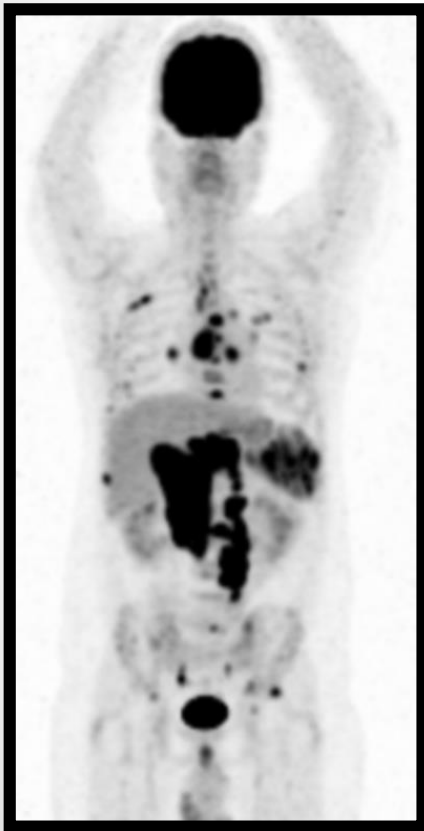
Localisations

Ganglionnaires

Extra-ganglionnaires

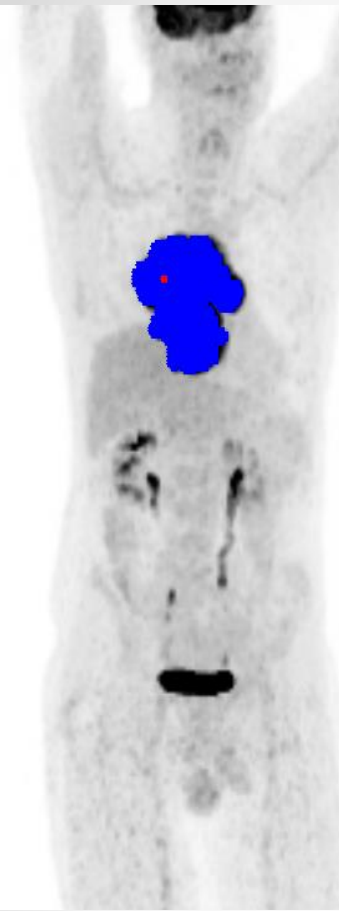
Ostéo-médullaire / BOM ?°

- Bulky: diamètre de la lésion plus volumineuse
- Flèche splénique

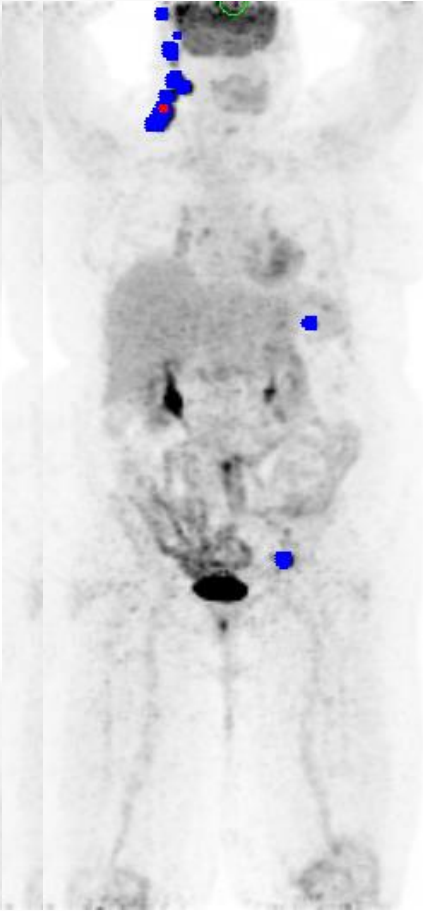


SUVmax de la lésion la plus fixante.
Examen de référence pour l'évaluation de la réponse

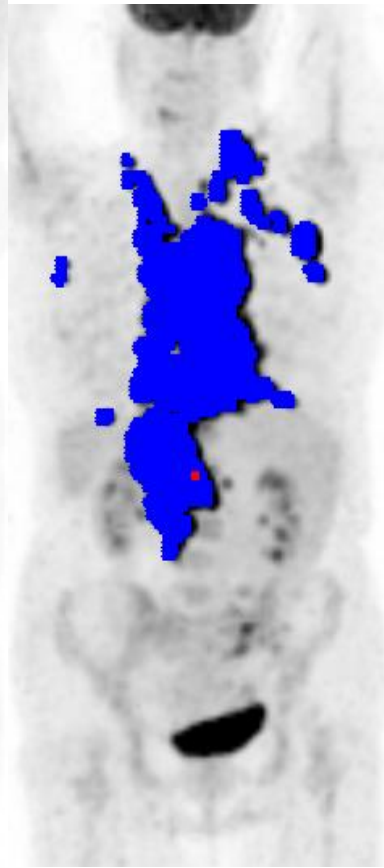
EXTENSION & CHARGE TUMORALE



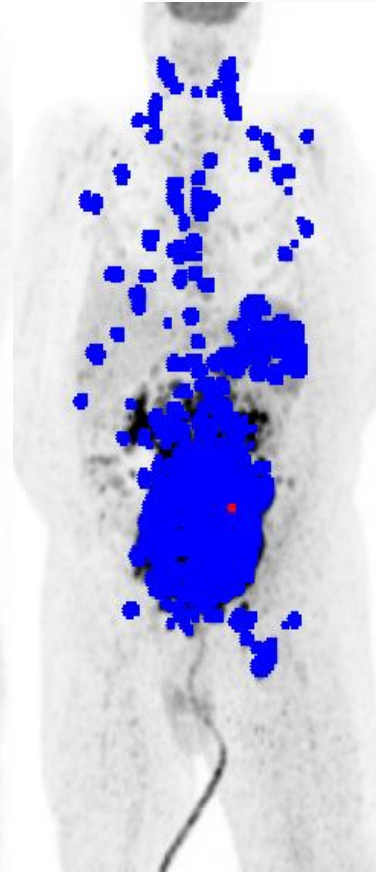
STADE II
MTV = 400 ml



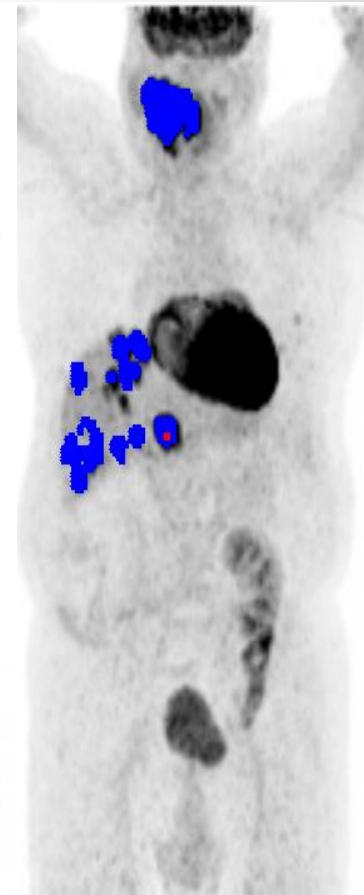
STADE III
MTV = 17ml



STADE III
MTV = 735 ml



STADE IV
MTV = 1854 ml



STADE IV
MTV = 129 ml

Deauville (DS)

LUGANO // CHESON 2016

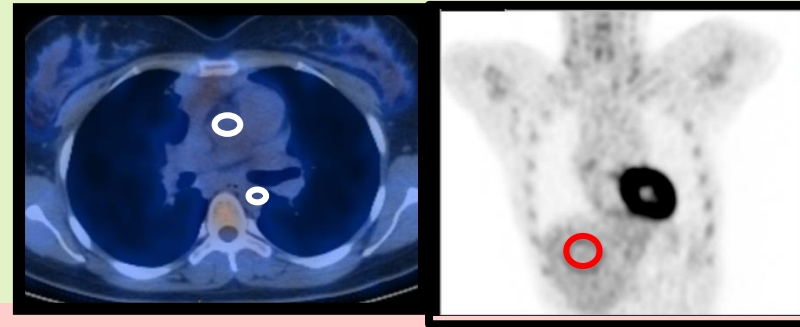
Echelle à 5 points (5PS)

1 Pas de lésion hypermétabolique

2 Fixation \leq médiastin

3 Fixation \leq foie

(OM, ORL, RATE)



**REPONSE
METABOLIQUE
COMPLETE**



REPONSE METABOLIQUE PARTIELLE

** Si FdT : maladie résiduelle.*

4 Fixation \gg foie, de façon modérée

< 200%

**NON REPONSE METABOLIQUE
MALADIE STABLE**

5 Fixation intense, nouvelles lésions

> 200 ou

PROGRESSION METABOLIQUE

*Augmentation de l'intensité de captation ou
nouvelles lésions*

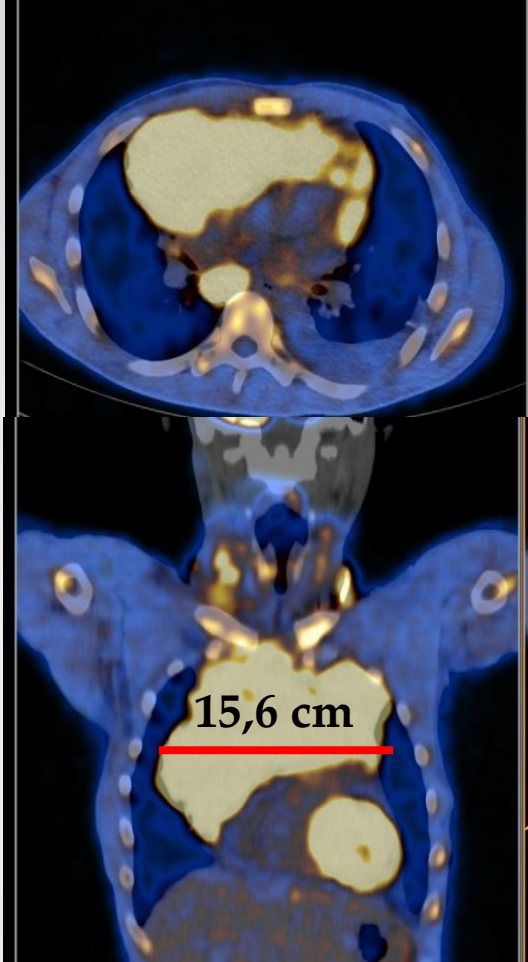
300%

Nouvelles lésions:

non présentes sur la TEP0 chez un patient répondant par ailleurs :5PS 1,2,3

*non présentes sur la TEP0 mais avec maladie résiduelle: 5PS:1,2,3 si explication
infection, inflammation ● 5*

5PS: 5 == biopsie



Lymphome de Hodgkin; 19 ans H
Diag: Juillet 2013 tamponnade
LH scléronodulaire EBV- Stade IIE Bb
(péricarde) (M/T =0.66)
IPS 4

AUTRES INFORMATIONS

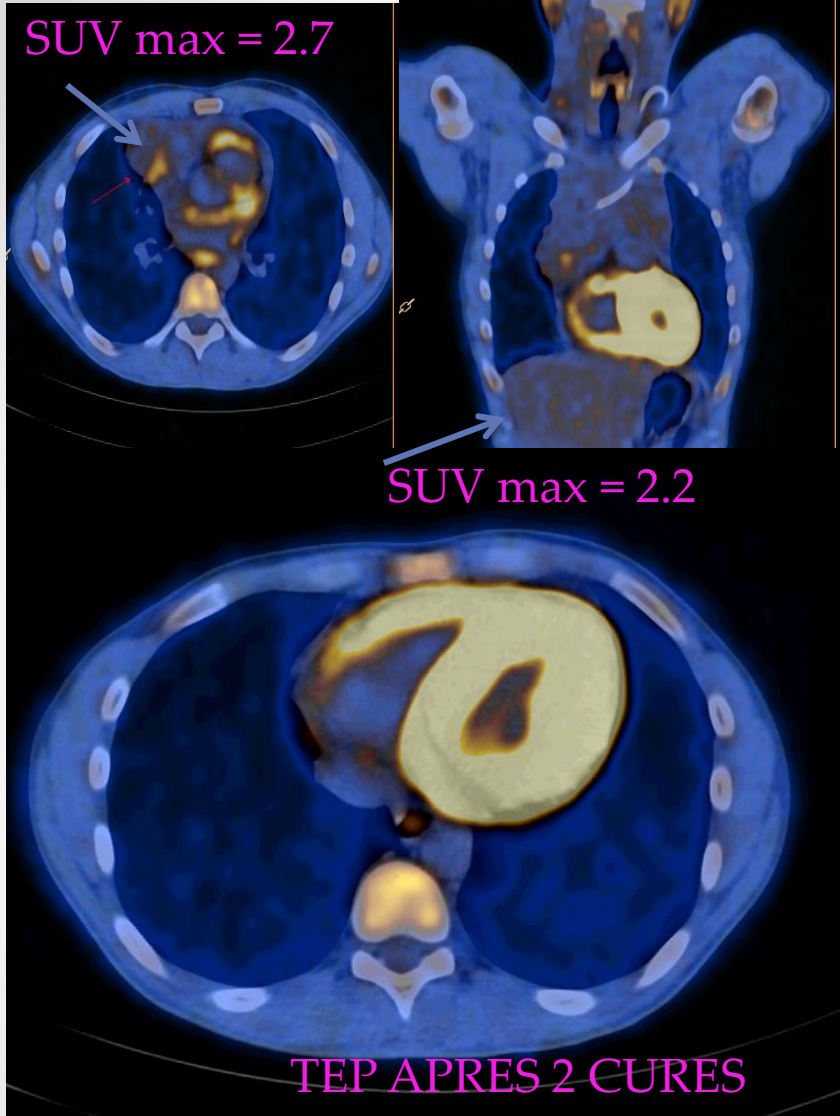
SUV max = 10,6

Bulky

TMTV = 509 ml

Extension

- 1: atteinte ganglionnaire sus-diaphragmatique (stade I ou II)
- 2: atteinte ganglionnaire sus et sous-diaphragmatique (stade III)
- 3: atteinte viscérale et/ou OM (stade IV)
- 4: atteinte viscérale par contiguïté (E)



Patient inclus dans l'essai AHL 2011

Stratégie thérapeutique guidée TEP :

2 cures de BEACOPPesc puis évaluation TEP
 si RC => ABVD x 4
 Si RP=> 4 BEACOPPesc (PET4-)

Si PET4+: Rattrapage

DS : 3

Suv max lésion < 140 % SUV max hépatique

1: DS = 1

2: DS = 2

3: DS = 3

4: DS = 4

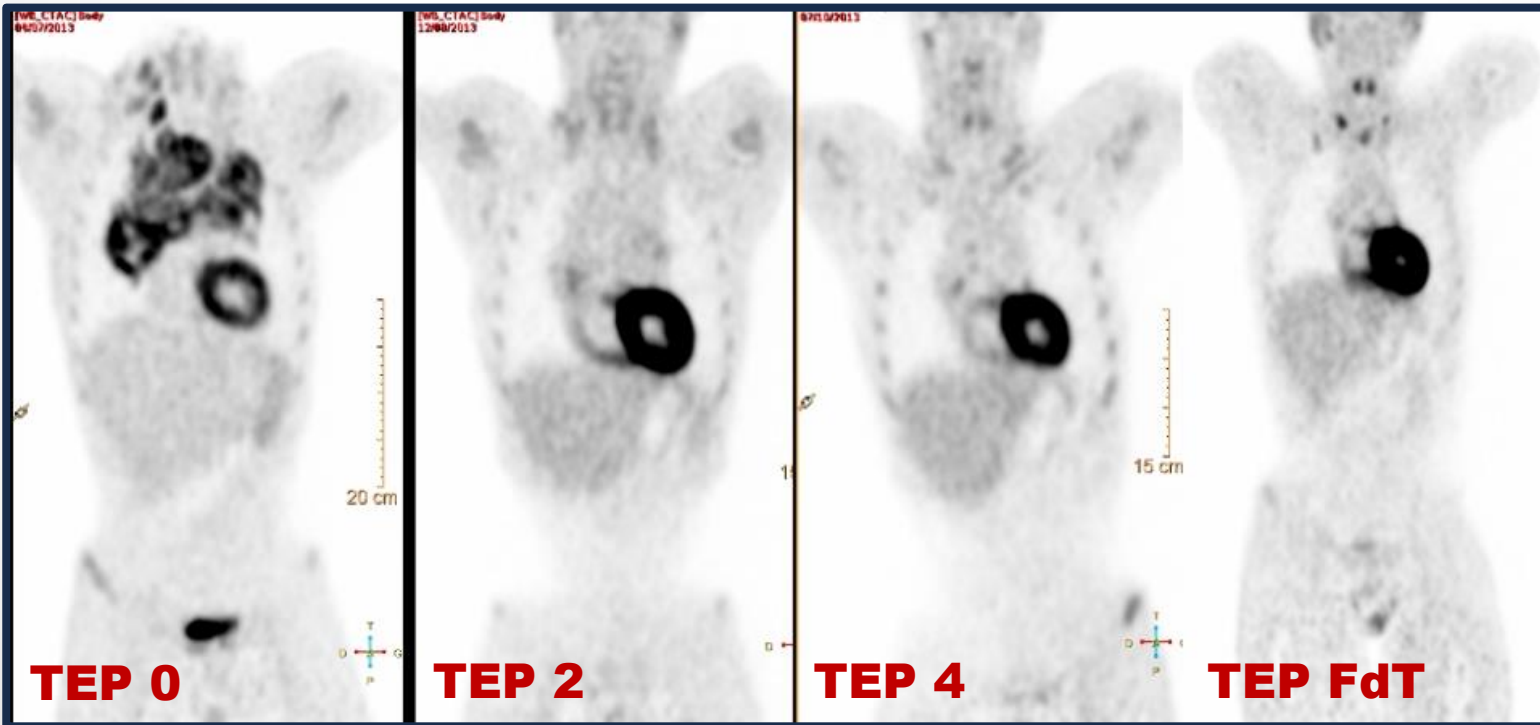
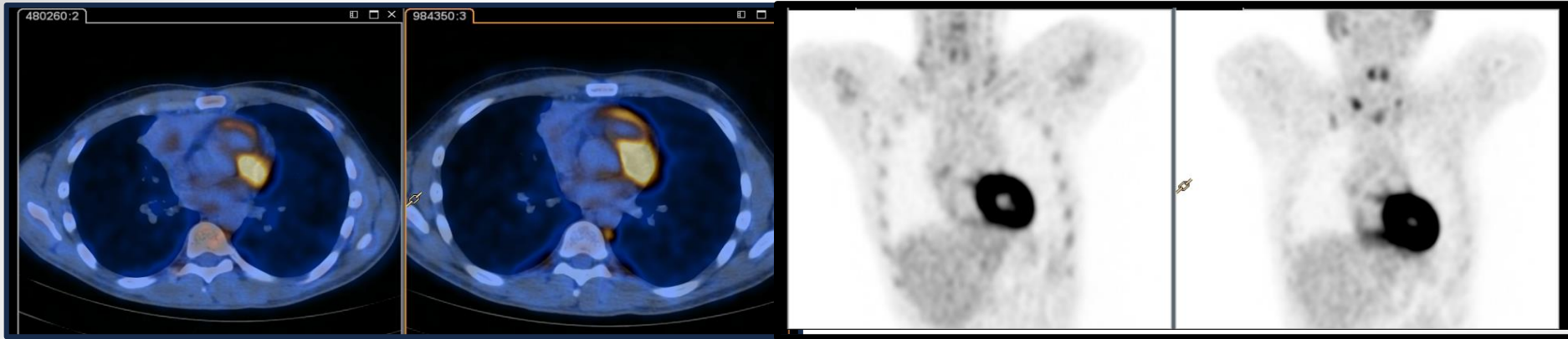
5: DS = 5

TEP 4

TEP FdT

TEP 4

TEP FdT



Conclusion RCP Janvier 2017 : Alors que nous sommes à plus de 3 ans après arrêt de tout traitement, MM est toujours en réponse complète de son lymphome

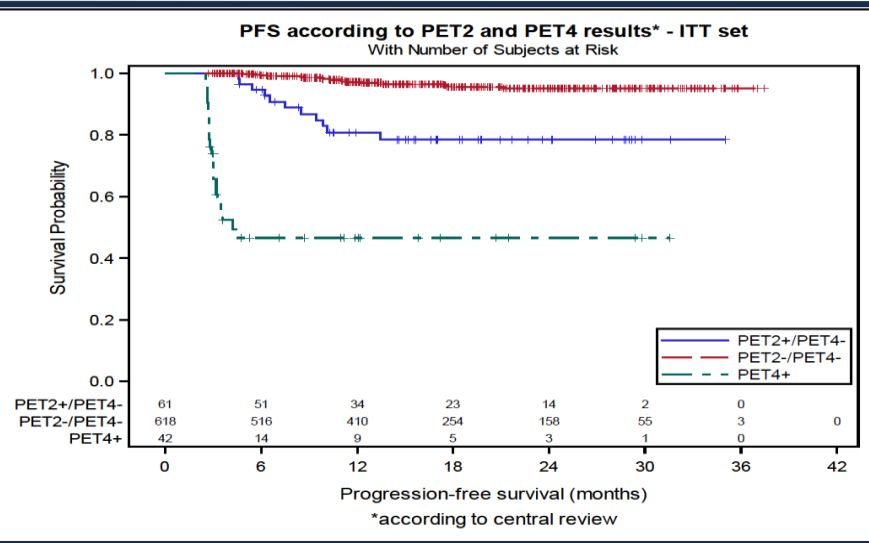
Taux de désescalades :

TEP2+ = 13%

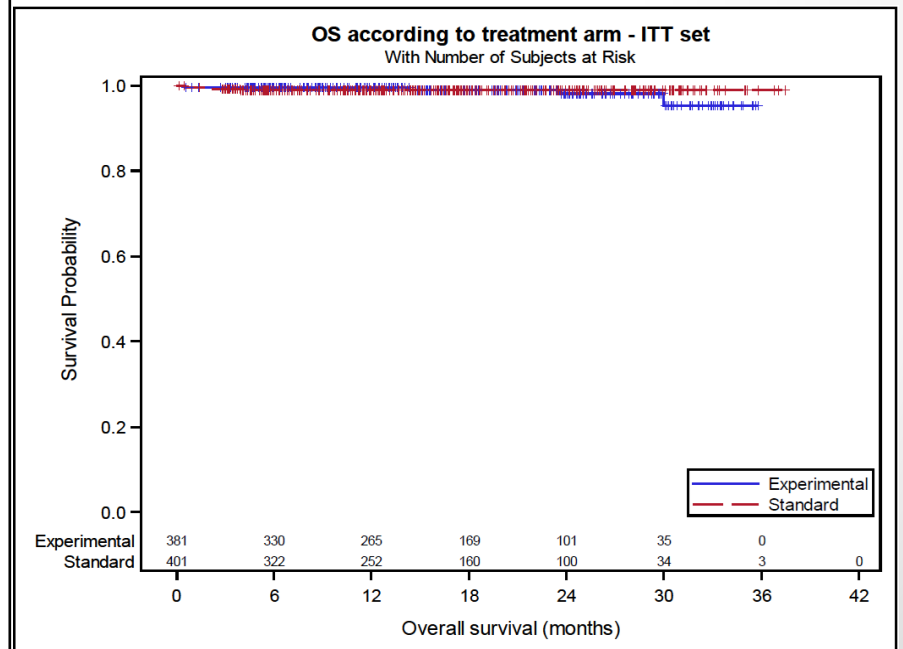
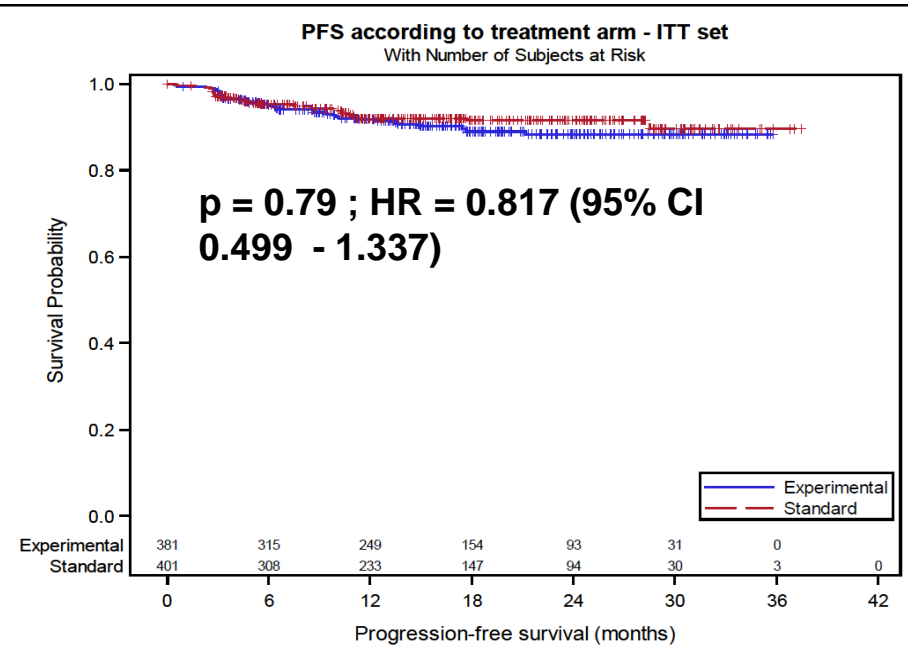
TEP2- = 87% => Désescalade

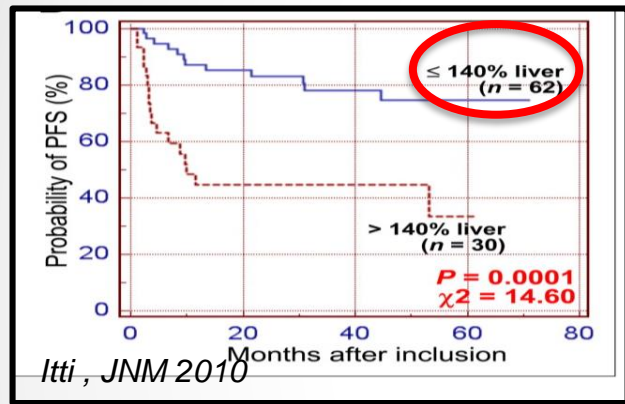
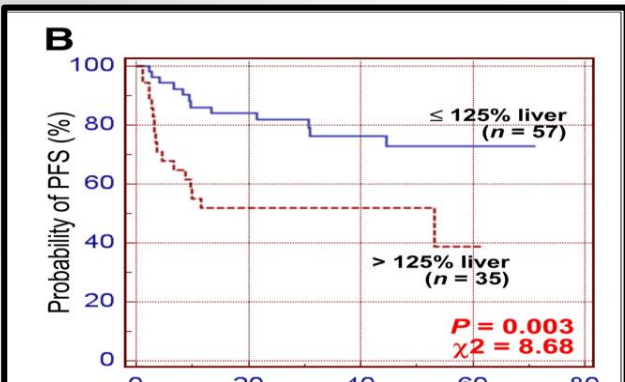
TEP4 + = 6% => traitement de rattrapage

DS 4 si **> 140%** SUVmax hépatique



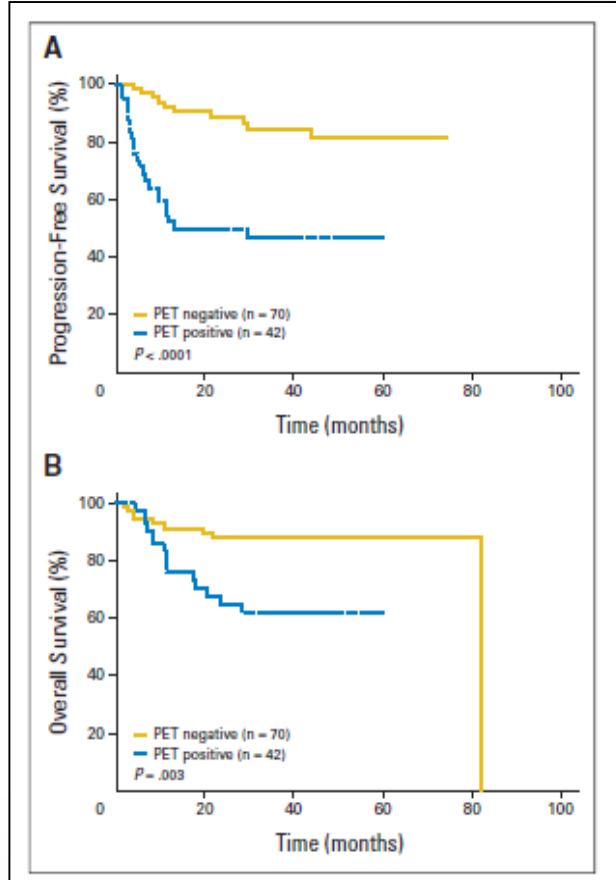
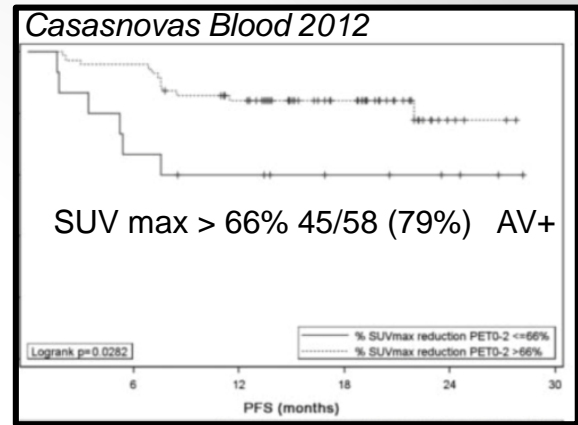
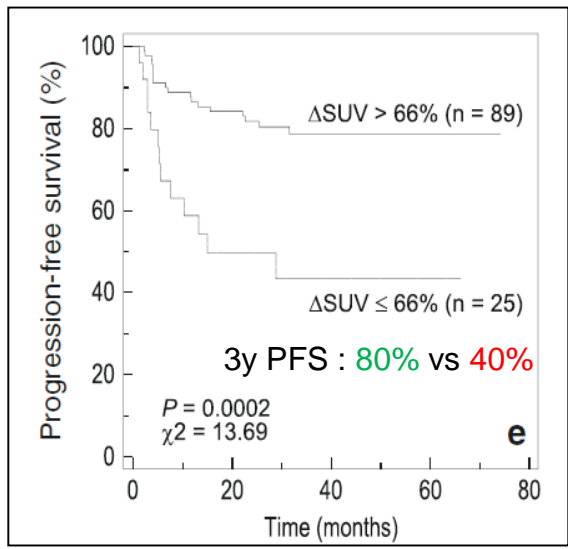
Casnovas Communication ASH 2015





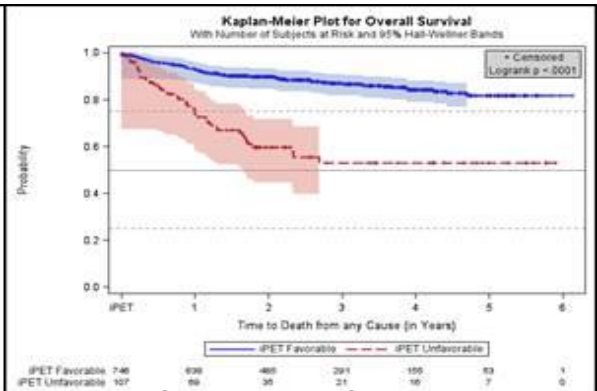
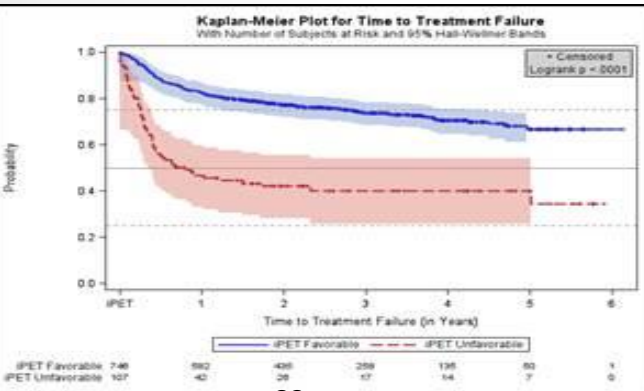
LNH

E. Itti et al, EJNM 2013



SUVmax initial > 10
SUVmax résiduel < 5

ΔSUV max 0-2 66%



Comparing Different Treatment Approaches Based on Interim PET Results (PETAL Trial) *U Durhsen et al., ASH 2014*

TEP INITIAL

Analyse visuelle (extension)
SUV max ,
bulky
TMVT = domaine de l'expérimentation

TEP INTERIMAIRE

Critères de Lugano (score de Deauville)
seuil: LH < 140 % SUVmax Hep

LBDGC Δ SUVmax TEP2 < 66% SUVmax initial < 10 (2-4% de pts): FP



SUVmax résiduel < 5
Les stratégies TEP guidées :

*Nécessitent une juste interprétation
des TEP et une bonne coopération
Nucléariste/Hématologue*

TEP DE FIN DE TRAITEMENT

Critères de Lugano (score de Deauville)

Nouvelles technologies
TEP numériques

PSF :

SUVmax 48%

Ratio lésion/foie : 31%

Elske Quak et al haematologica 2014

