

Un aspect trompeur en Otreoscan

*De Vaugelade C., Pinaquy JB., Tlili G., Hindie E.,
Bordenave L., Schwartz P.
Médecine nucléaire, Hôpital Haut-Lévêque*



18.05.2017 3èmes JFMN
Nantes



Contexte

- Me A., 66 ans
- Se présente aux urgences pour **douleurs abdominales** et **fièvre**

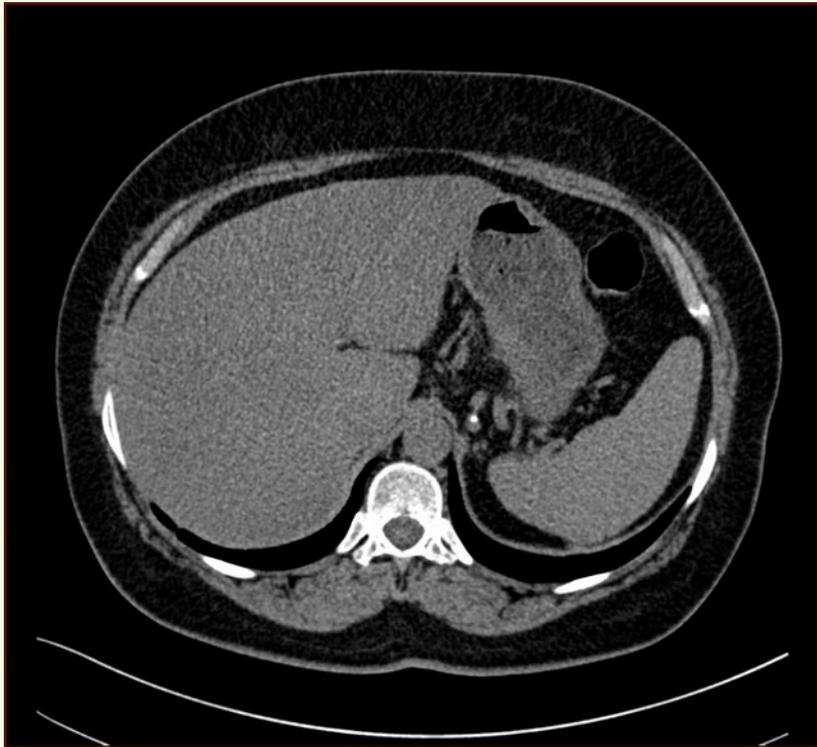
Antécédents

- Néphrectomie droite en 1990 pour cancer à cellules claires
- Diverticulite sigmoïdienne
- HTA
- Hypercholestérolémie
- Reflux gastro-oesophagien



TDM

TDM

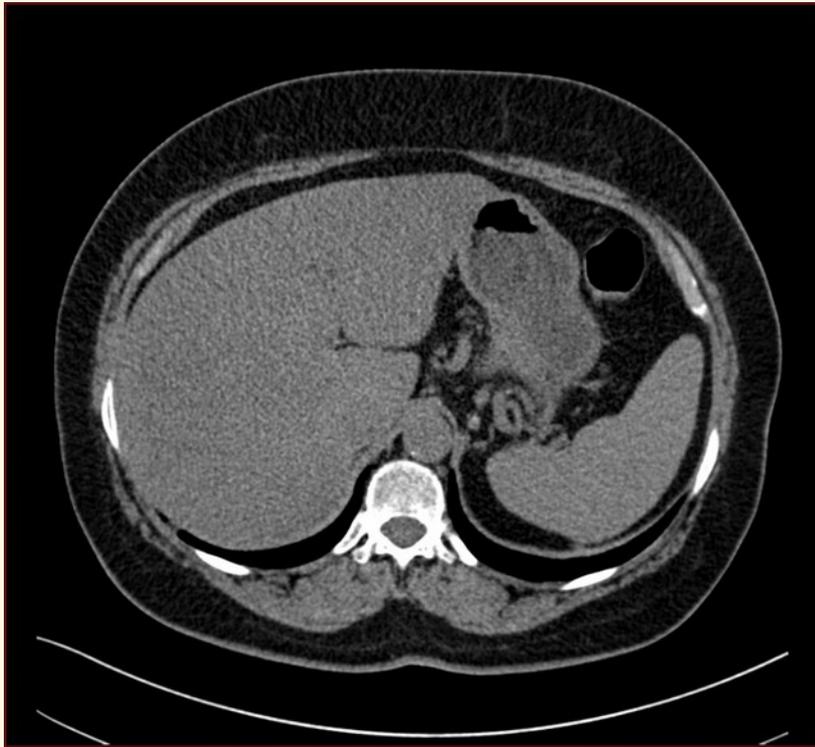


Sans injection de PdC



Temps artériel

TDM

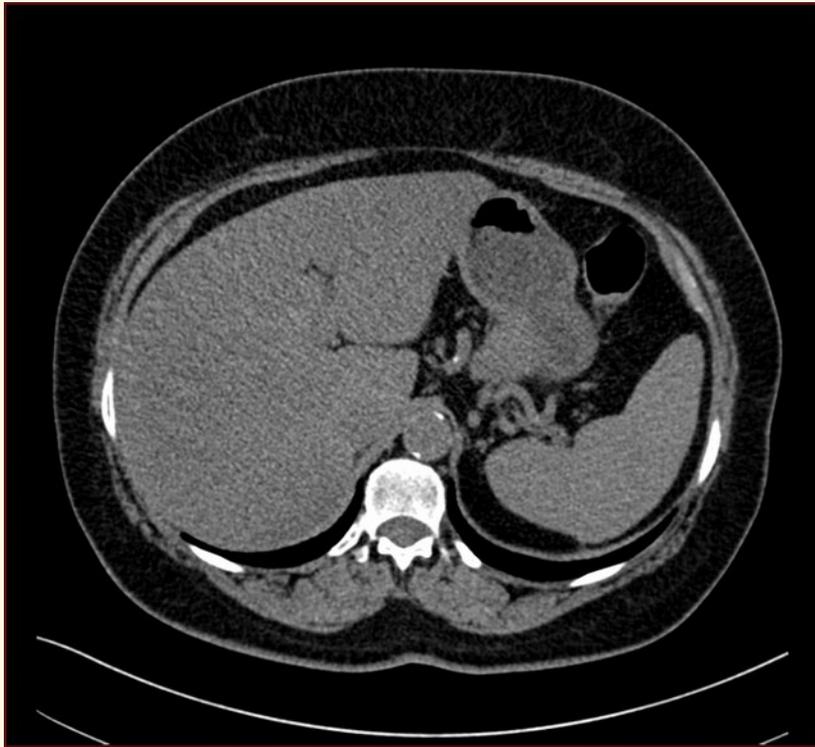


Sans injection de PdC

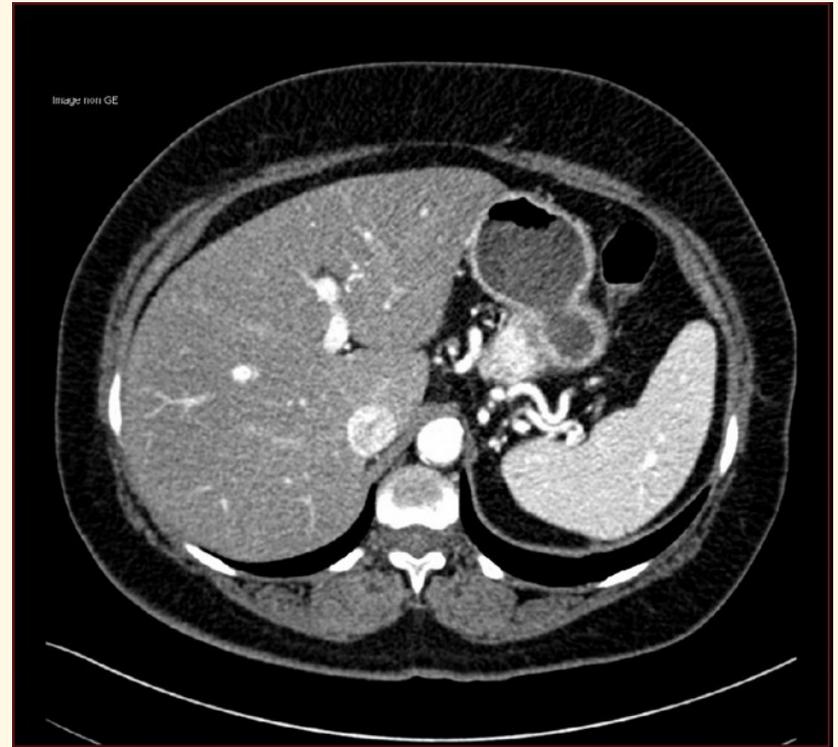


Temps artériel

TDM

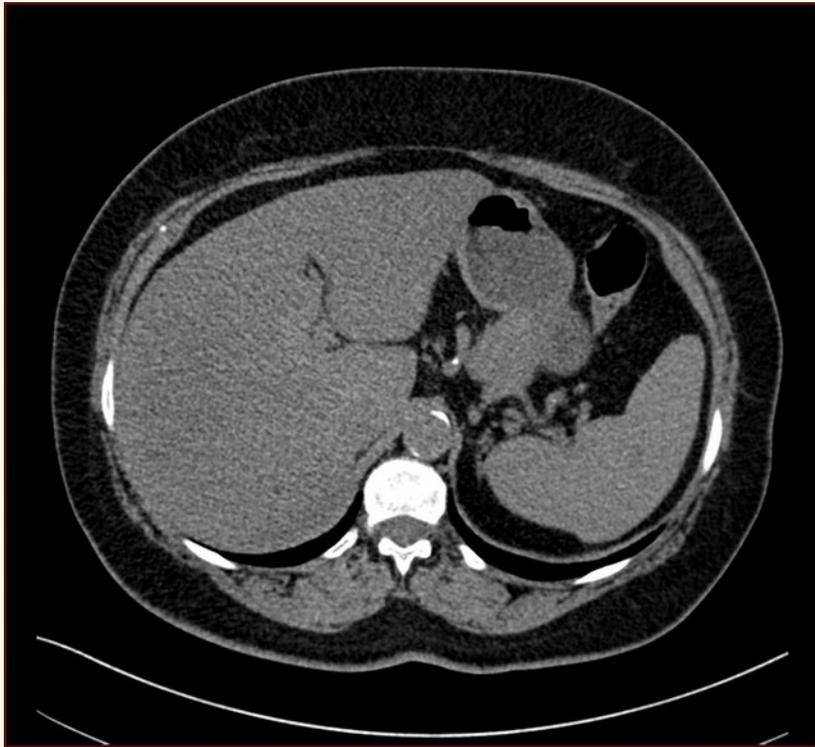


Sans injection de PdC

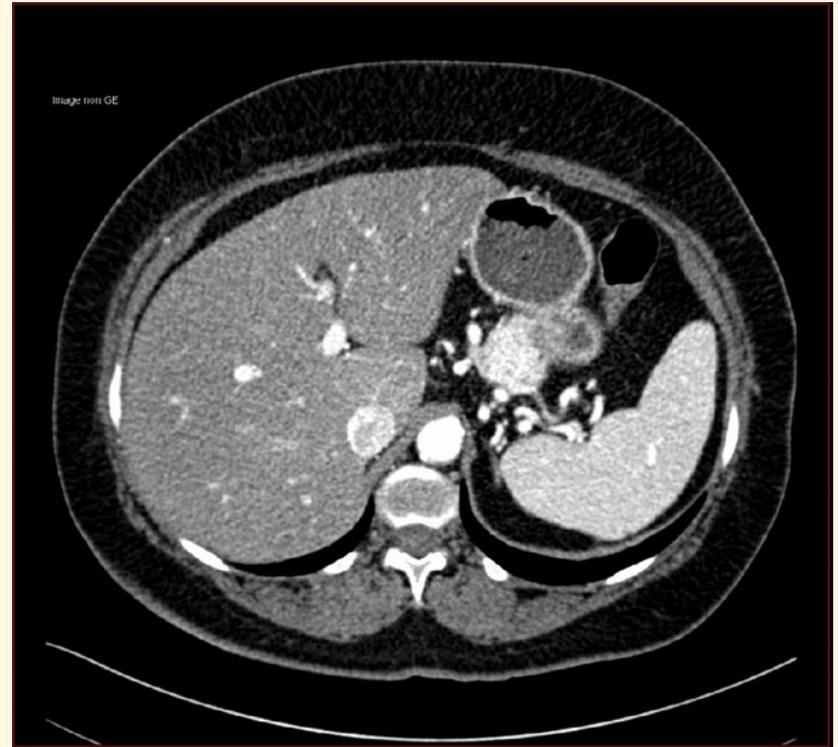


Temps artériel

TDM

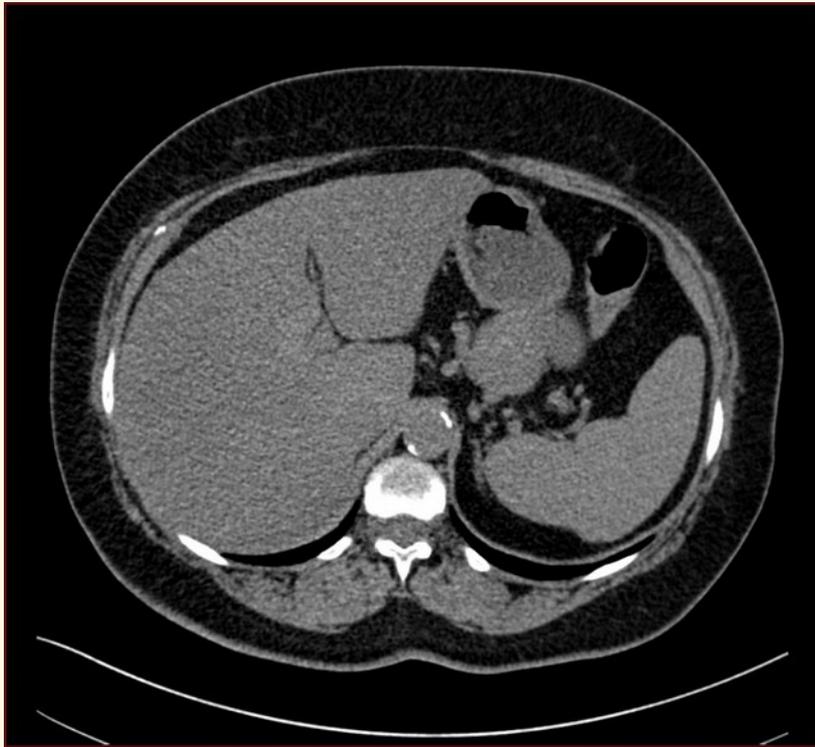


Sans injection de PdC

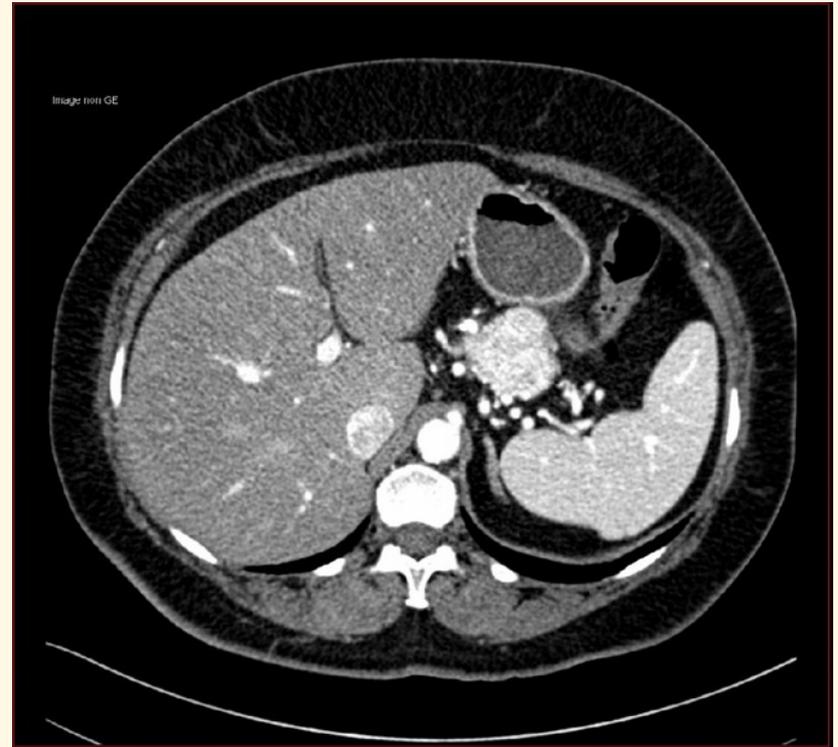


Temps artériel

TDM

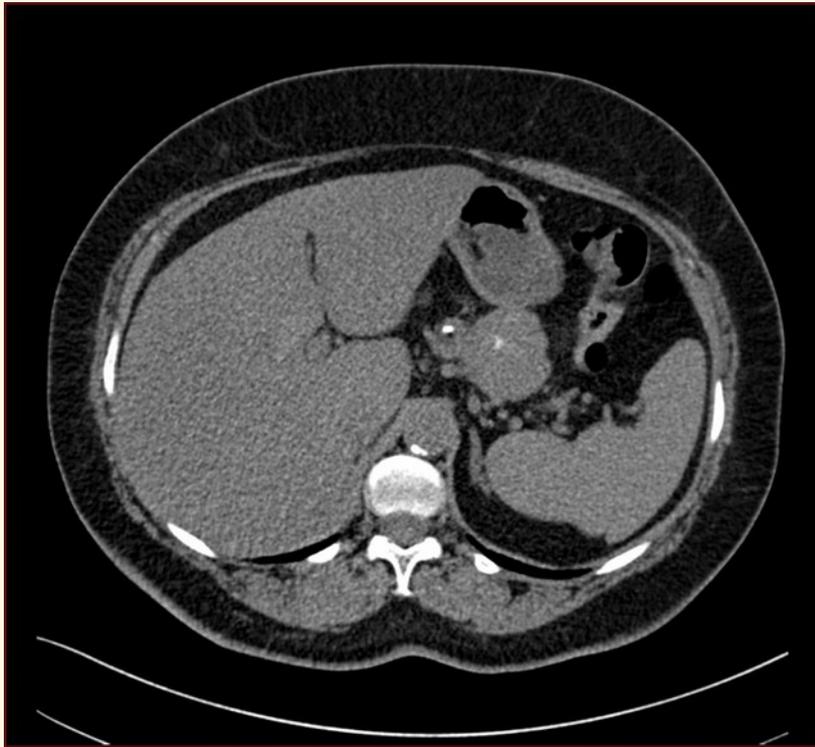


Sans injection de PdC



Temps artériel

TDM

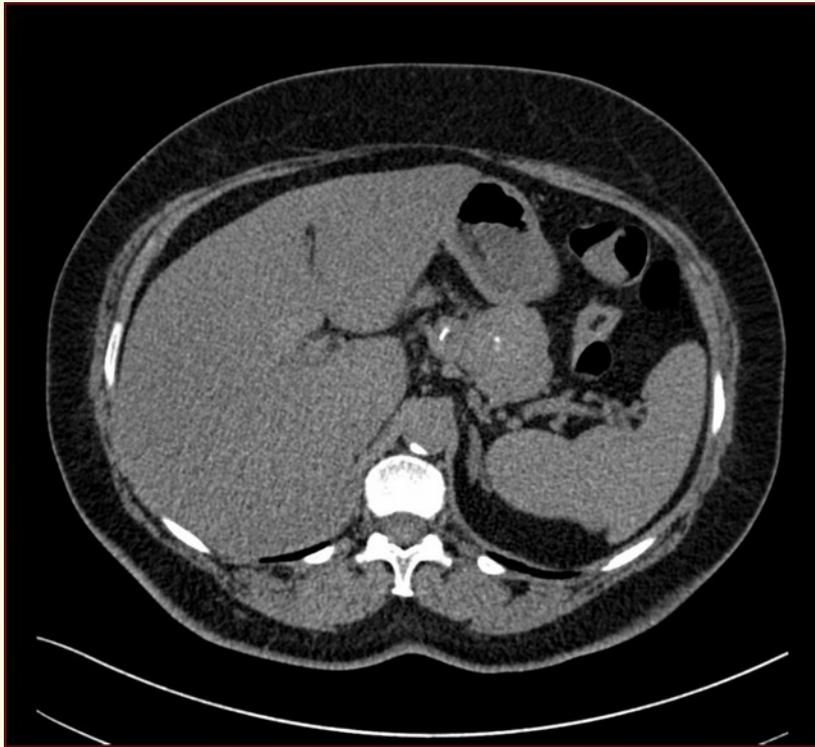


Sans injection de PdC

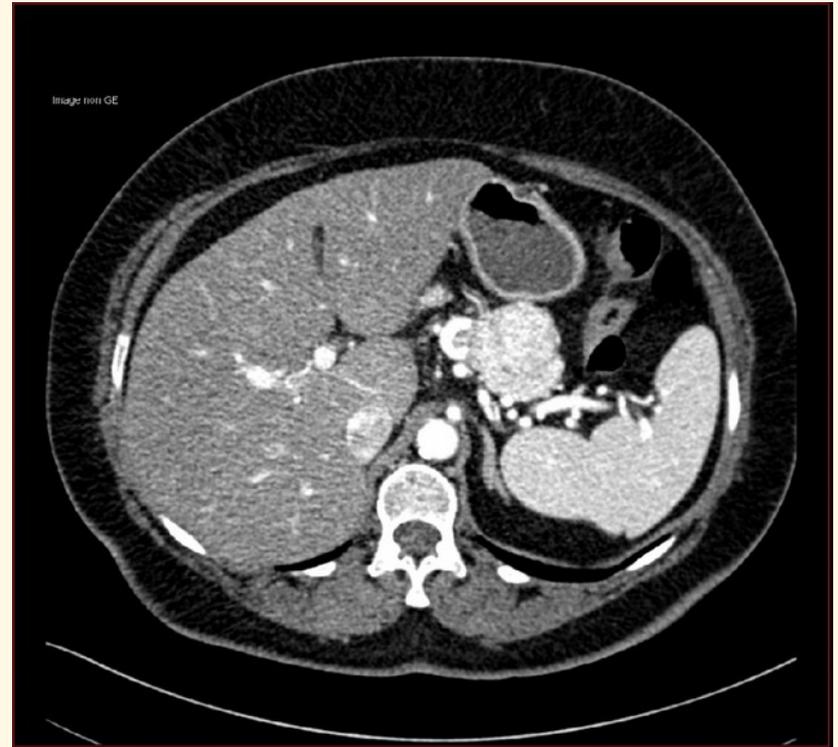


Temps artériel

TDM

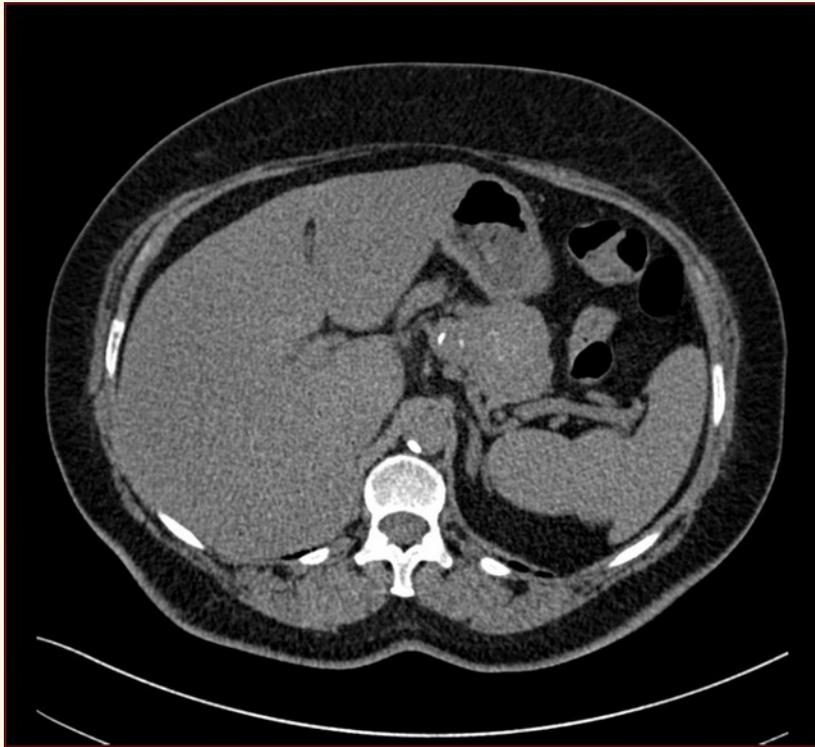


Sans injection de PdC

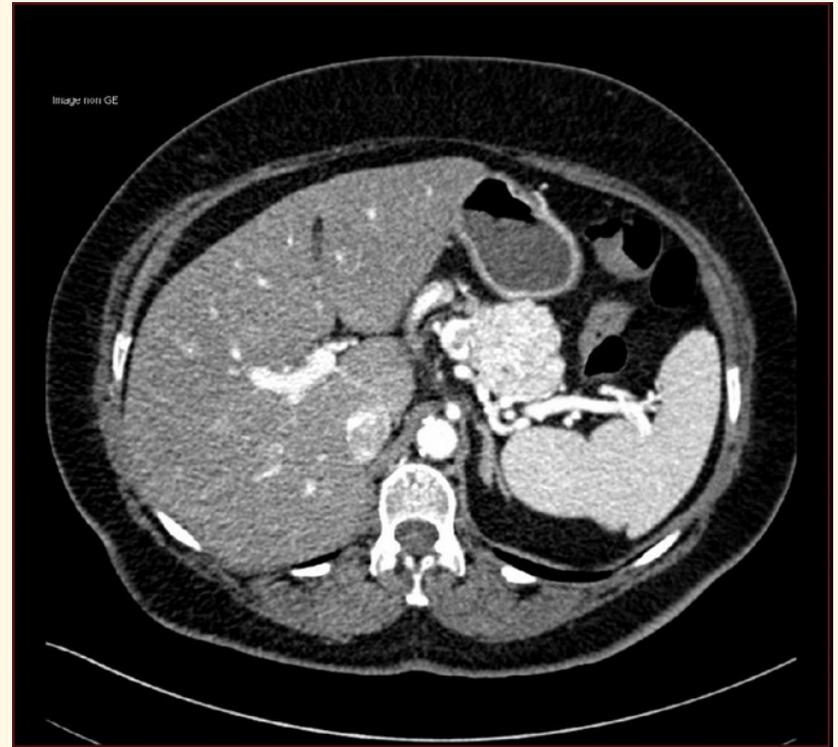


Temps artériel

TDM

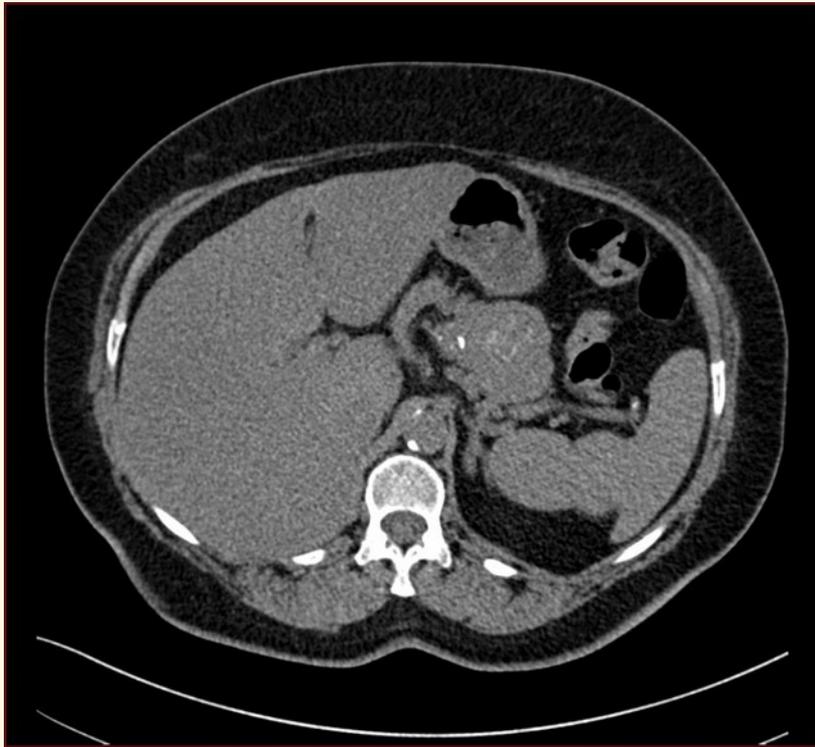


Sans injection de PdC



Temps artériel

TDM

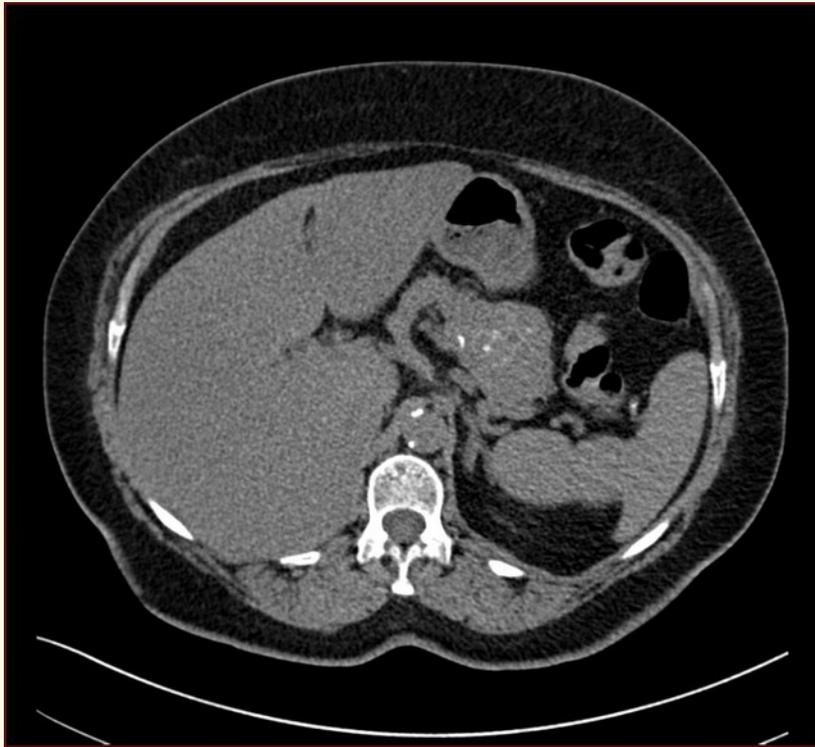


Sans injection de PdC



Temps artériel

TDM

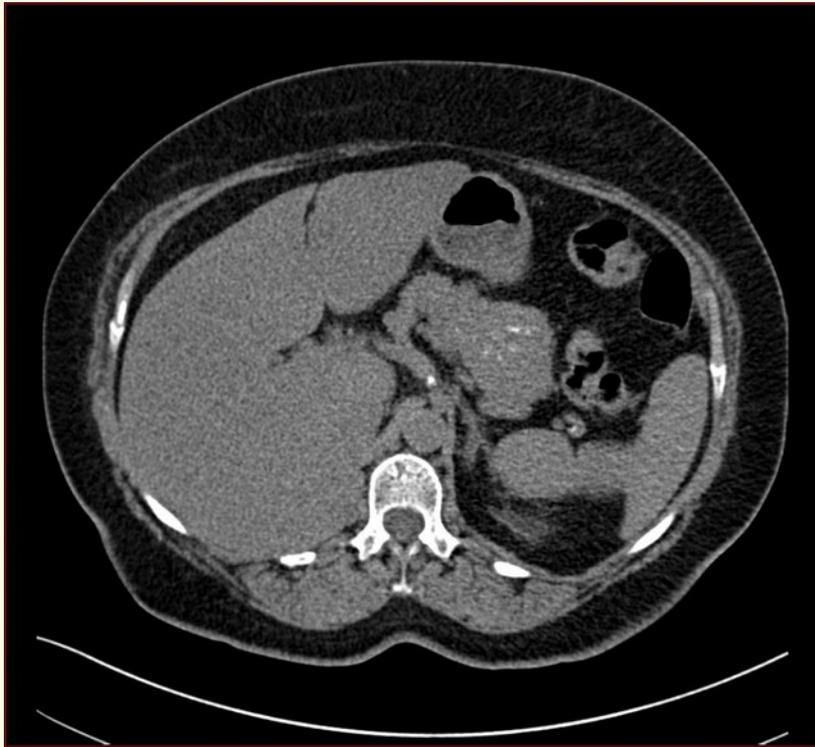


Sans injection de PdC



Temps artériel

TDM

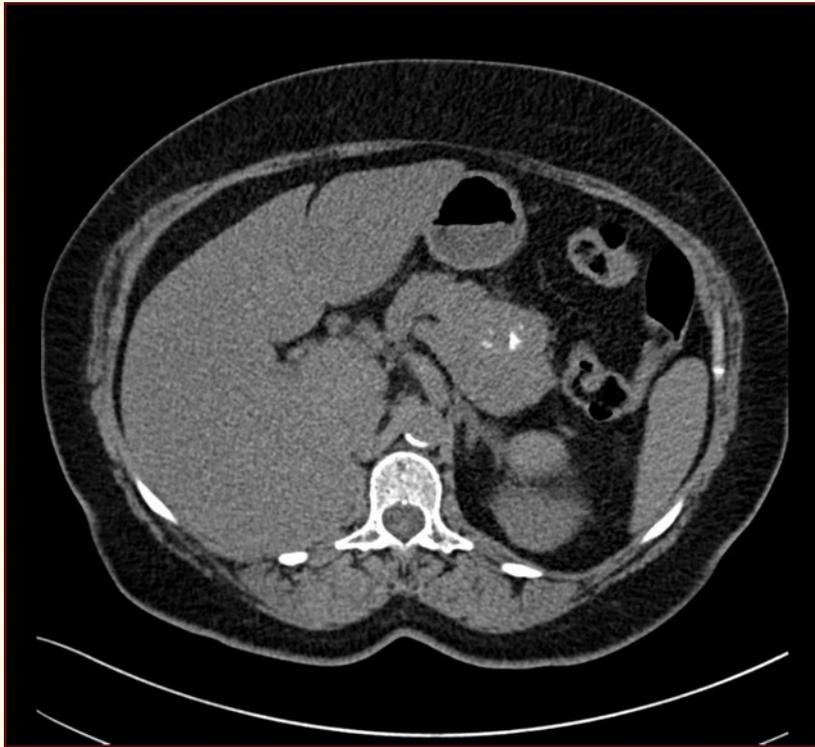


Sans injection de PdC

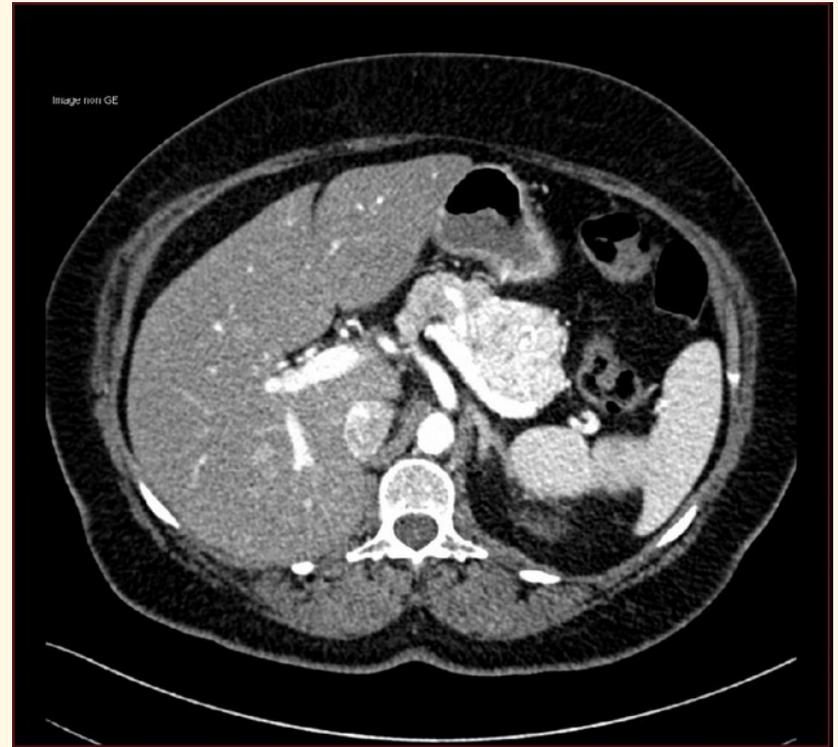


Temps artériel

TDM

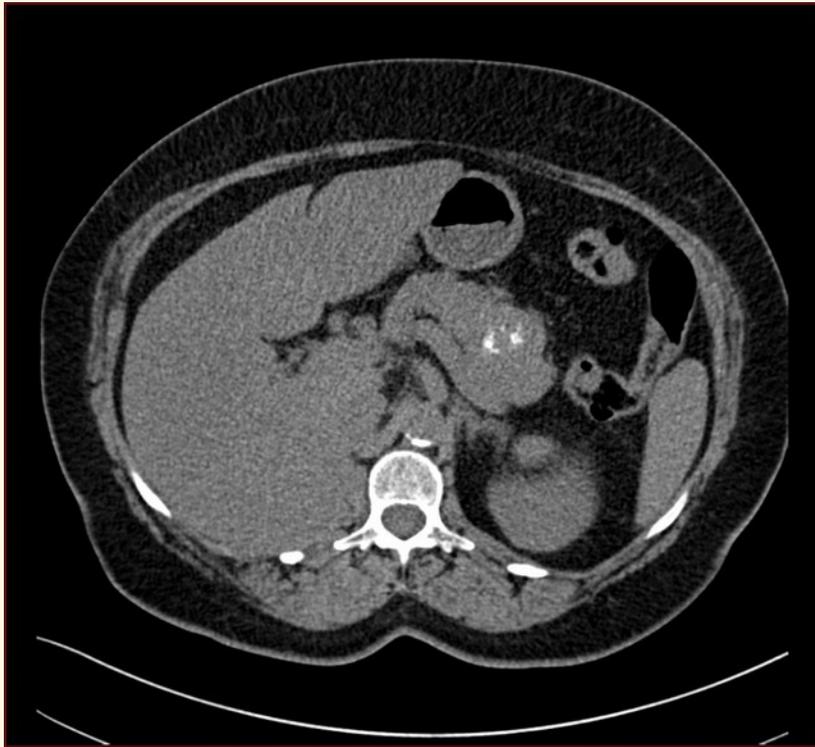


Sans injection de PdC

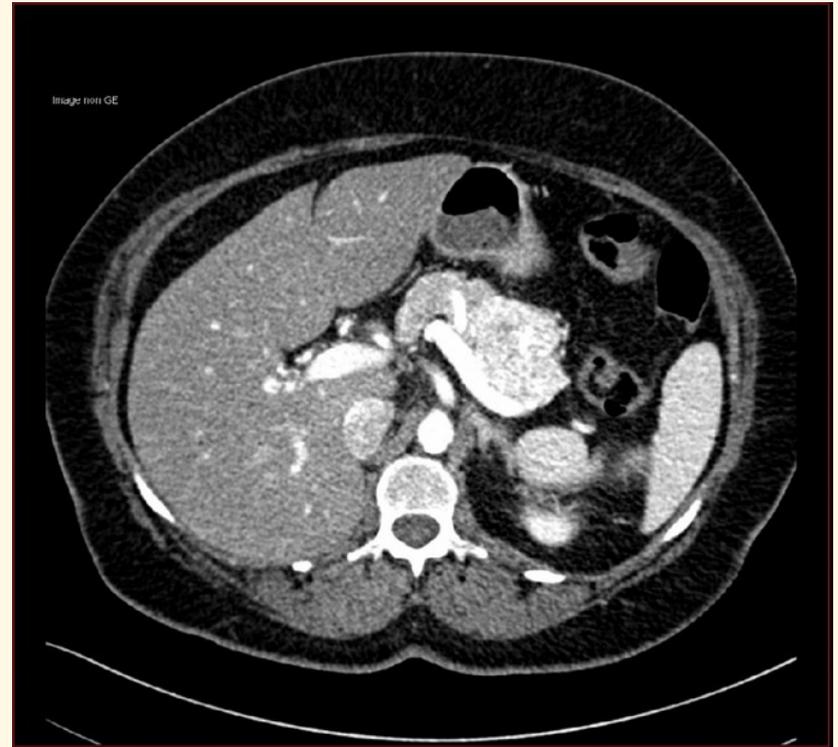


Temps artériel

TDM

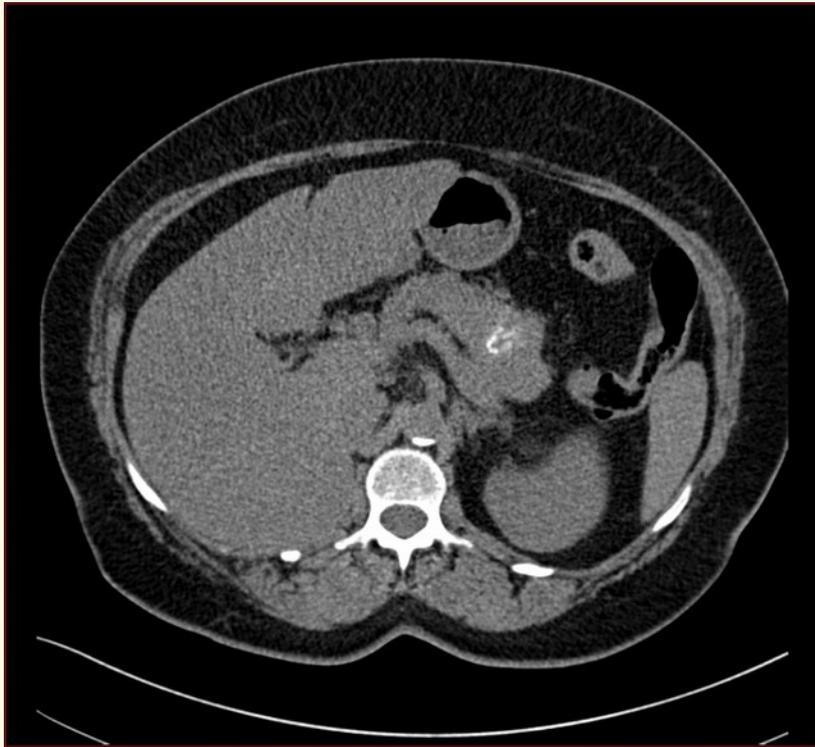


Sans injection de PdC

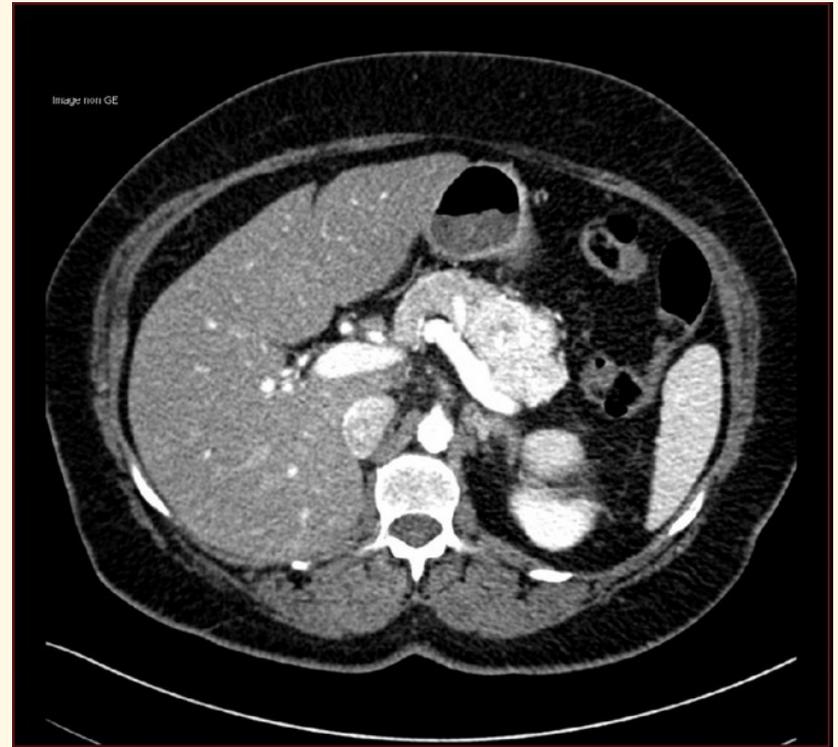


Temps artériel

TDM

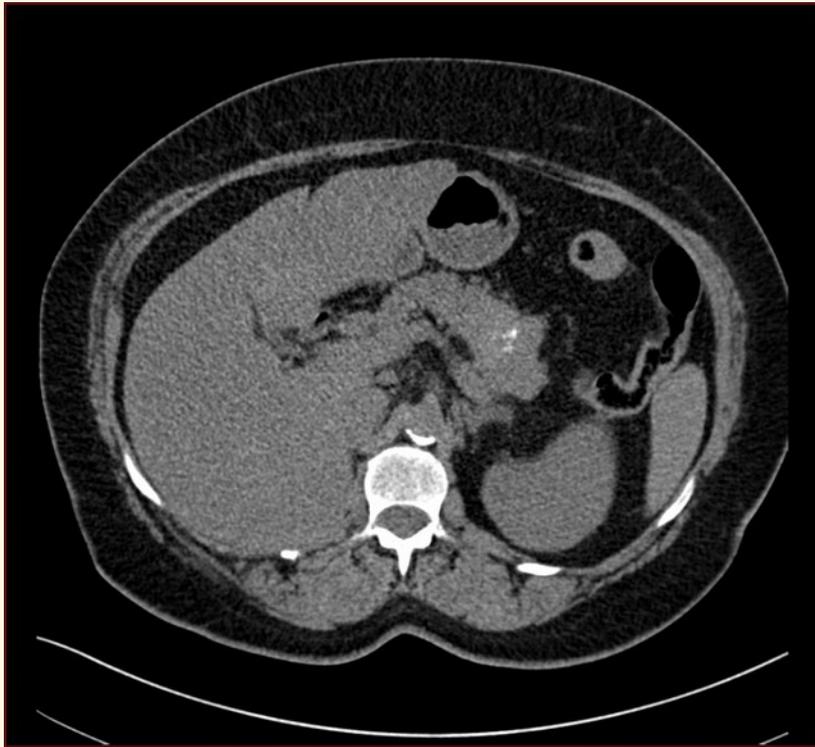


Sans injection de PdC

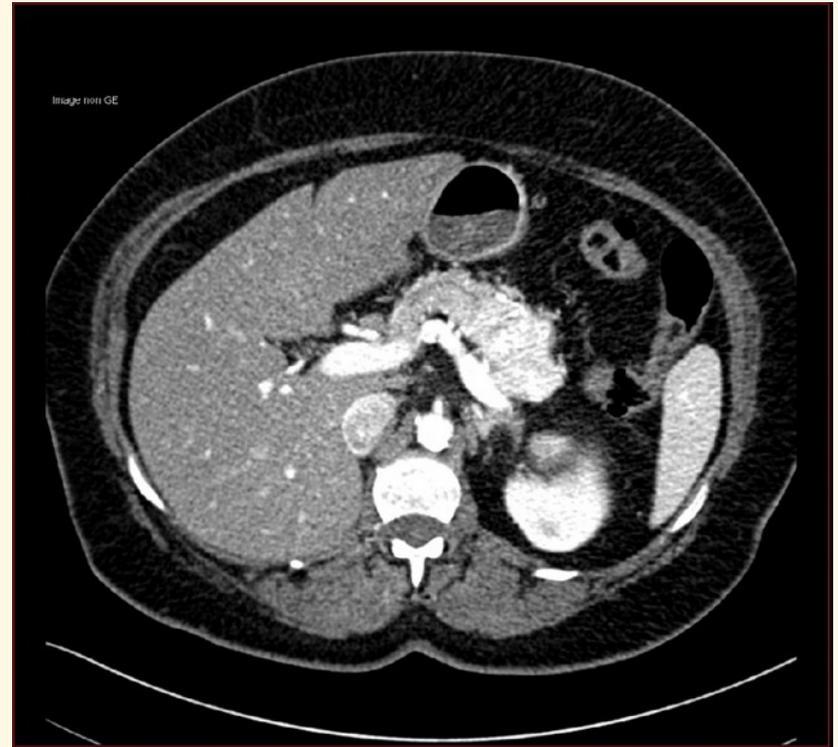


Temps artériel

TDM

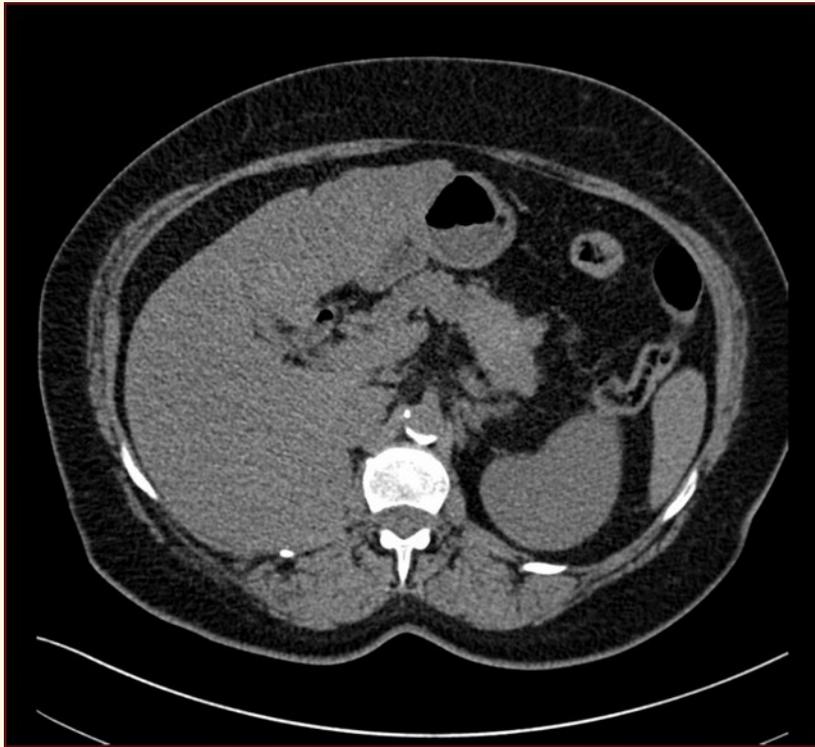


Sans injection de PdC

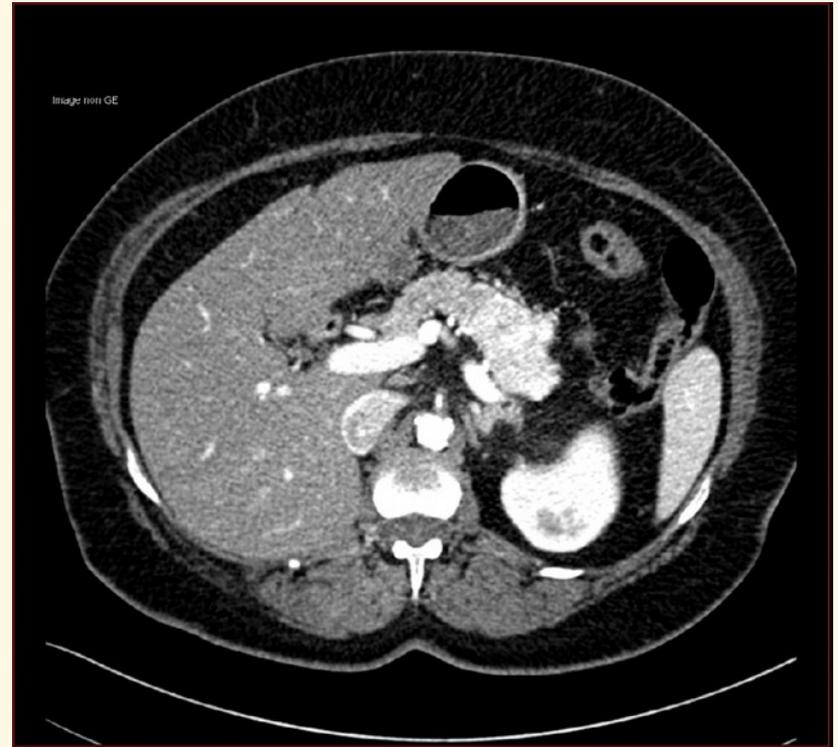


Temps artériel

TDM

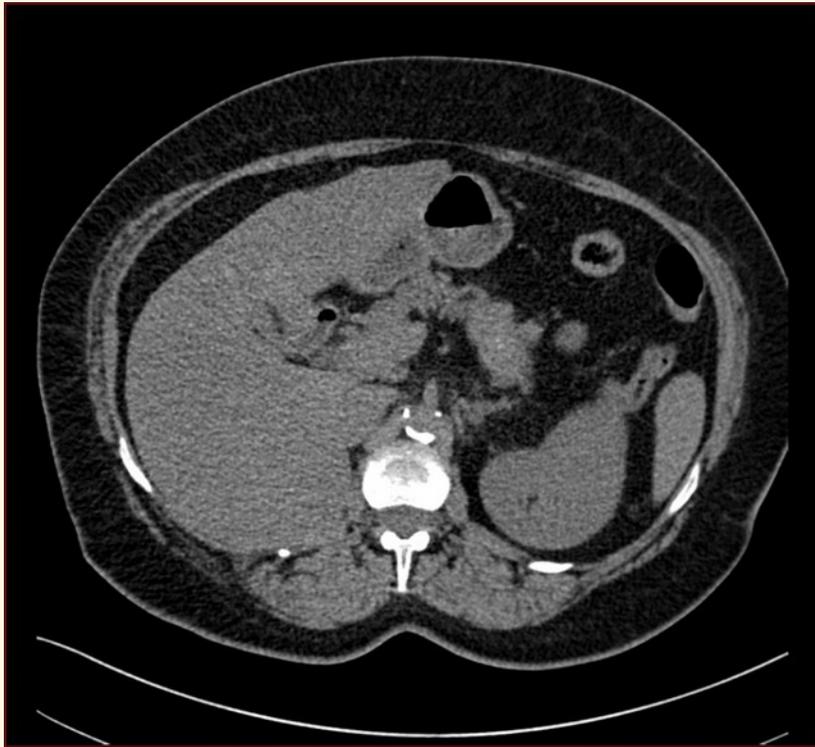


Sans injection de PdC

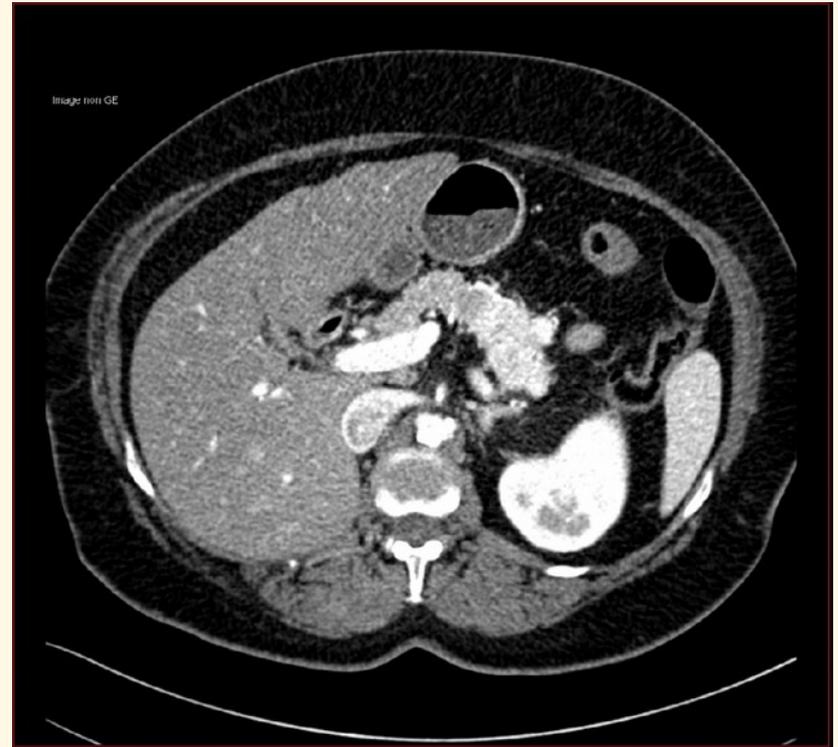


Temps artériel

TDM

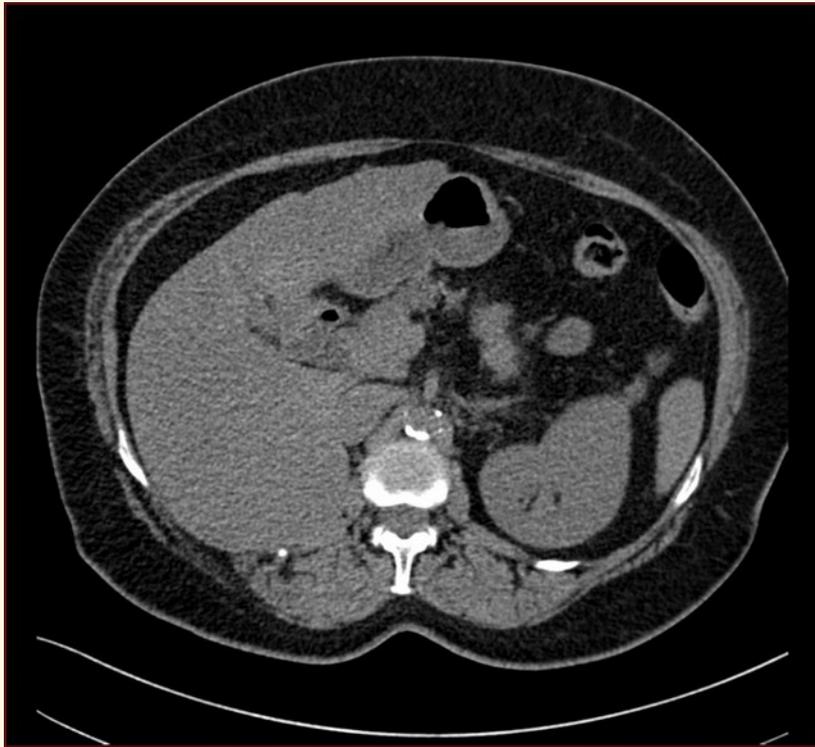


Sans injection de PdC

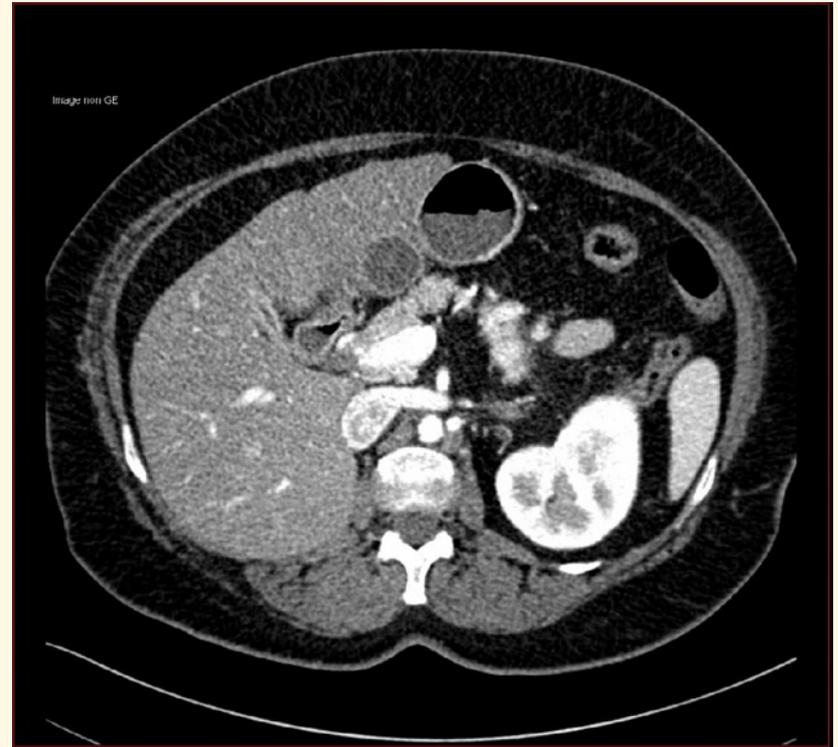


Temps artériel

TDM

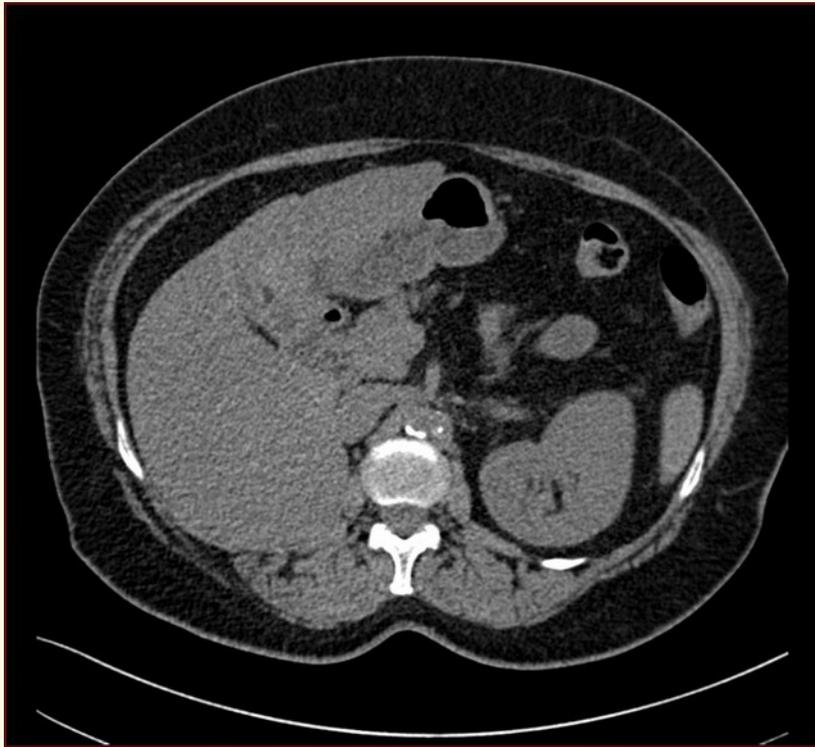


Sans injection de PdC

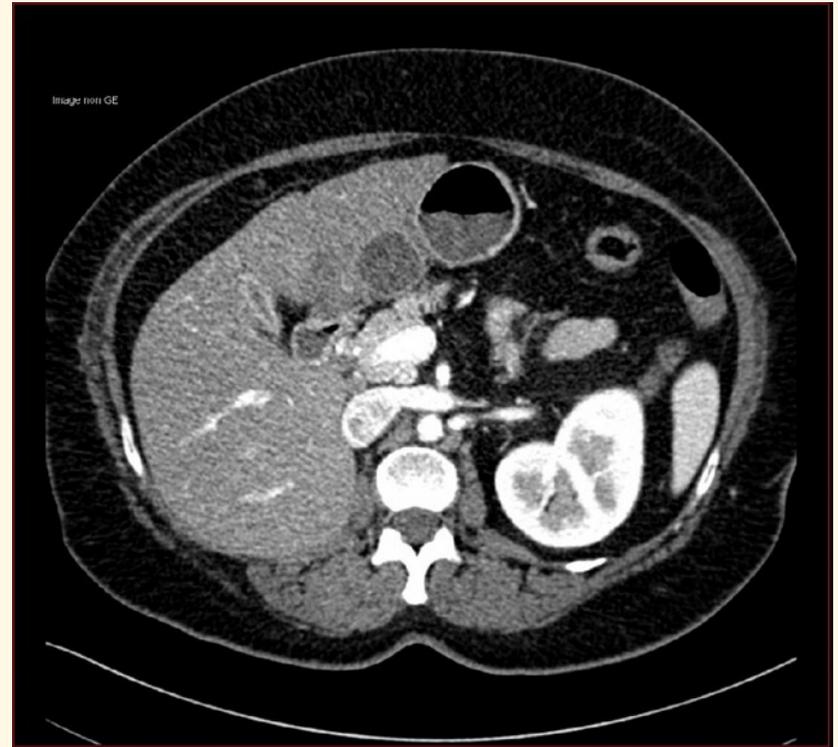


Temps artériel

TDM

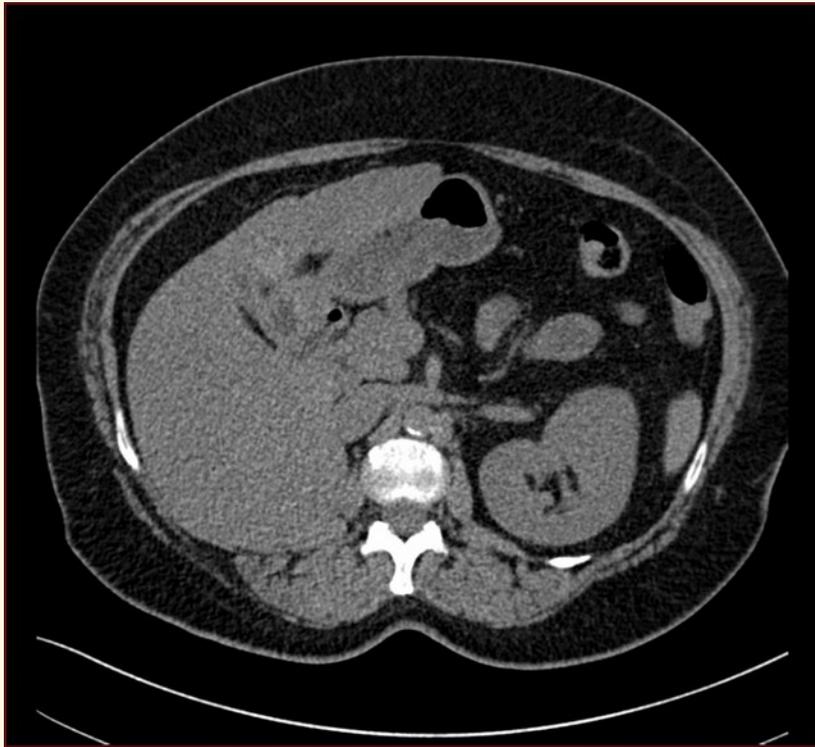


Sans injection de PdC

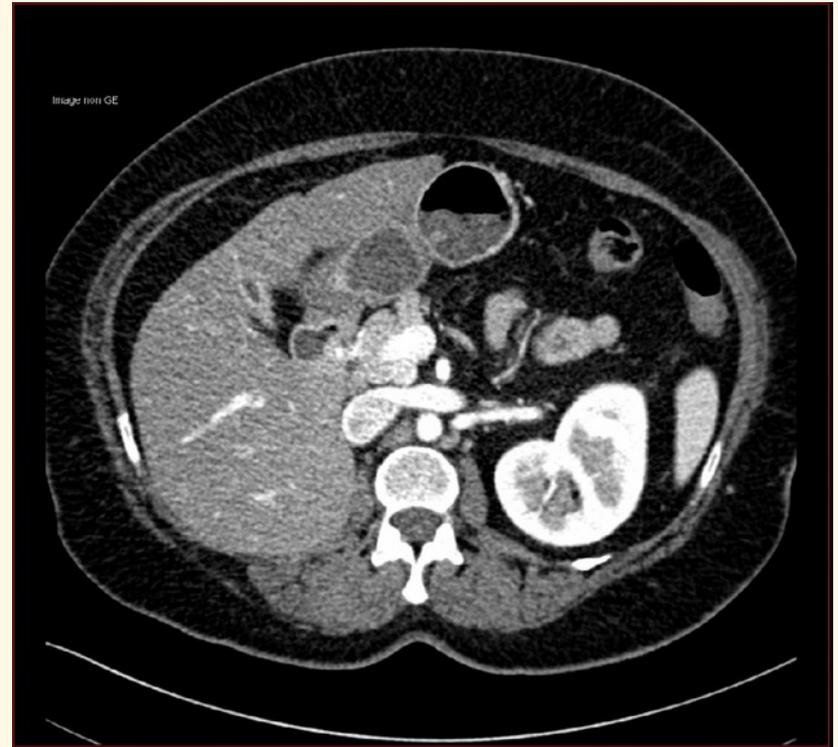


Temps artériel

TDM

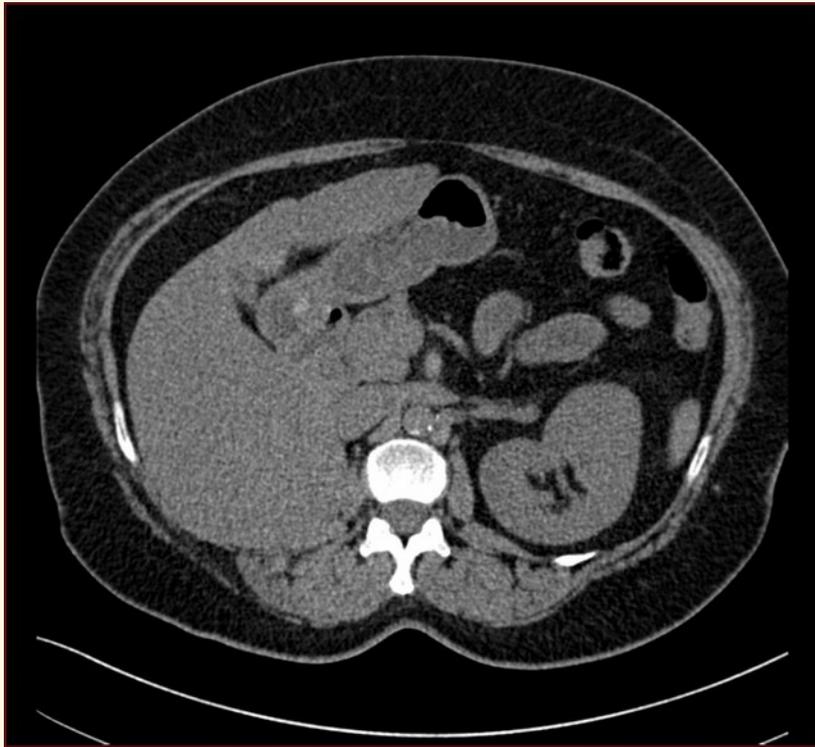


Sans injection de PdC

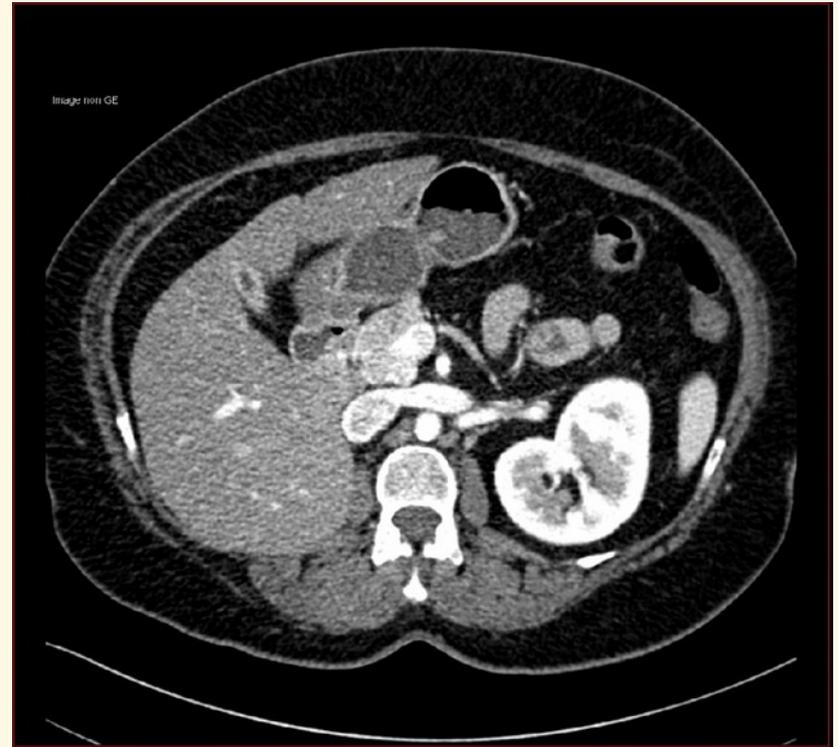


Temps artériel

TDM



Sans injection de PdC



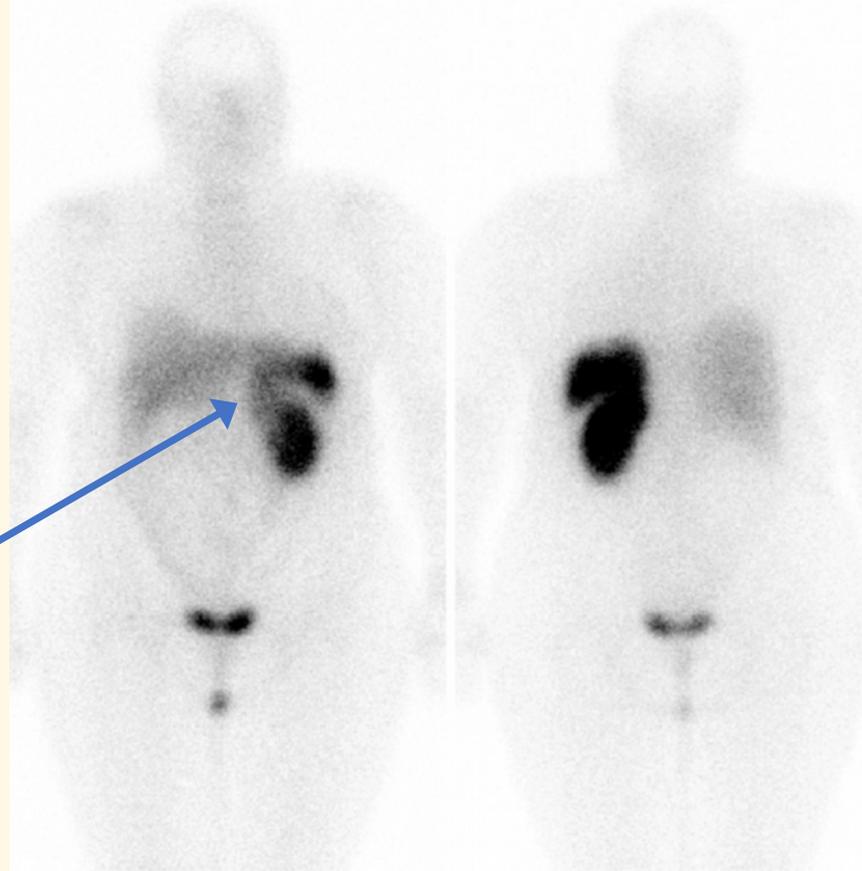
Temps artériel

Bilan biologique

- NFS, biochimie : normaux
- Bilan hépatique : ASAT, ALAT, PAL, GGT normaux
- Ca 19-9 : 15 U/mL (N < 37 U/mL)
- **Chromogranine A** augmentée à **3N**

Médecine nucléaire

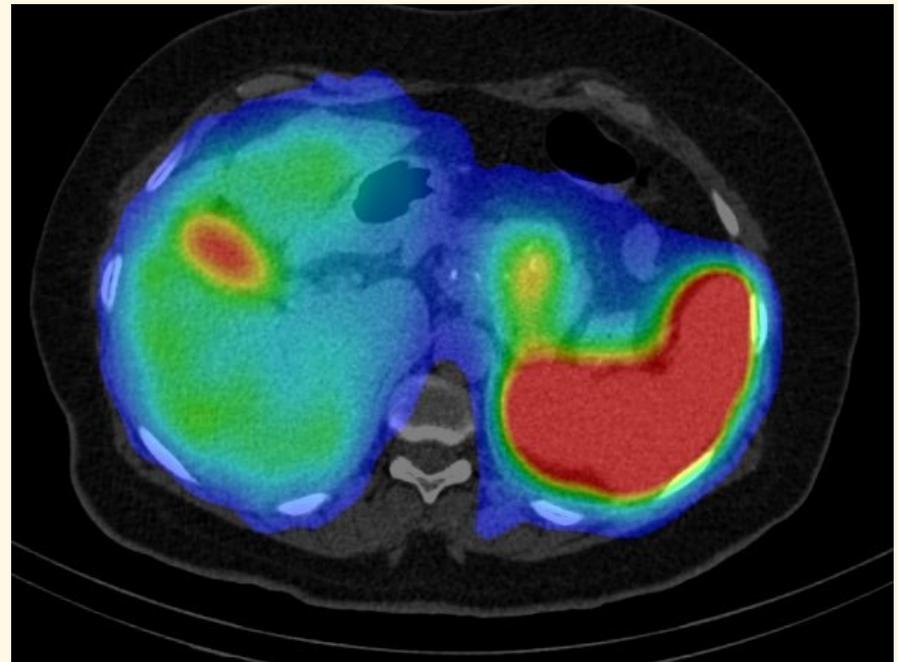
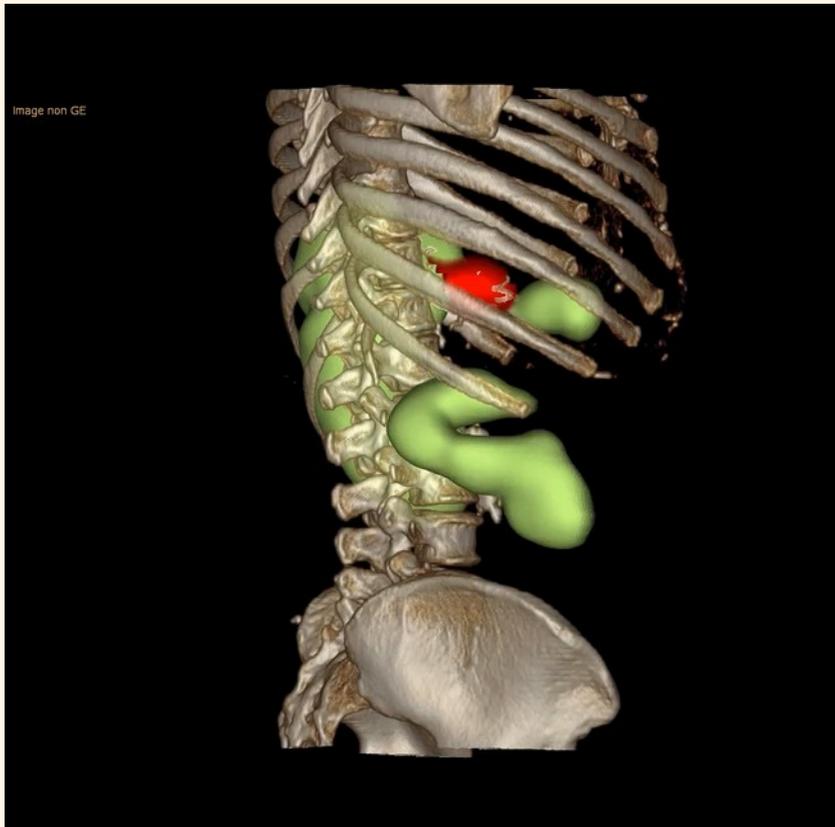
SCINTIGRAPHIE OCTREOSCAN
J0 - 6 h Post IV



D Face Ant J0 G

G Face Post J0 D

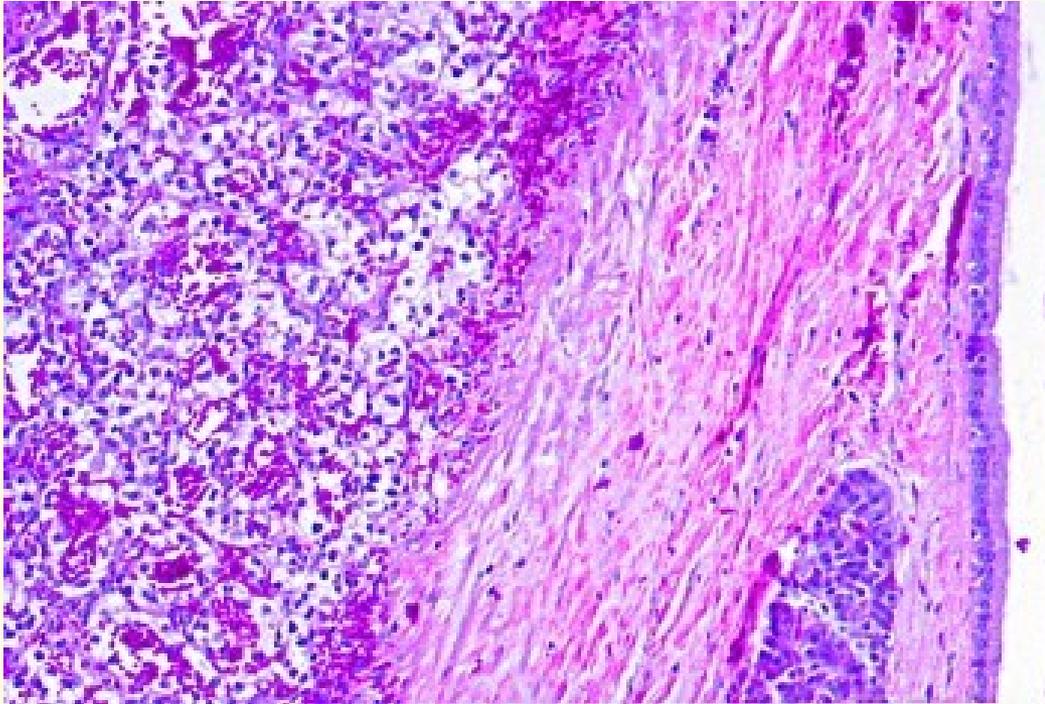
Médecine nucléaire



PEC thérapeutique

- RCP : Décision de **spléno-pancréatectomie gauche**

Analyse anatomo-pathologique



X 100

- **Macroscopie** : Tumeur intrapancréatique, solide, de 4,4 x 3,8 x 3,3 cm, à 5 cm de la limite pancréatique.
- **Examen microscopique** : masse de cellules claires, agencées en travées séparées par un réseau fibrovasculaire abondant
- **Profil immunohistochimique** :
 - Chromogranine A -
 - Synaptophysine -
 - Vimentine + ; CD 10 +

A ce stade quelles sont vos hypothèses ?

- A) TNE
- B) Adénocarcinome pancréatique à cellules claires
- C) Métastase de cancer rénal
- D) Paragangliome pancréatique
- E) Lymphome pancréatique

A ce stade quelles sont vos hypothèses ?

| | TDM | OCTREOSCAN |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| • A) TNE |  |  |
| • B) Adénocarcinome pancréatique à cellules claires |  |  |
| • C) Métastase de cancer rénal |  |  |
| |  |  |
| • D) Paragangliome pancréatique | | |
| |  |  |
| • E) Lymphome pancréatique | | |

Physiopathologie

- Augmentation **chromogranine A** : attention aux **IPP** !

- Expression des récepteurs de la somatostatine par les cancers rénaux

- Reubi et al.¹ : analyse de 39 cancer rénaux après néphrectomie, autoradiographie en utilisant le [Tyr3] Octreotide, expression des SST dans 72% des cas

- Intérêt du bilan d'extension de cancers rénaux par Octreoscan ?

- Edgreen et al.² : 59% de détection du cancer rénal et des ses métastases

1 : Somatostatin receptors in human renal cell carcinomas, cancer res. 1992

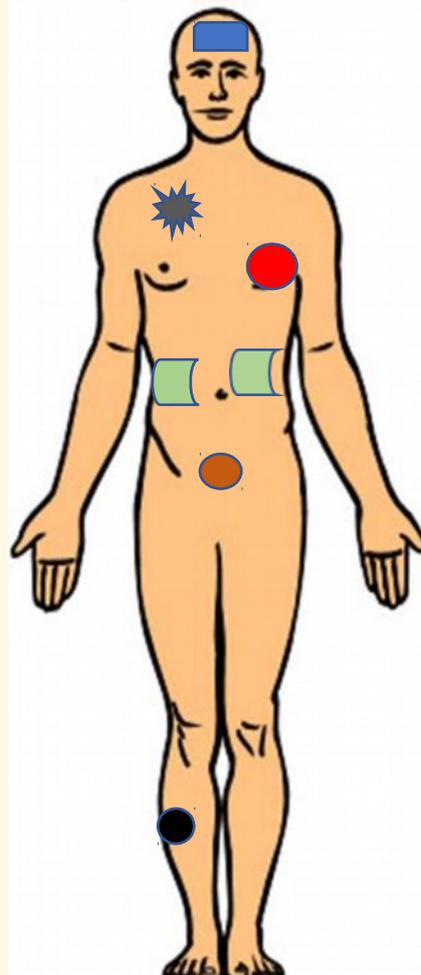
2 : Montpavert et al.³ : pas d'expression des SST pour les tumeurs > 4cm, mauvaise détection des métastases pulmonaires, Cancer biotherapy, 1999

3 : In vivo accessibility of somatostatin receptors to ¹¹¹In-Pentetreotide in primary renal cell carcinoma, Nucl

Faux positifs de l'Octreoscan

tumeurs

Pathologies
auto-
immunes



granulomato
ses

infections

Post-
radique

Une piste pour l'avenir ?



Highly Increased ^{125}I -JR11 Antagonist Binding In Vitro Reveals Novel Indications for sst_2 Targeting in Human Cancers

Jean Claude Reubi, Beatrice Waser, Helmut Mäcke and Jean Rivier

- Antagonistes se lient à beaucoup plus de sites de liaison aux récepteurs sst_2 que les agonistes



Anapath
Agonistes

Antagonistes

Epidémiologie

- Pancréas : site **rare** de localisations secondaires, 2 à 5 % des cancers pancréatiques¹
- Cancers primitifs métastasants au pancréas : rein > mélanome > lymphome > colorectal > poumon > sein > sarcome
- Récidive du cancer rénal souvent **tardive** : période moyenne > 10 ans, et **asymptomatique** dans la plupart des cas

1 : Ballarin et al., Gastroenrolog. 2011

Evolution

- Surveillance rapprochée
- Récidive à 1 an M+ pancréas -> Enucléation pancréatique



Merci de votre attention !