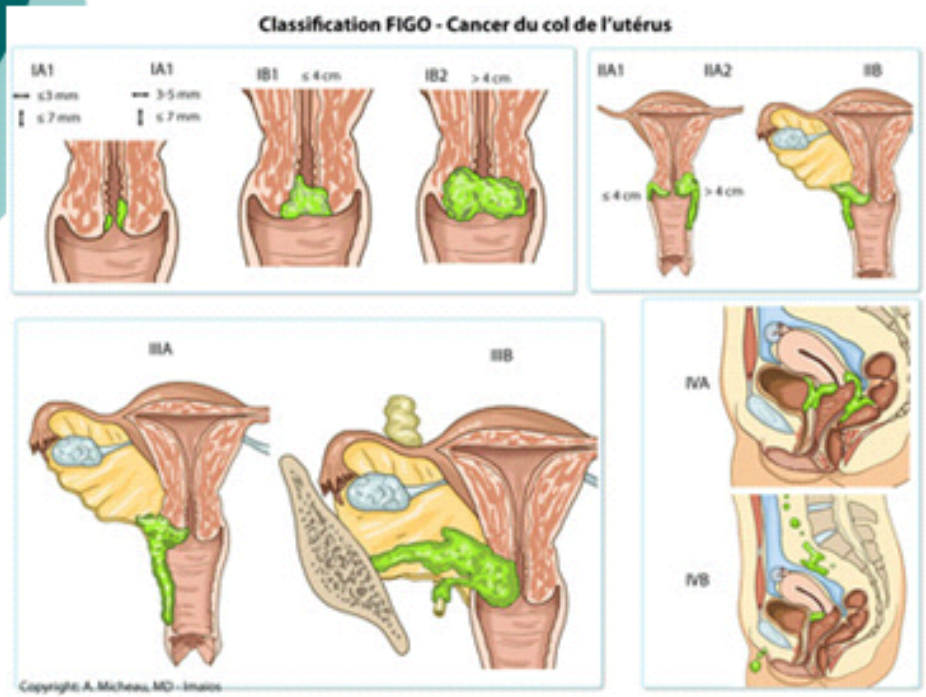
Place de la TEP dans le cancer du col

Introduction

Classification FIGO:



Stades	Descriptions
I	• Extension tumorale strictement limitée au col utérin
IA	• Carcinome invasif ne pouvant être diagnostiqué que par microscopie, dont la profondeur d'invasion est ≤ 5 mm et la plus grande extension ≤ 7 mm
IA1	• Profondeur d'invasion du stroma ≤ 3 mm ; extension superficielle ≤ 7 mm
IA2	• Profondeur d'invasion du stroma > 3 – ≤ 5 mm ; extension superficielle ≤ 7 mm
IB	• Lésion reconnaissable cliniquement, limitée au col ou lésion préclinique > stade IA
IB1	• Diamètre tumoral ≤ 4 cm
IB2	• Diamètre tumoral > 4 cm
II	• Extension au-delà du col utérin, n'atteignant pas la paroi pelvienne, ni le tiers inférieur du vagin
IIA	• Infiltration du vagin sans infiltration des paramètres
IIA1	• Diamètre tumoral ≤ 4 cm
IIA2	• Diamètre tumoral > 4 cm
IIB	• Infiltration des paramètres
III	• Extension jusqu'à la paroi pelvienne et/ou atteignant le tiers distal du vagin et/ou sténose urétérale/hydronéphrose/rein muet
IIIA	• Atteinte de la partie distale du vagin, sans extension à la paroi pelvienne
IIIB	• Extension jusqu'à la paroi pelvienne et/ou sténose urétérale/ hydronéphrose/rein muet
IV	• Extension au-delà du petit bassin et/ou infiltration tumorale

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

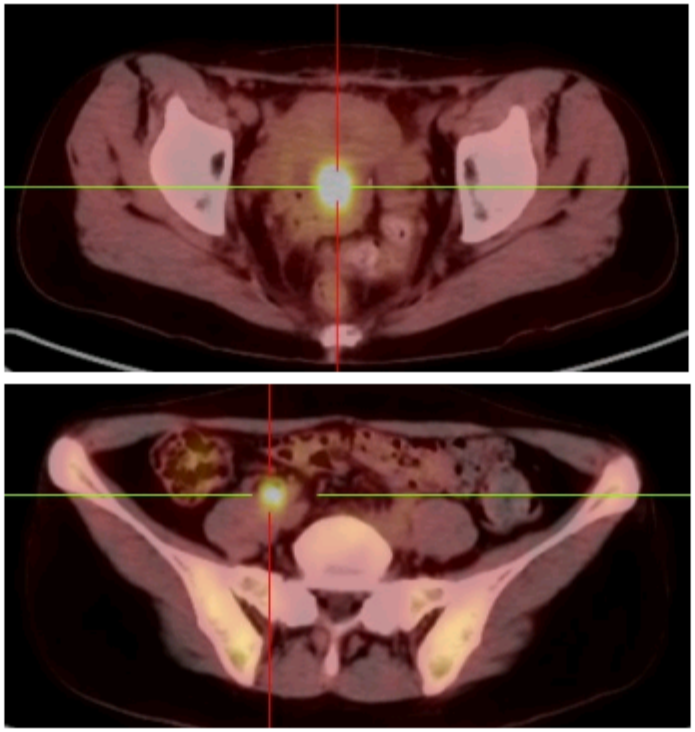
EAO épidermoide du col stade 1B2

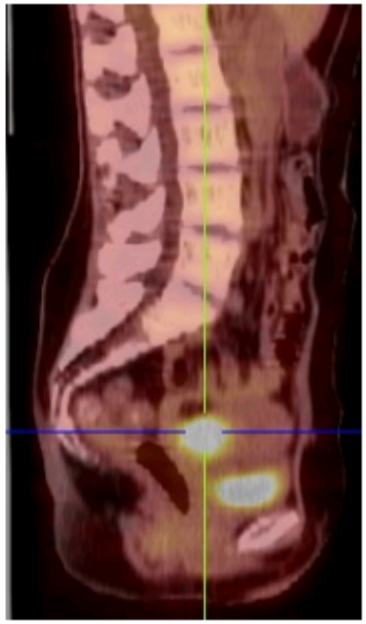
- Faut il prescrire une TEP-FDG?

- Y a-t-il une indication de curage Ganglionnaire de stadification?

- Si oui, à quel niveau?





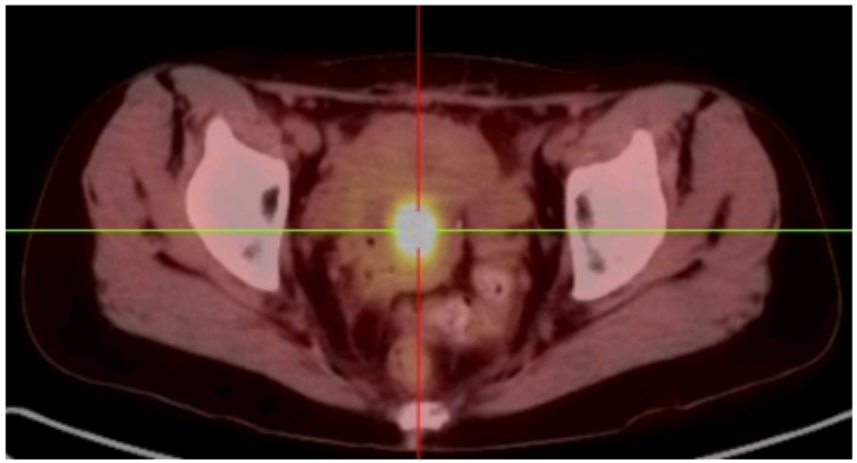


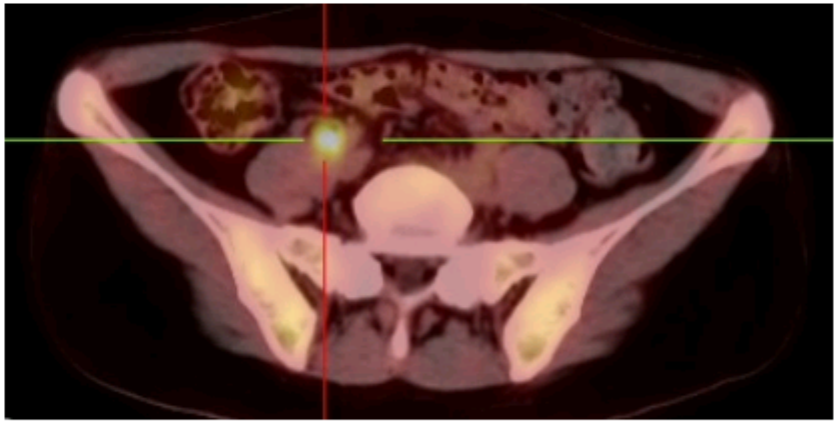
QCM: EAO épidermoide du col stade 1B2

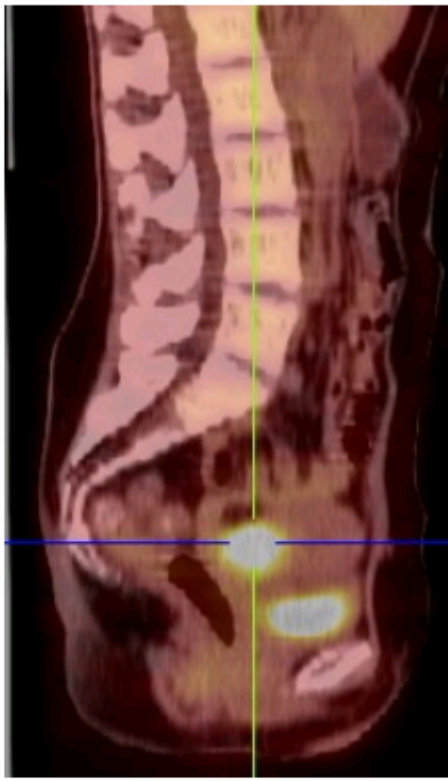
- Faut il prescrire une TEP-FDG?	V
- Y a-t-il une indication de curage Ganglionnaire de stadification?	V
- Si oui, à quel niveau?	
Pelvien?	F
Lombo aortique?	V

EAO épidermoide du col stade 1B2









Métastase ganglionnaire sous la bifurcation iliaque

réponse: Indication de curage lombo-aortique de stadification

Détection N+

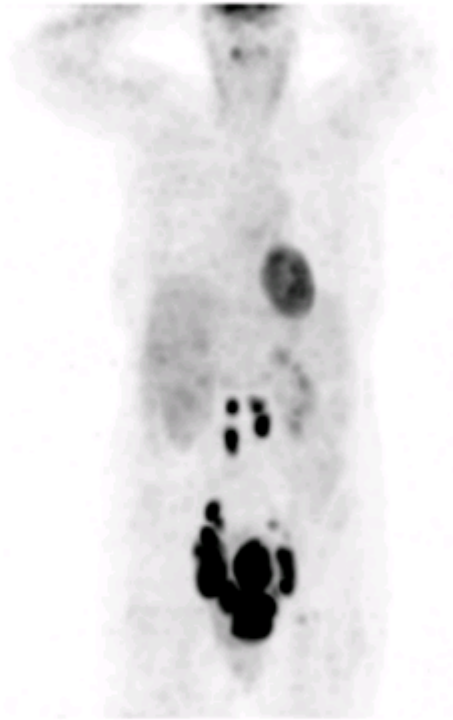
- Méthode imagerie **la plus optimale**, **non invasive**
- C'est la TEP-FDG qui donne le moins de faux négatif (jusqu'à 35% en IRM et 15% en TEP; *Smits 2015*)

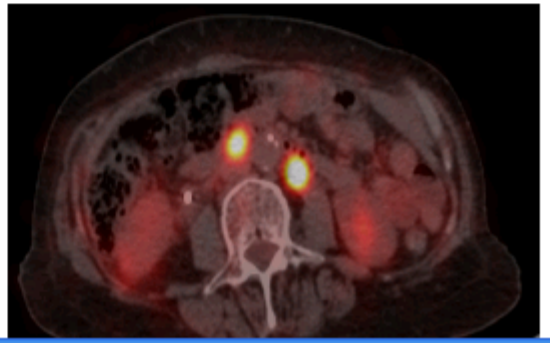
  - Pelvien:
    - *Se de 35 à 79%; Sp de 90-96%*
  - Lombo-aortique:
    - *Se de 45 à 85%; Sp de 93-97%*



Quelle sera la décision de la RCP?

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





Quelle sera la décision de la RCP?

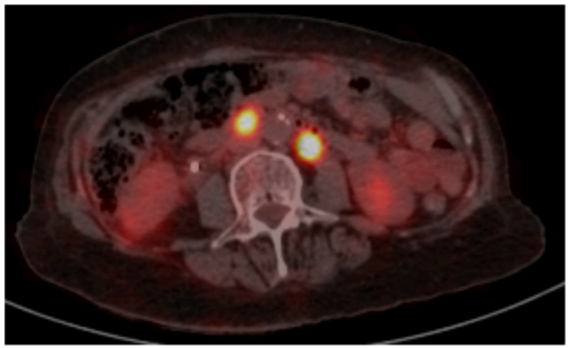
- Radiothérapie d'emblée sans vérification histologique
- Curage lombo-aortique pour vérification histologique

- V
- F inutile



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**





- **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**

En cas de ganglions hypermétaboliques lombo-aortiques sans atteinte pelvienne

- Radiothérapie d'emblée des ganglions sans vérification histologique?

- Curage lombo-aortique pour vérification histologique?

- Radiothérapie d'emblée des ganglions sans vérification histologique

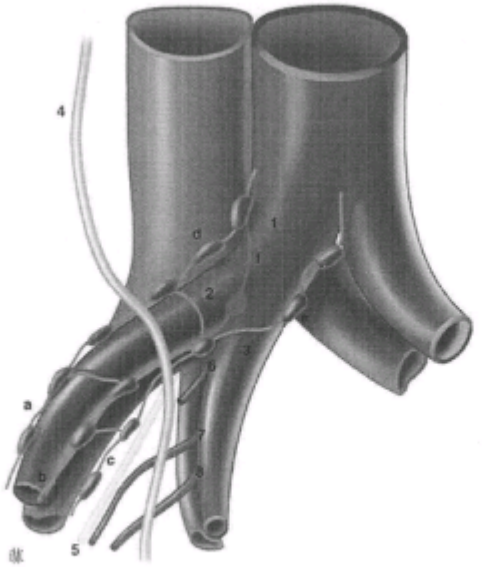
- F

- Curage lomboaortique pour vérification histologique

- V propagation sans saut de relai pelvien

Propagation tumorale

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



- 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 claviculaire gauche)

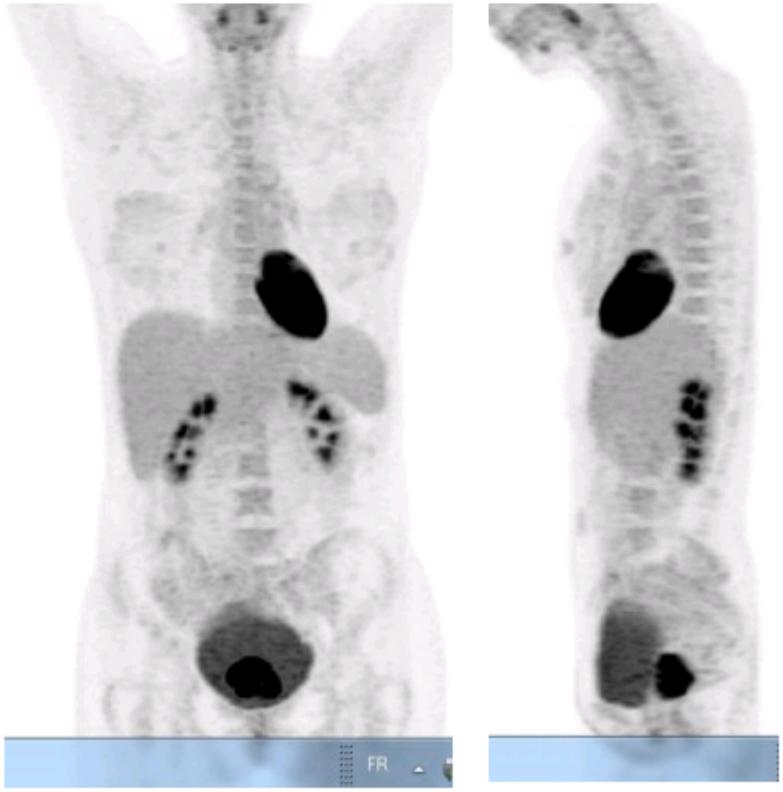
- La TEP a une très bonne sensibilité de détection de la tumeur primitive?
- L’analyse de la TEP est facilitée en diminuant l’activité urinaire ?
- L’ovaire présente une fixation physiologique importante?
- Facilitée par l’injection d’iode lors du bilan d’extension?

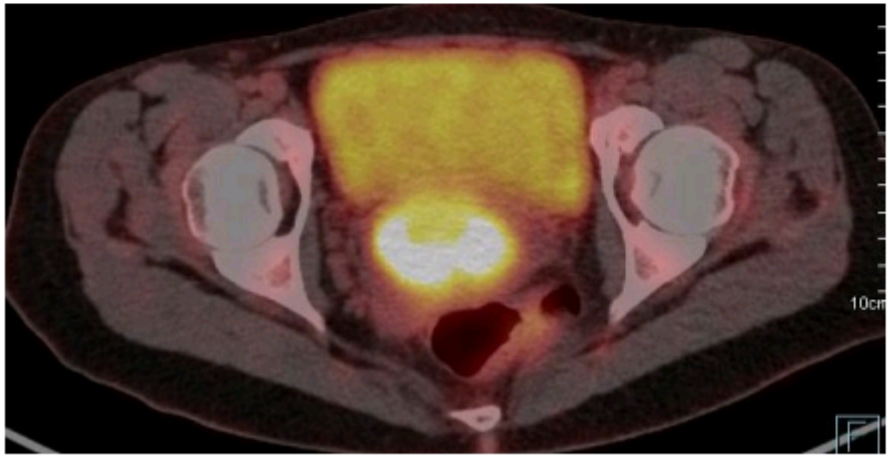
- La TEP a une très bonne sensibilité de détection de la tumeur primitive?
- L'analyse de la TEP est facilitée en diminuant l'activité urinaire ?
- L'ovaire présente une fixation physiologique importante?
- Facilitée par l'injection d'iode lors du bilan d'extension?

- 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

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?

Place de la TEP dans le cancer de l'endomètre

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

Indication TEP-FDG dans cancer de l'endomètre

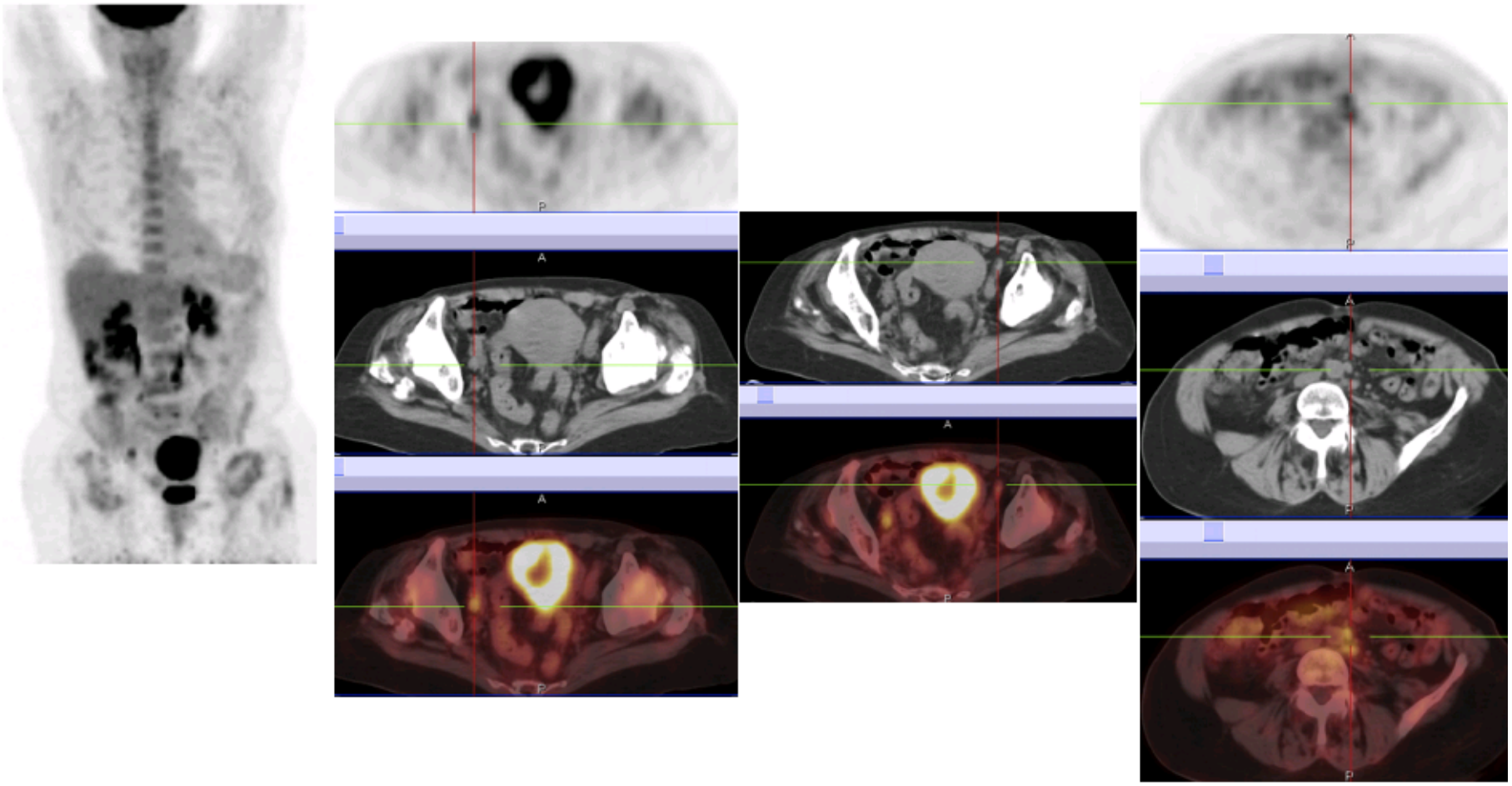
Formes histologiques agressives de l'endomètre, à haut risque métastatique

Risque faible **type 1 histologique endométrioide** **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 I ou 2	- Type 1 histologique: Stades IB/T1b, grade 3 - Tous Types 2 histologique Stade IA-B/T1 - Stade I/T1 avec emboles

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

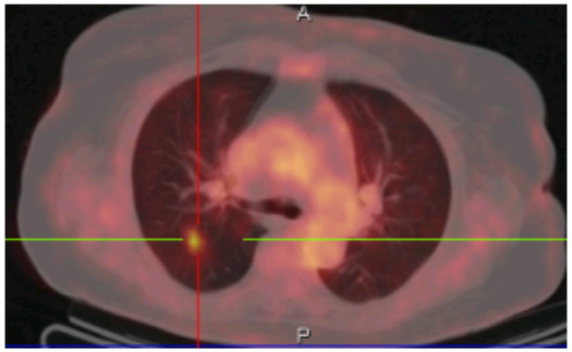
- Au niveau de l'utérus

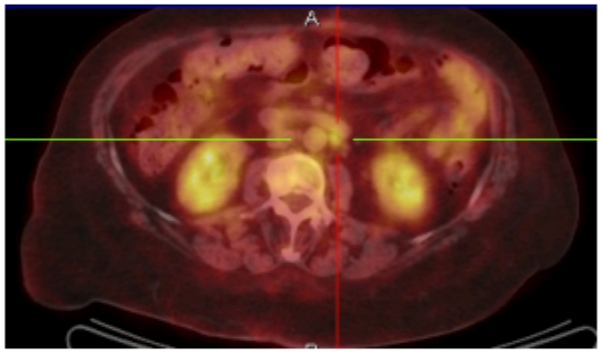
Pas de place de la TEP-FDG pour l'exploration utérine: pas d'évaluation du niveau d'infiltration myométriale

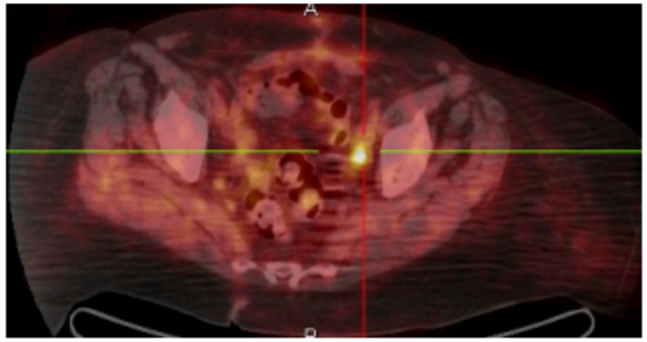
- Bilan d'extension ganglionnaire
  - Sensibilité 50-70%
  - Spécificité, exactitude 90-95%
  - **Substitution à la lymphadénectomie de stadification si chirurgie contre indiquée (co-morbidité +++)**
  - **Guider les champs d'irradiation**

- Recherche de Métastases +++



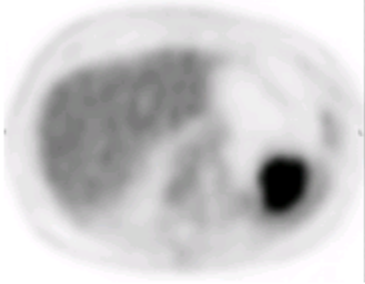


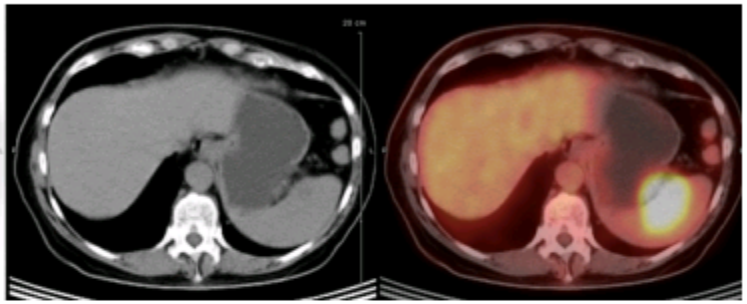


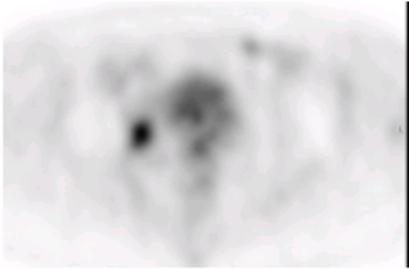


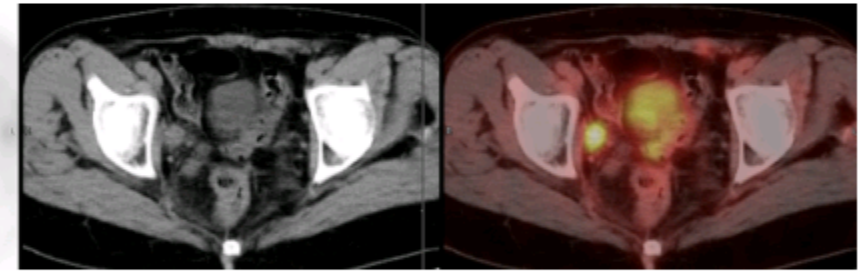
métrorragies postménopausiques: hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale. carcinome endométrial peu Différencié. Pas de stadification ganglionnaire (Co-morbidités multiples); ré évaluation par TEP











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

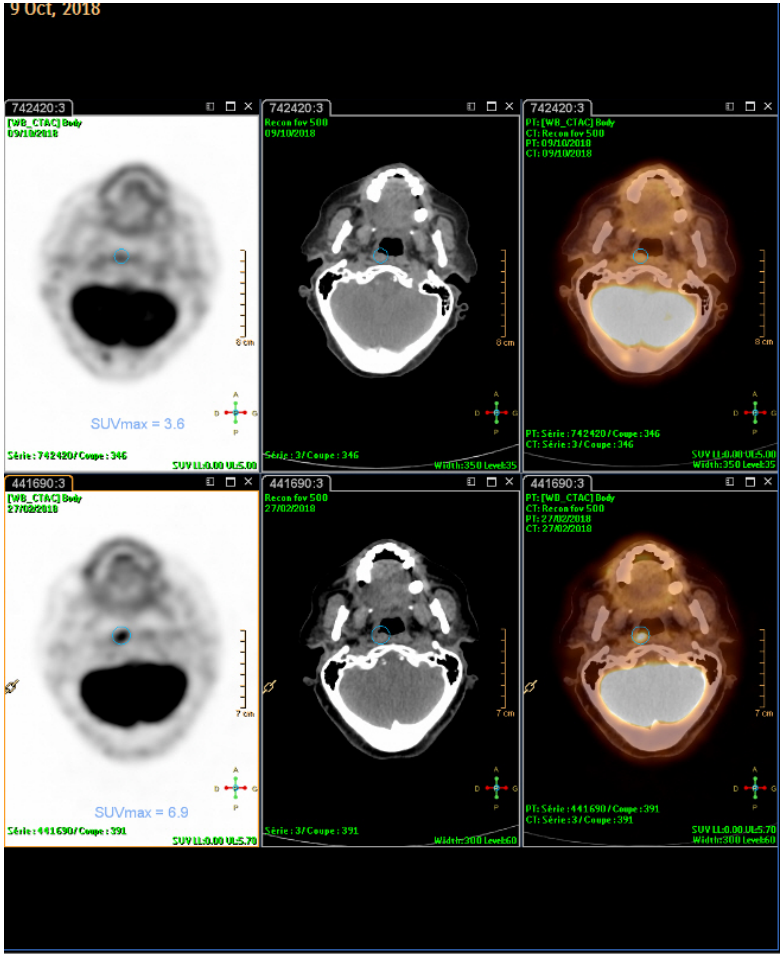
- Adénopathies pelviennes
- Métastase splénique;
- carcinose péritonéale peri splénique

Mme Pinchon Evelyne(TEP du 09/10/2018):

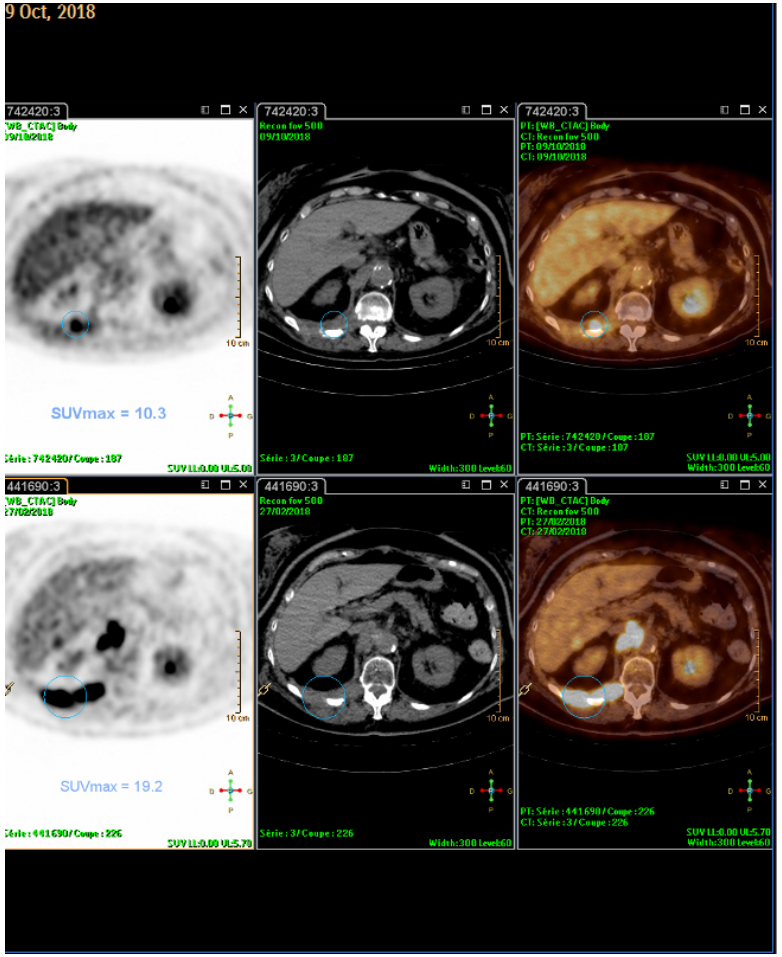
Bilan après une nouvelle cure de CT de type TAXOL C5 j15 chez patiente suivie pour un néoplasme gynécologique métastatique au niveau pleural et ganglionnaire.

Examen comparé à celui du 27/02/2018 montrant une progression métabolique et morphologiques des lésions gg et pleurales et hypermétabolisme en regard d'un nodule péritonéal de la gouttière pariéto-colique droite et doute sur un foyer du segment VI confronter à une IRM…

PE Région rétro-pharyngée droite

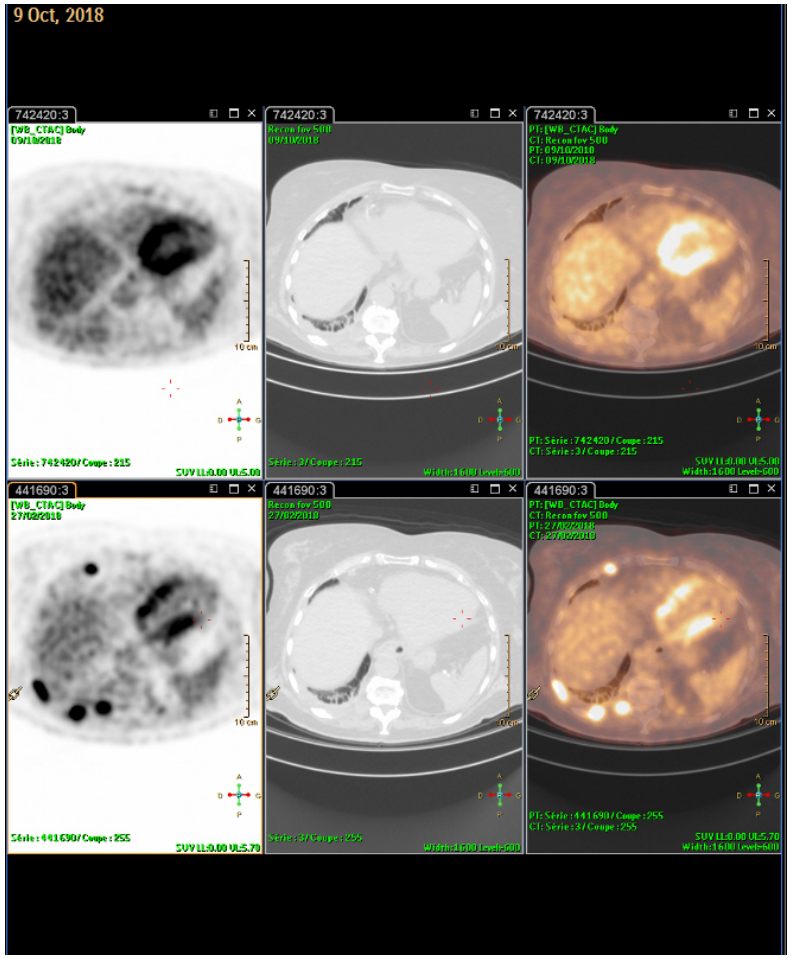


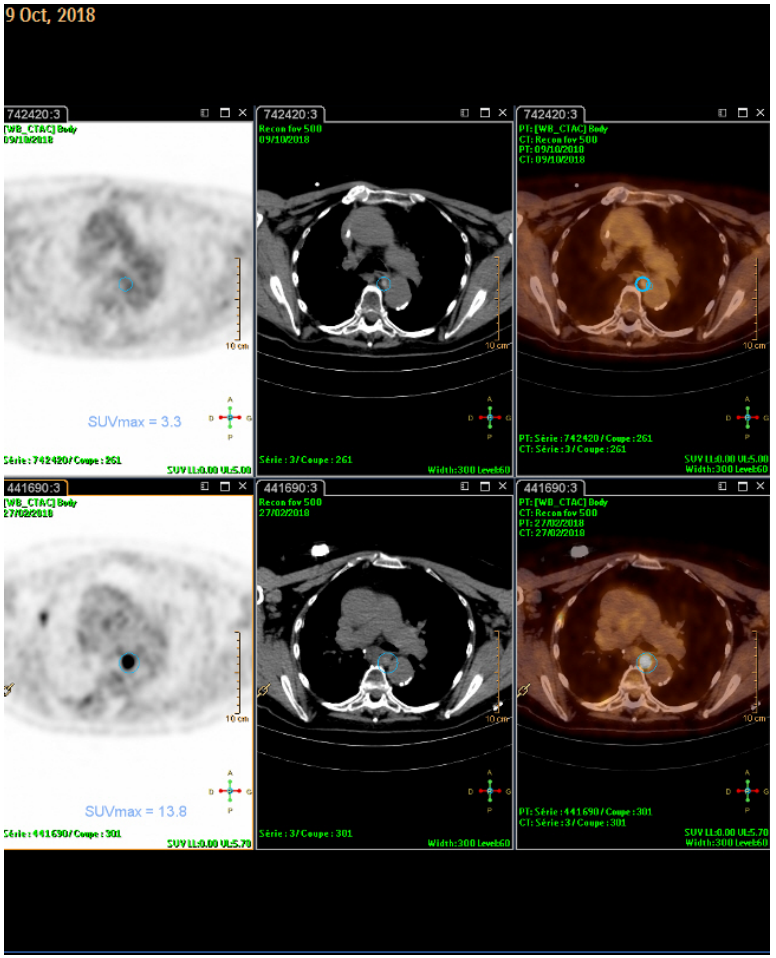
lésions pleurales cul de sac diaphragmatique



PE ↘ Lésions pleurales

gg latéro-oesophagien (3.3 vs 13.8)

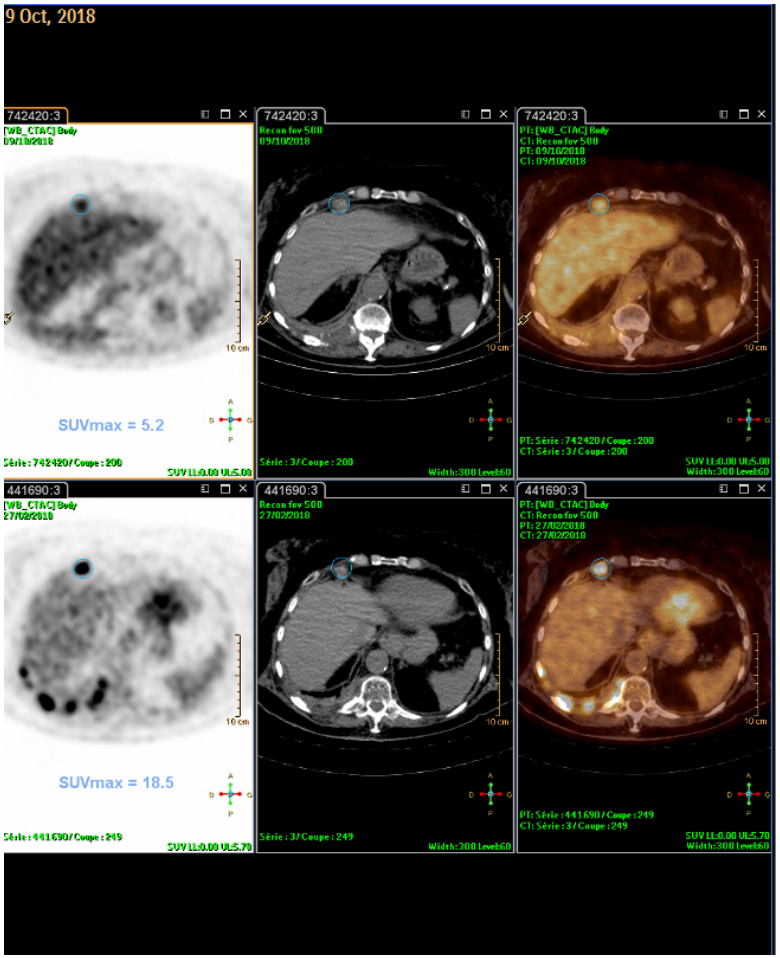


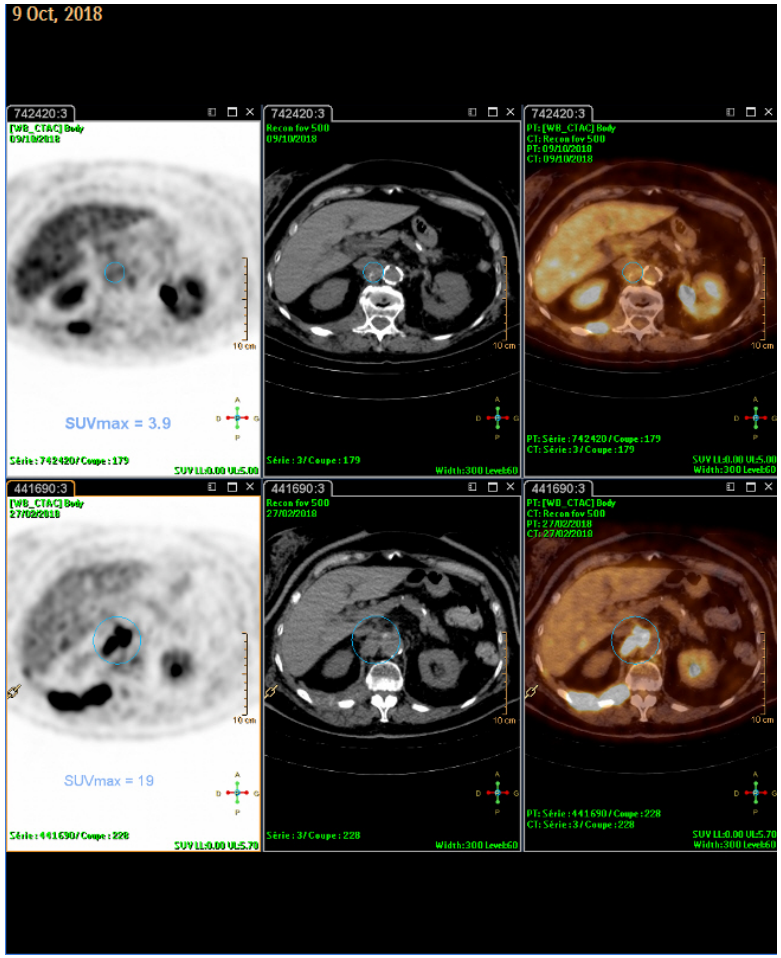


PE

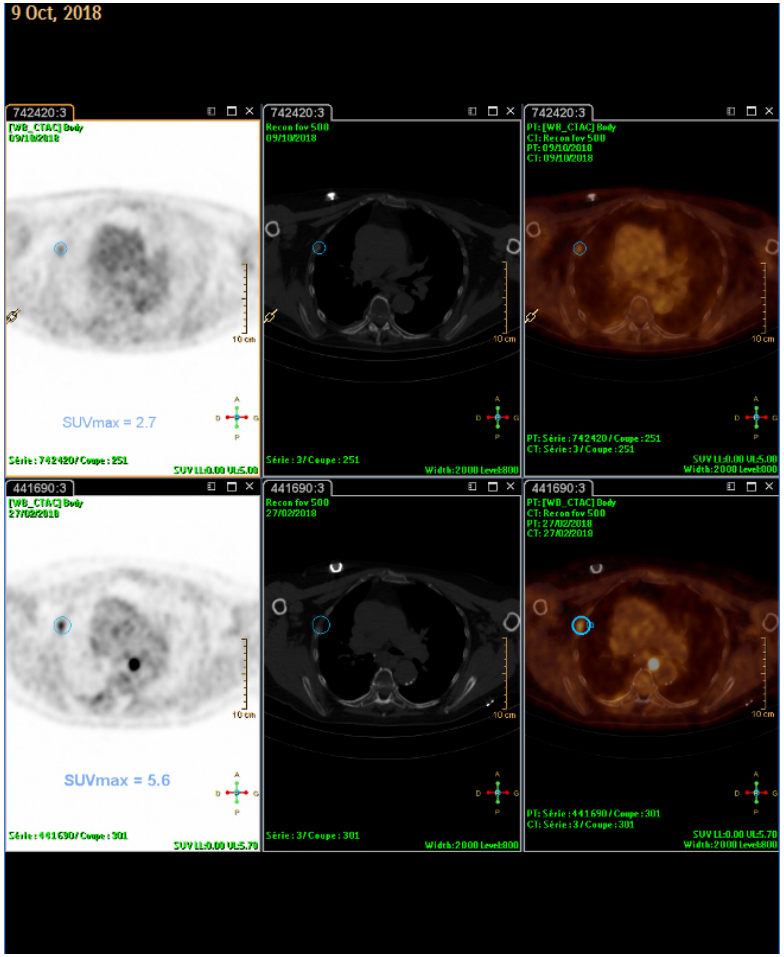
nodule péri-hépatique ou gg cardiophrénique? (5.2 vs 18.5

ADP coelio-mésenterique (3.9 vs 1.9)





PE foyer osseux arc axillaire de la 4eme cote droite(2.7 vs 5.6)



Merci pour votre attention