

Cancer du sein

Actualité et recommandations en Médecine Nucléaire

Séminaire de Médecine Générale
24 Novembre 2015

Docteurs Alban Bailliez- Tanguy Blaire- Sylvie Petit- Mathilde Thélu

TEP-FDG

A JEUN 6H

POIDS

Contre Indication : grossesse, allaitement



Causes de Faux Négatifs

- Tumeurs à développement lent
- Tumeurs de petites tailles (taille < 3mm)
- Certains types histologiques: ADK mucoïdes, carcinoïdes, bronchiolo-alvéolaires, prostate, thyroïde...

Délai:

- Au moins 21j après chimiothérapie
- 3 à 4 mois après radiothérapie

Cancer du sein: Bilan pré-thérapeutique

Bilan d'extension si cT3-T4 ou cN+

3 options

```
graph TD; A[3 options] --> B[Rx thorax<br/>écho abdo<br/>scinti os]; A --> C[TDM TAP<br/>scinti os]; A --> D[TEP-TDM FDG]
```

Rx thorax
écho abdo
scinti os

TDM TAP
scinti os

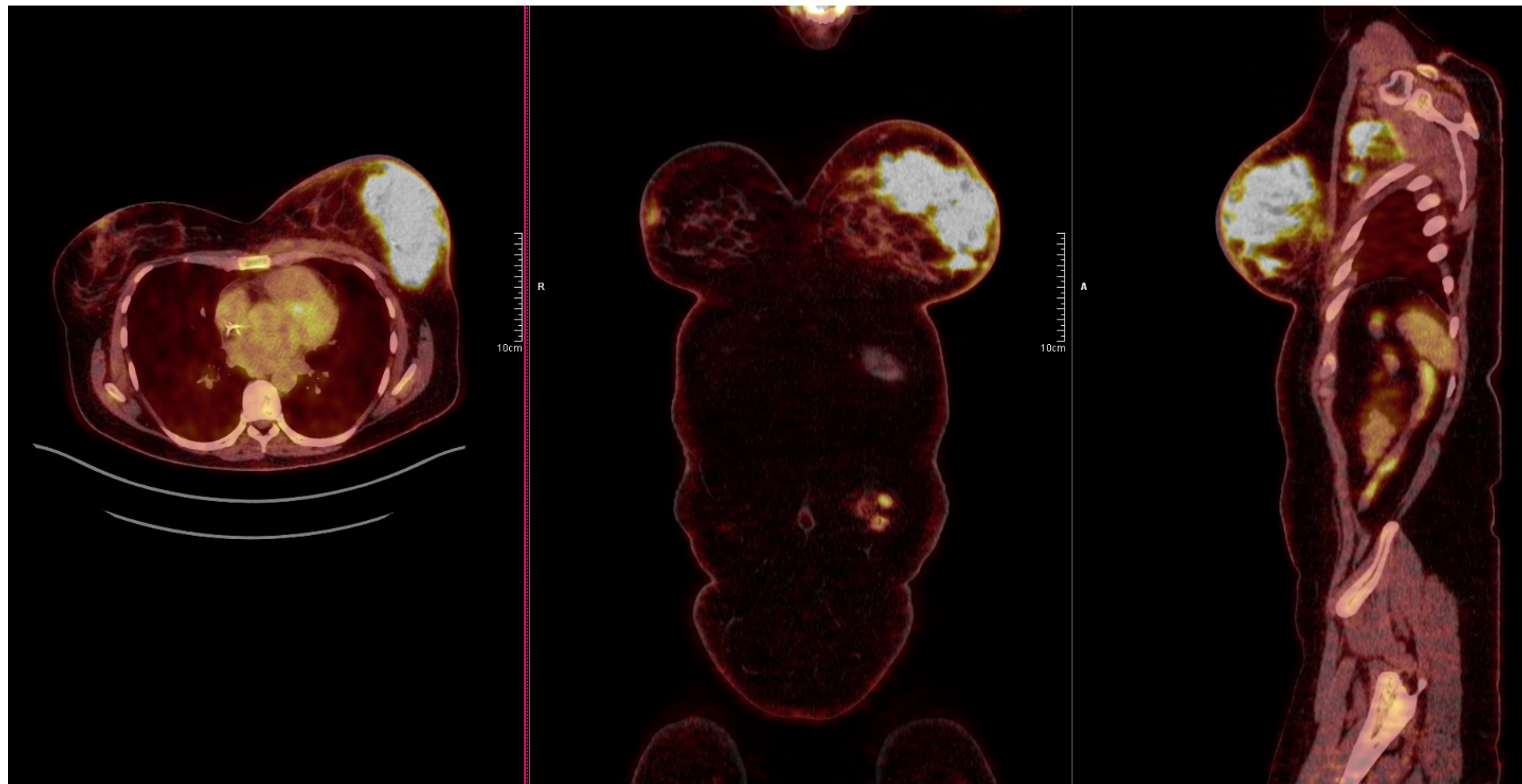
TEP-TDM_{FDG}



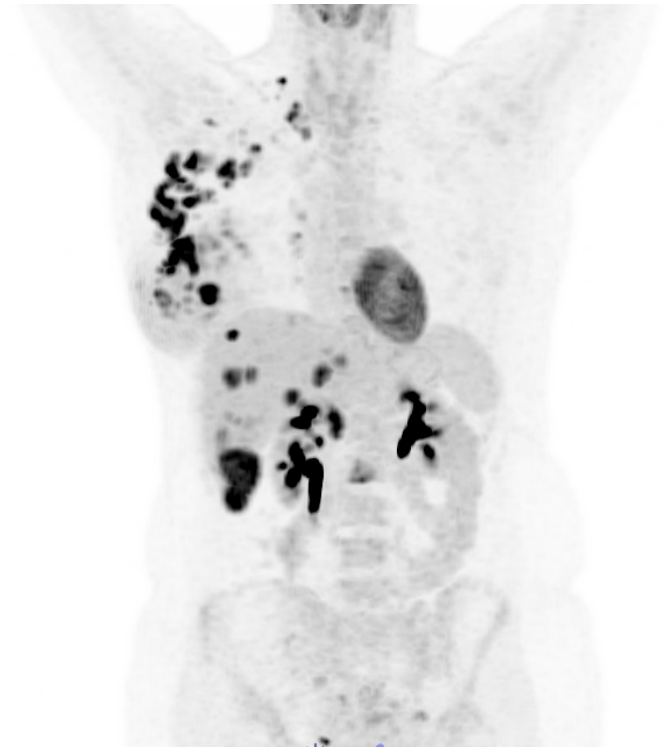
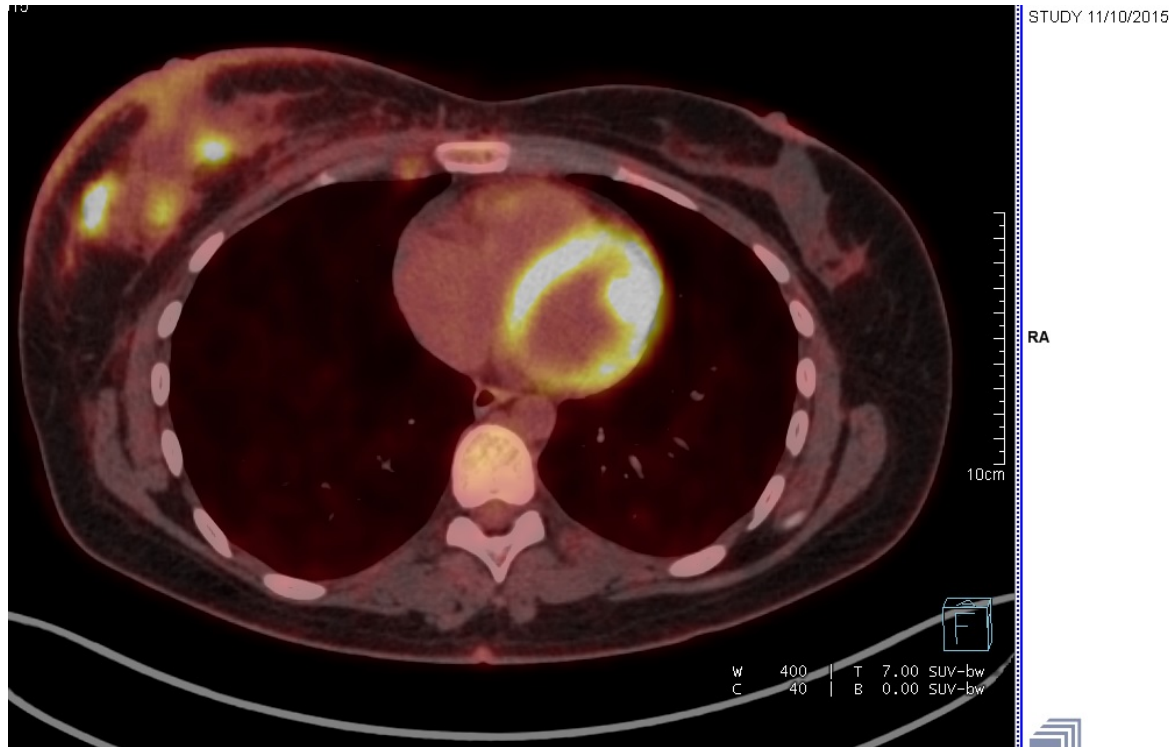
Bilan extension initiale en TEP-FDG

- ✧ Formes inflammatoires : car 20% métastatiques d'emblée
- ✧ Profil de risque élevé: âge jeune, tumeur triple négatif, grade histo-pronostique élevé, embols vasculaires
- ✧ Formes localement avancées

Cancer inflammatoire



Femme de 35 ans Bilan initial



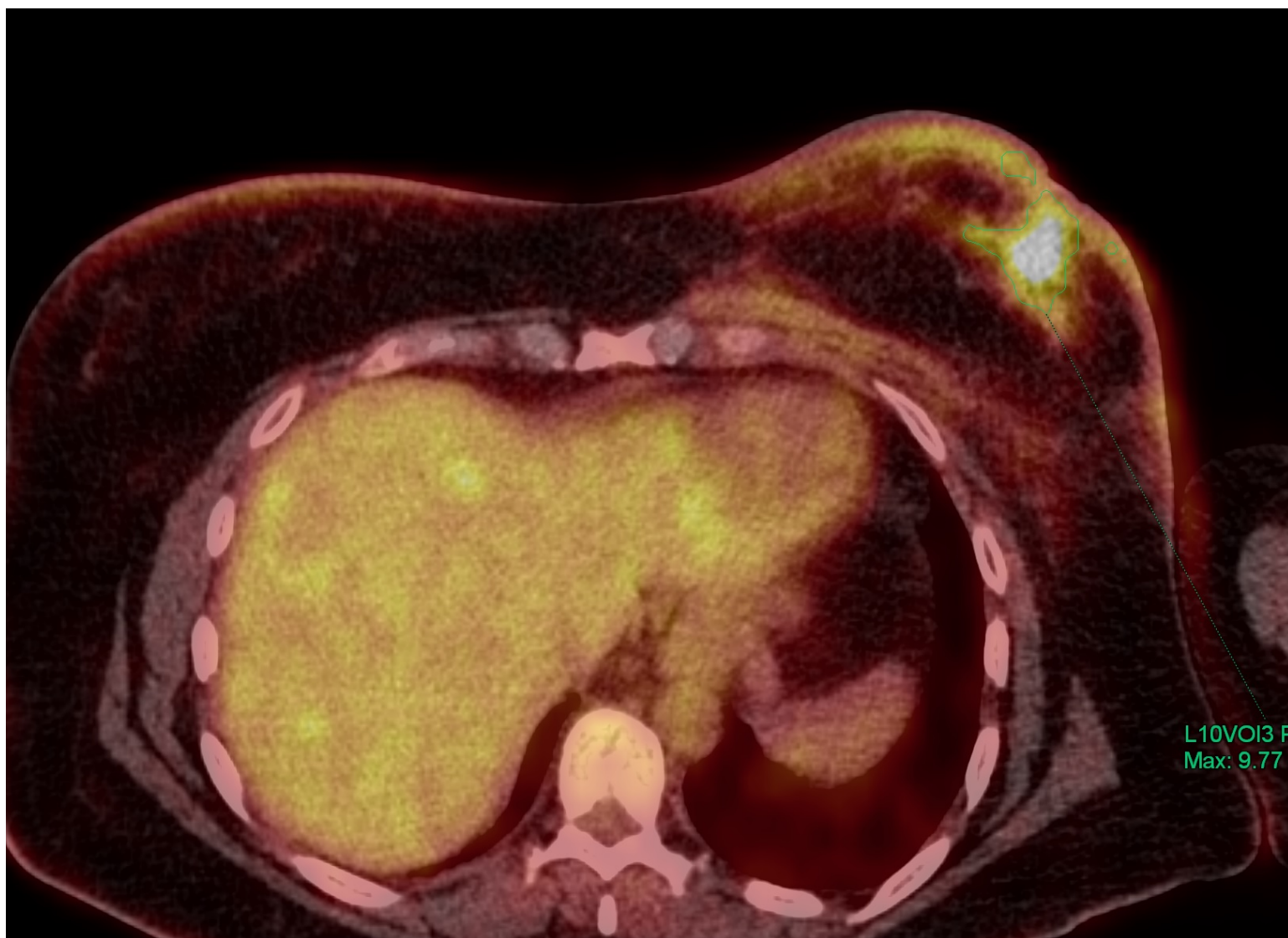
En cas de traitement mammaire néoadjuvant

Avant le traitement: **IRM mammaire + TEP-FDG**

Ganglion axillaire métastatique sans cancer primitif

TEP-FDG : recherche primitif extra mammaire
et bilan d'extension complet

TEP-FDG: infiltration cutanée



Surveillance

- En cas de symptômes :

TDM- TAP

Scinti os

scanner cérébral

- Si suspicion de récurrence invasive :
bilan d'extension d'emblée par TEP-FDG

Bilan des récives

En cas de CA15-3 élevé, signes d'appel cliniques ou radios

TEP-FDG > au bilan conventionnel

sauf pour métastases cérébrales et micronodules pulmonaires

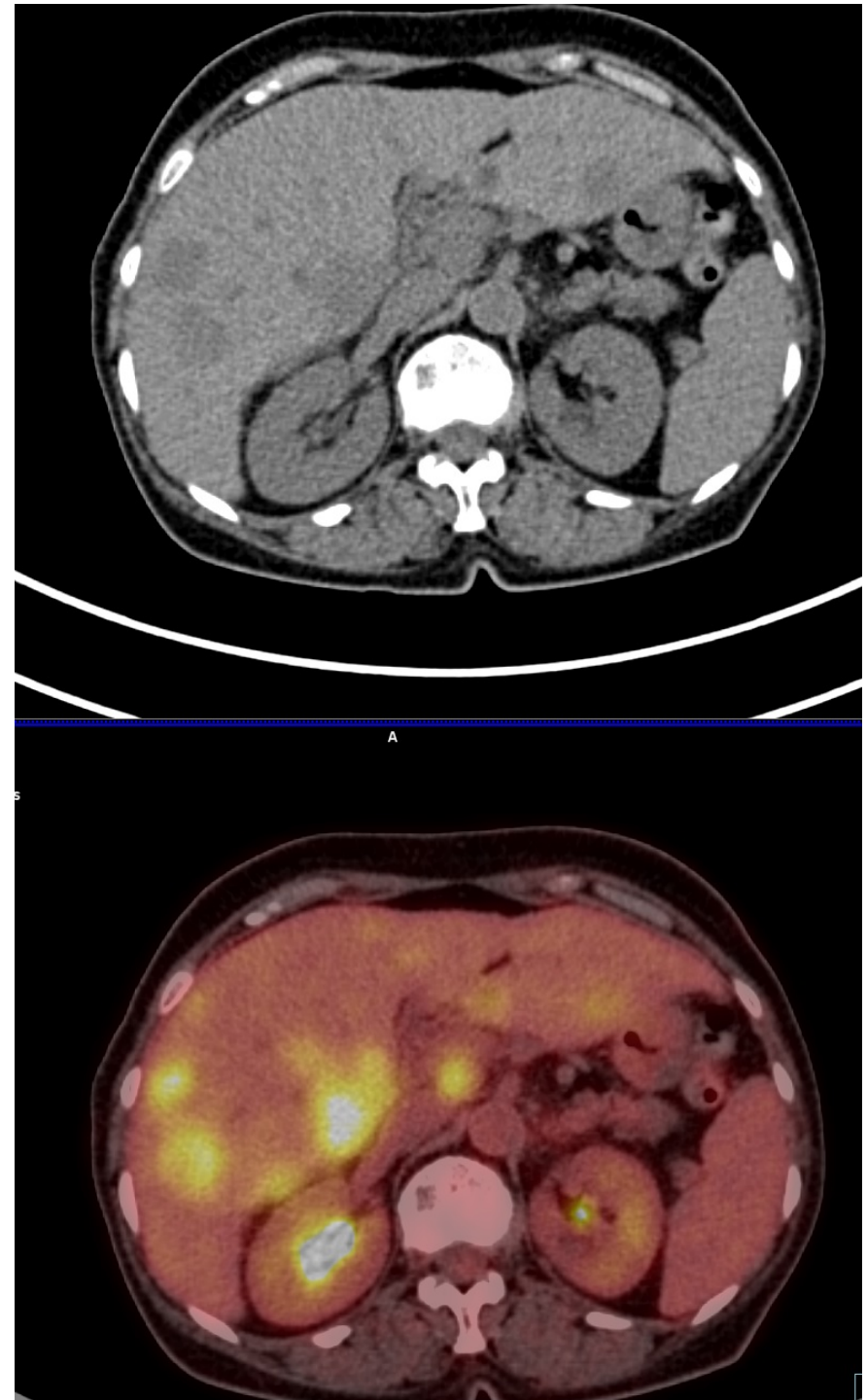
 Détection des **récives locales et à distance**

Changement de stade: 67% cas

Modifications thérapeutiques: 40% cas *Groheux, Radiology 2013*

TEP-FDG:

Apparition
Métastases hépatiques



Ganglion sentinelle

- **pour cancers in situ:**

Lésion étendue nécessitant une mastectomie ou oncoplastie

Discordance clinico-radio-histologique (Ccis de haut grade)

- **pour les cancers infiltrants**

Lésions unifocales $\leq 50\text{mm}$ si invasives

cN0 ou cN1 avec échographie et cytoponction négatif

Ventriculographie au globules rouges marqués au 99 Tc

L'activité mesurée est directement proportionnelle au volume du ventricule gauche

- FEVG normale > 55-60%
 - Excellente reproductibilité intra- et inter-observateurs
 - Irradiation : 6-8 mSv
 - Utilisée pour le suivi des patientes traitées par des drogues **cardiotoxiques** (chimiothérapies, Trastuzumab...)
- Anthracyclines**

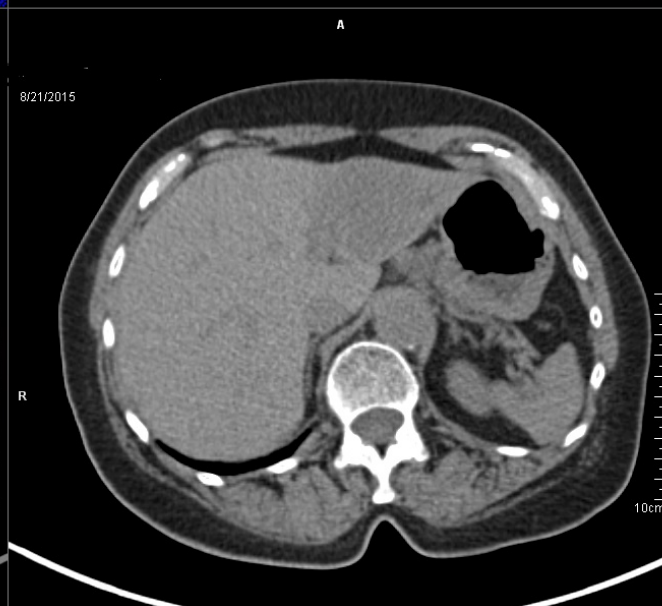
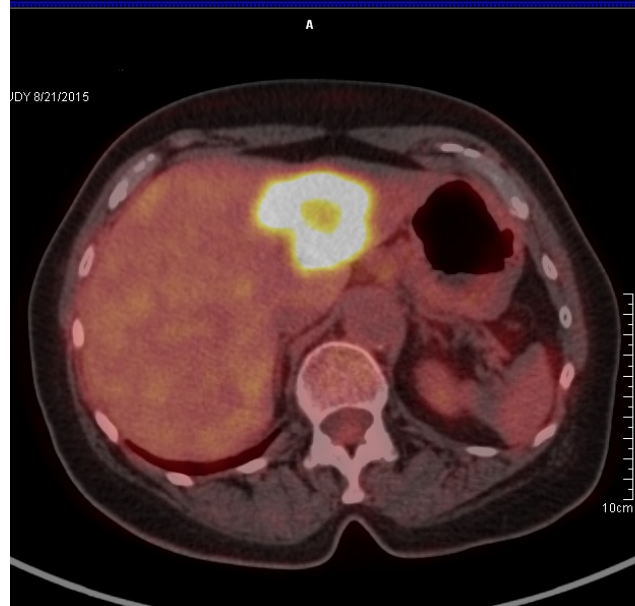
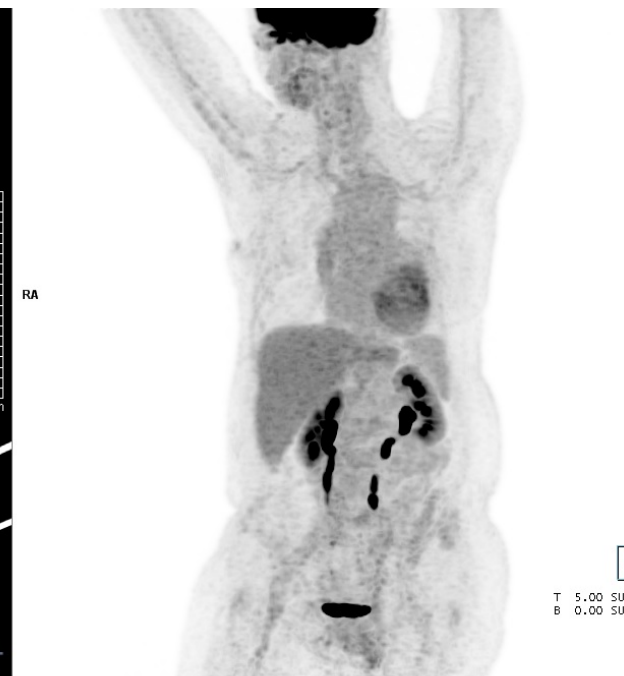
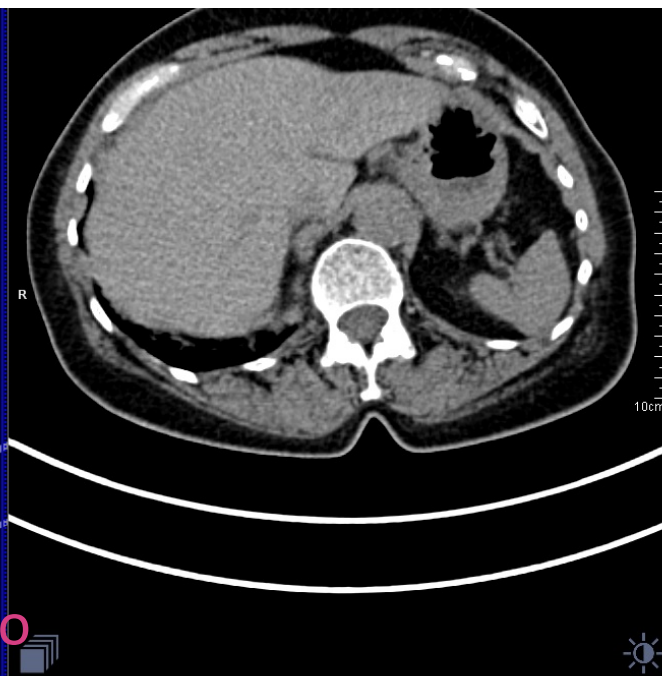
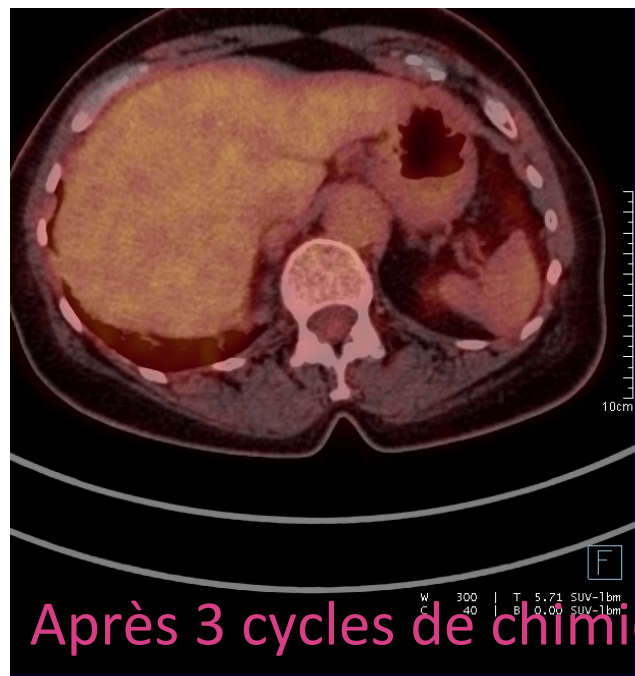
Evaluation de la réponse thérapeutique En TEP-FDG

❑ Suivi de la maladie métastatique

✓ Surveillance sous chimiothérapie

Evaluation de la maladie résiduelle

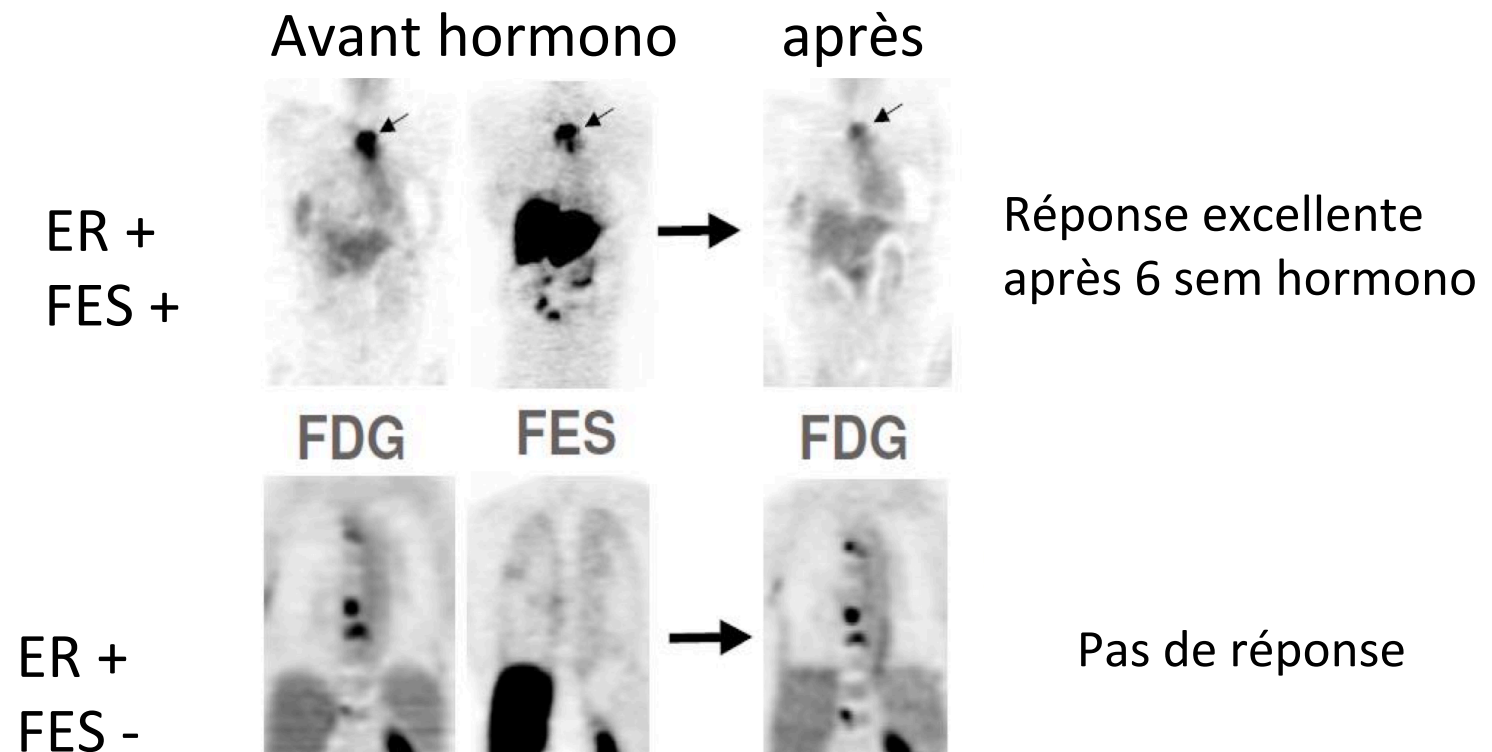
✓ Bilan avant geste thérapeutique isolé
(méta hépatique ou pulmonaire, foyer osseux)



Imagerie phénotypique: Imagerie des récepteurs ER

TEP – FES: Fluoroestradiol

La fixation de FES prédit la réponse à l'hormonothérapie dans le cancer du sein



Conclusion

Bilan d'extension initiale
si cT3-T4, cN+ , profil
risque élevé

Surveillance:
Symptômes

Surveillance:
Elévation CA 15-3

Evaluation de la réponse
thérapeutique sous chimio

TEP-FDG
ou TDM TAP+ scinti os

TEP-FDG

Merci de votre attention