

# CANCEROLOGIE ORL ET MEDECINE NUCLEAIRE



Dominique BLANC, Médecine Nucléaire,  
Hôpital Privé La Louvière  
(NordTEP – TEP de l'UNION)



# CANCEROLOGIE ORL et IMAGERIE

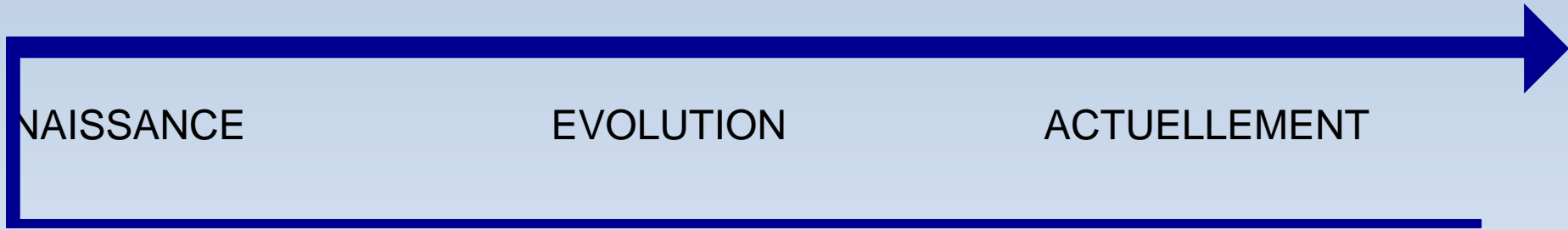
LA CLINIQUE

L'IMAGERIE DITE CONVENTIONNELLE  
TDM-IRM

**LA MEDECINE NUCLEAIRE = LE TEP-TDM**  
*(ie les ganglions sentinelles, scintigraphies )*

# CANCEROLOGIE ORL et IMAGERIE

## LA MEDECINE NUCLEAIRE



NAISSANCE

EVOLUTION

ACTUELLEMENT

Début 20° siècle

*Thyroïde, I 131*

→ 20° siècle

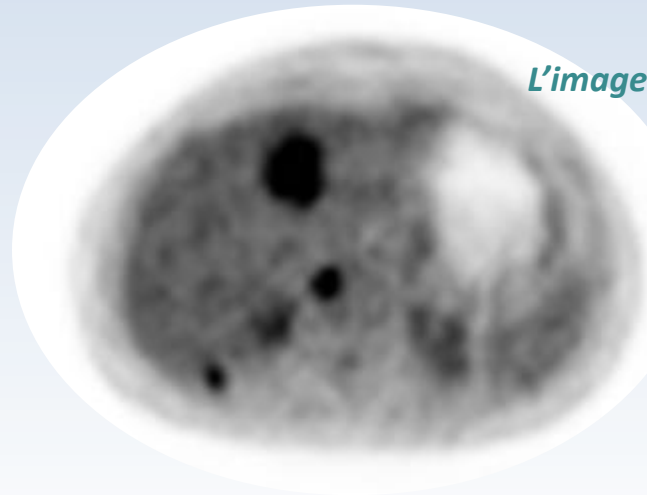
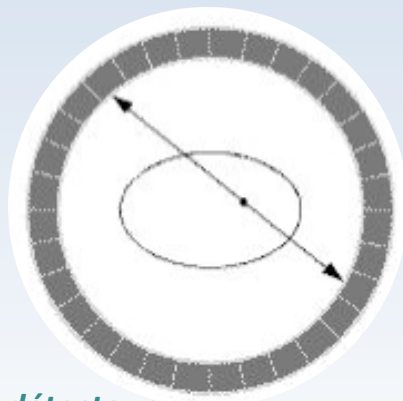
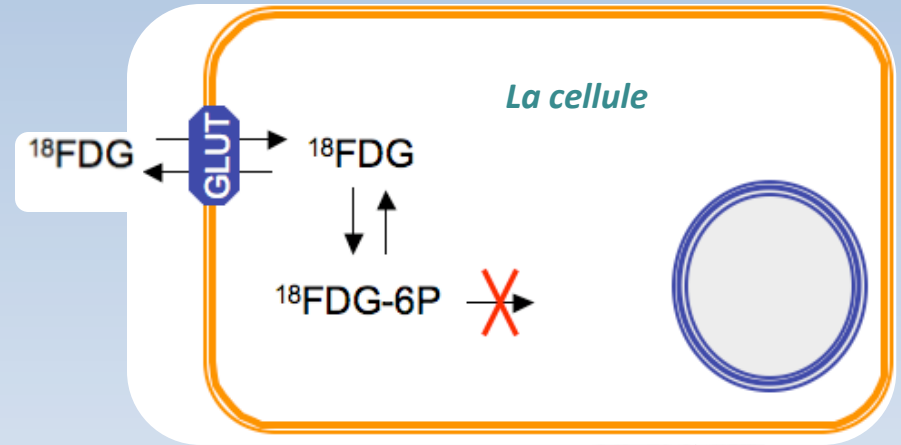
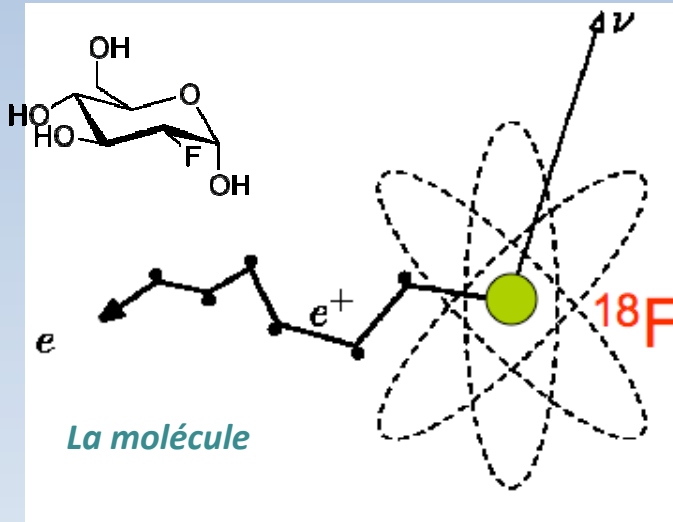
*Radio-Pharmaceutiques (Tc), Anger, Informatique*

→ 21° siècle

*Imagerie Hybride*

# TEP(scan) - MEDECINE NUCLEAIRE

La TEP, le principe de l'image, le **FLUORODEOXYGLUCOSE (FDG)**



# TEP(scan) - MEDECINE NUCLEAIRE

La TEP, le principe de l'image, le **matériel**



# TEP(scan) - MEDECINE NUCLEAIRE

La TEP-TDM

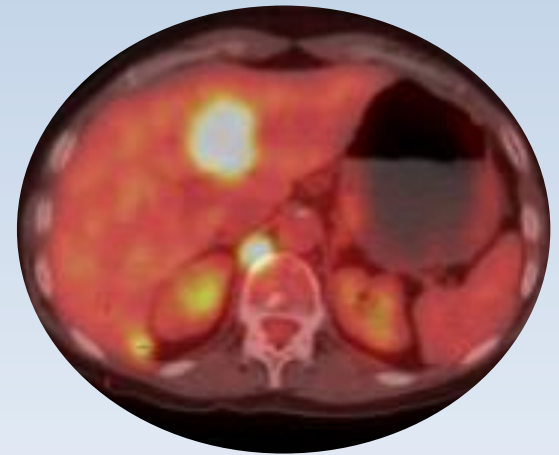
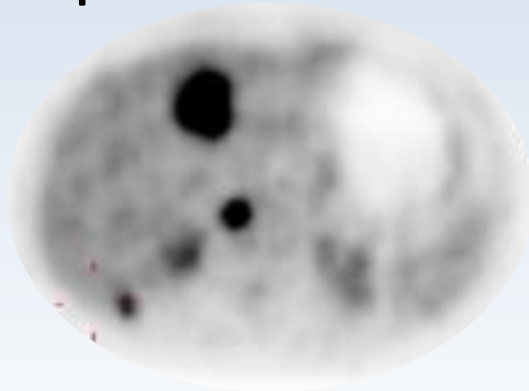
TEP: information fonctionnelle  
TDM: information morphologique  
TEP-TDM

*morphologie*



+

*fonction*

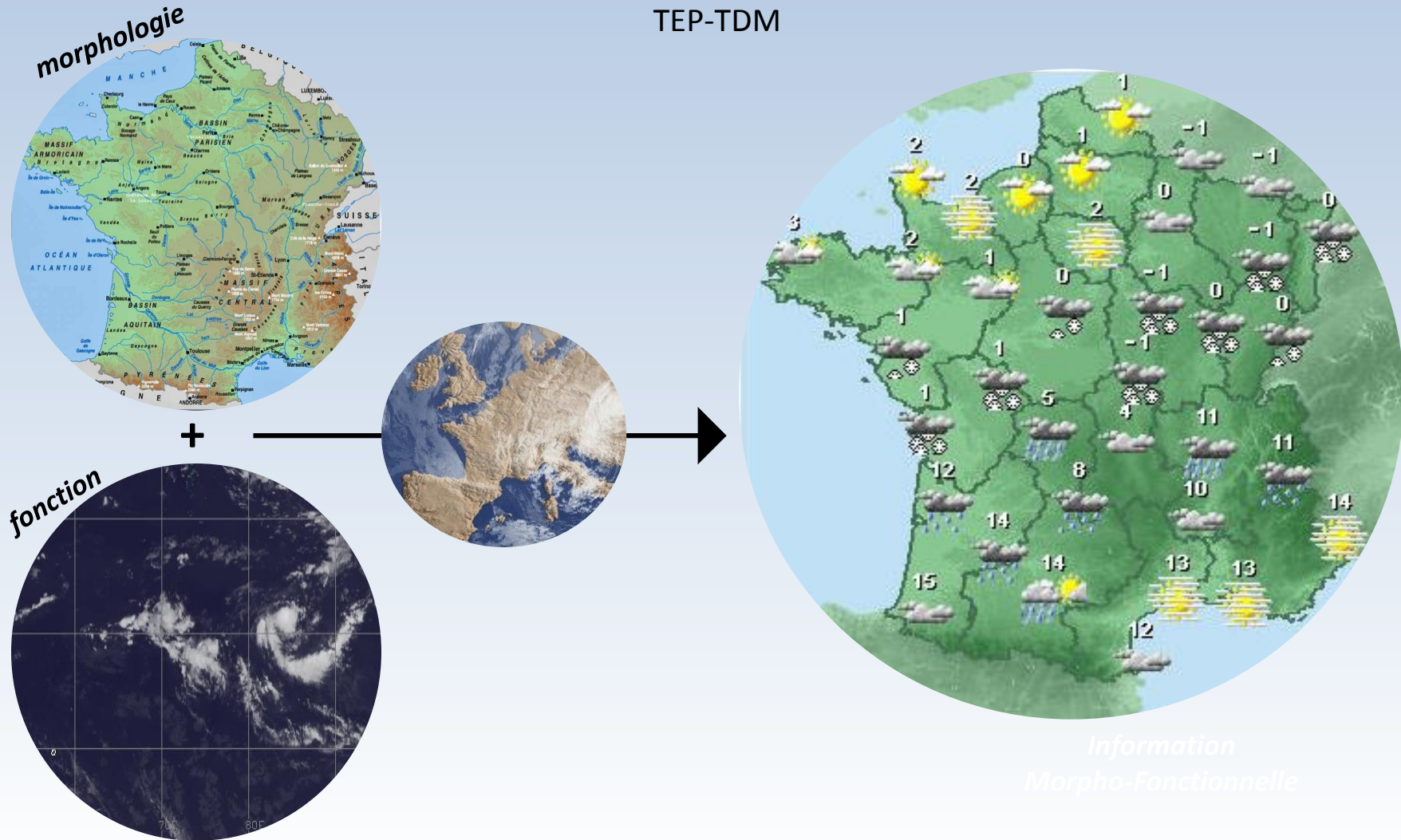


*Information  
Morpho-Fonctionnelle*

# TEP(scan) - MEDECINE NUCLEAIRE

La TEP-TDM

TEP: information fonctionnelle  
TDM: information morphologique  
TEP-TDM



# CANCEROLOGIE ORL et IMAGERIE

LA CLINIQUE

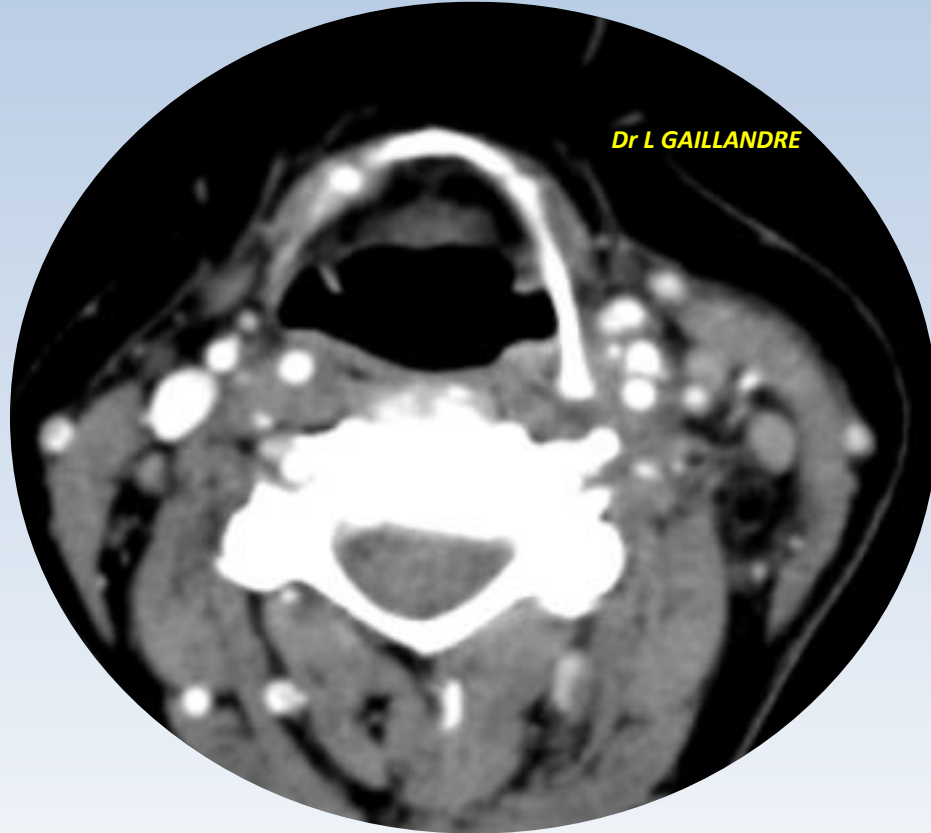
L'IMAGERIE DITE CONVENTIONNELLE  
TDM-IRM

**LA MEDECINE NUCLEAIRE = LE TEP-TDM**  
*(ie les ganglions sentinelles )*

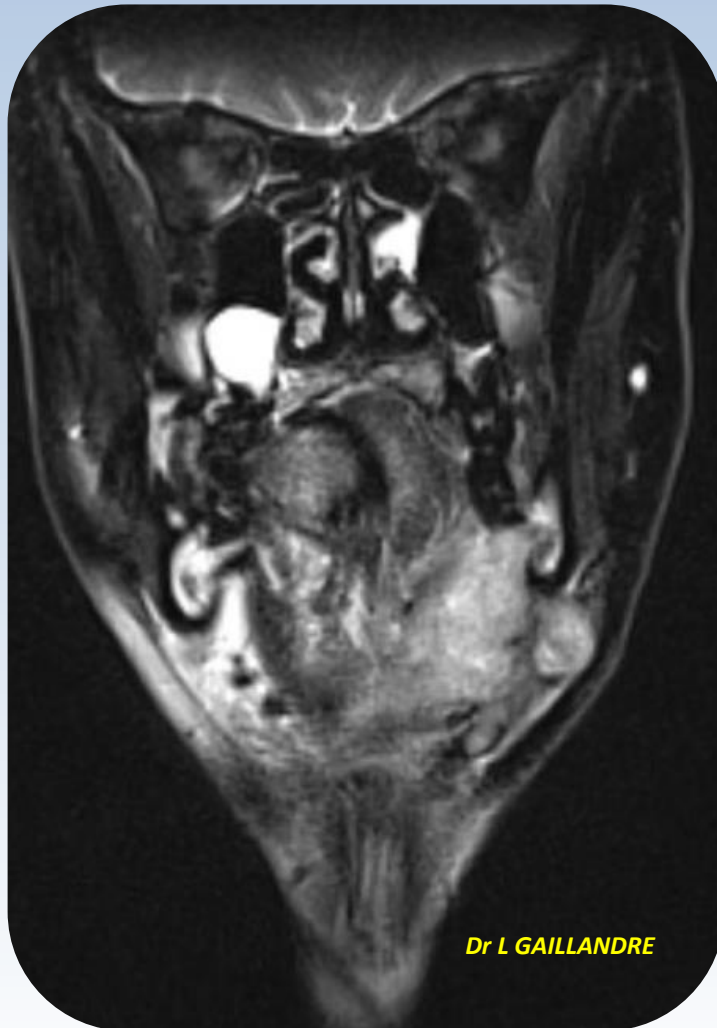


LA CLINIQUE

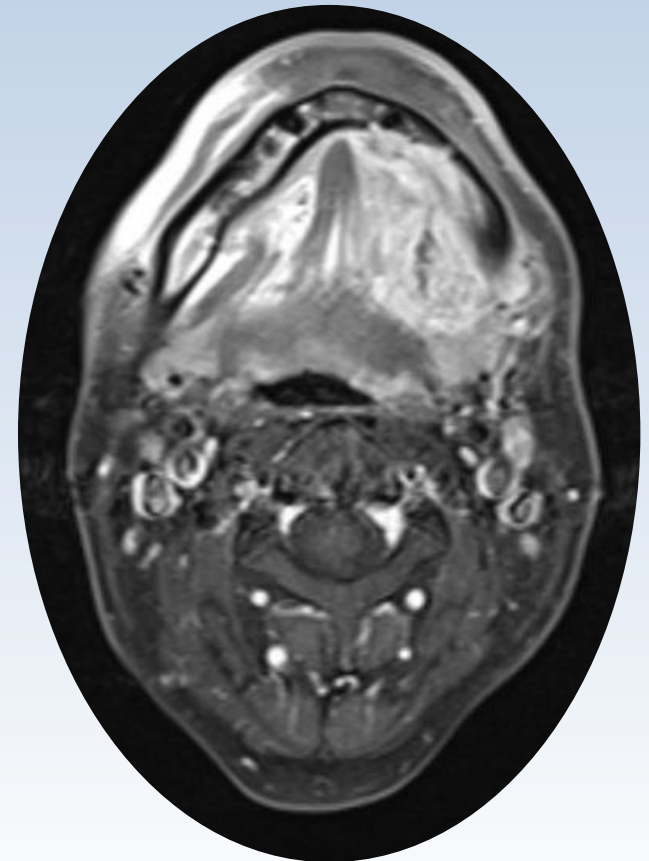
L'IMAGERIE MORPHOLOGIQUE  
TDM-IRM



LA CLINIQUE



L'IMAGERIE MORPHOLOGIQUE  
TDM-IRM



LA CLINIQUE

L'IMAGERIE DITE CONVENTIONNELLE  
TDM-IRM

**LA MEDECINE NUCLEAIRE = LA TEP-TDM**  
***INDICATIONS CIBLEES***

DIAGNOSTIC INITIAL / STADIFICATION

LOCALEMENT

LA LESION rarement  
LES ADENOPATHIES parfois  
ASPE

A DISTANCE surtout  
METASTASES  
K SYNCHRONES (13-15% des cas)

**SUIVI & RECIDIVE**

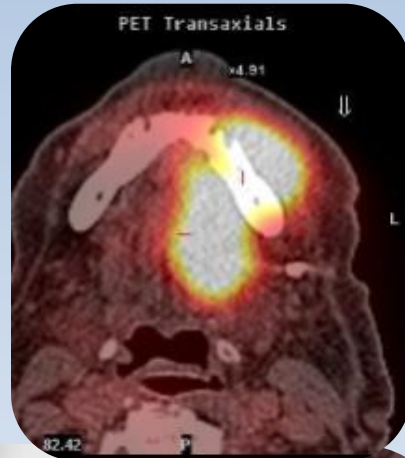
LOCALEMENT  
A DISTANCE

# TEP(scan) - MEDECINE NUCLEAIRE

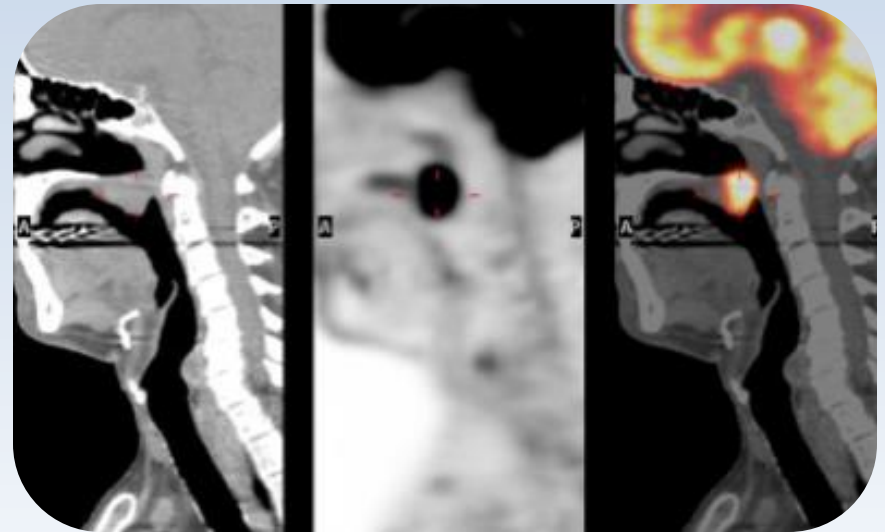
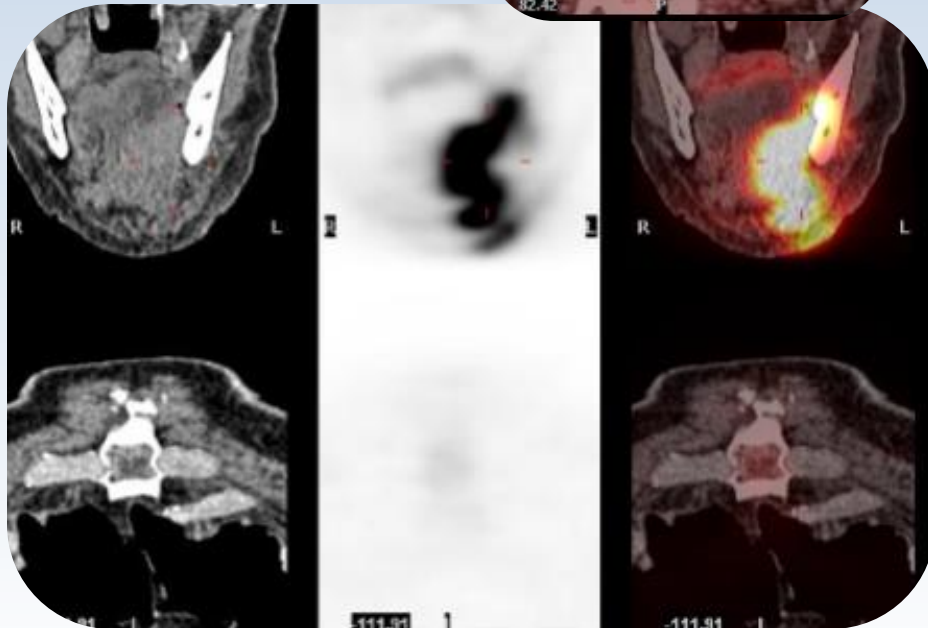
Diagnostic Initial LOCALEMENT

LA LESION

LES ADENOPATHIES



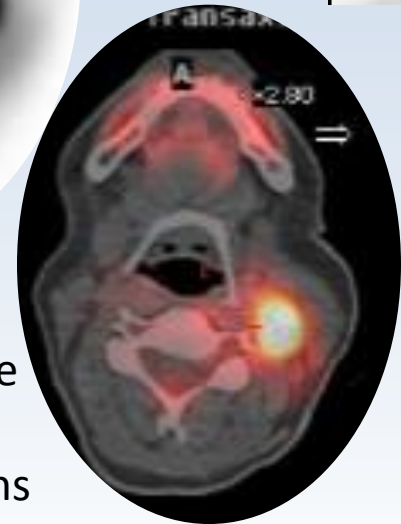
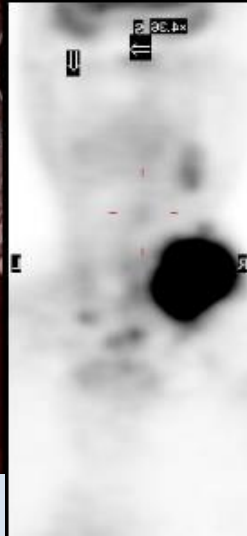
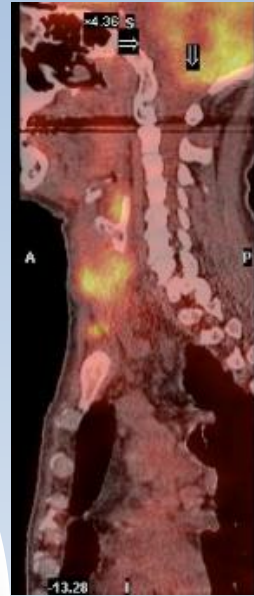
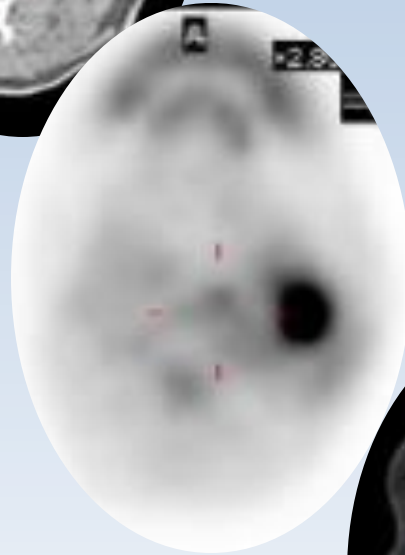
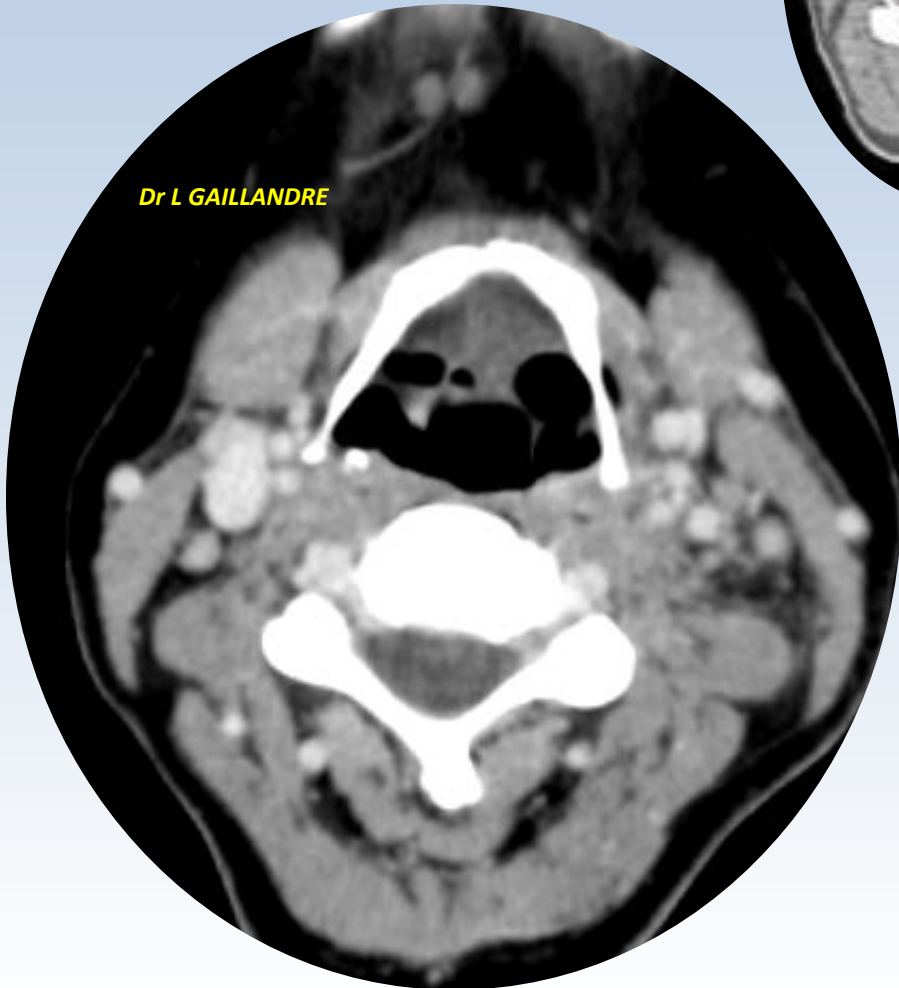
+/- volumineuse  
siège  
3 plans



# TEP(scan) - MEDECINE NUCLEAIRE

Diagnostic Initial LOCALEMENT

LA LESION  
LES ADENOPATHIES

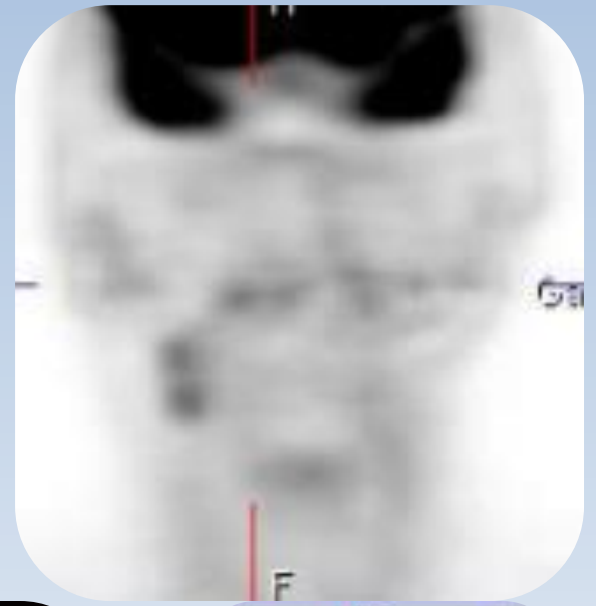
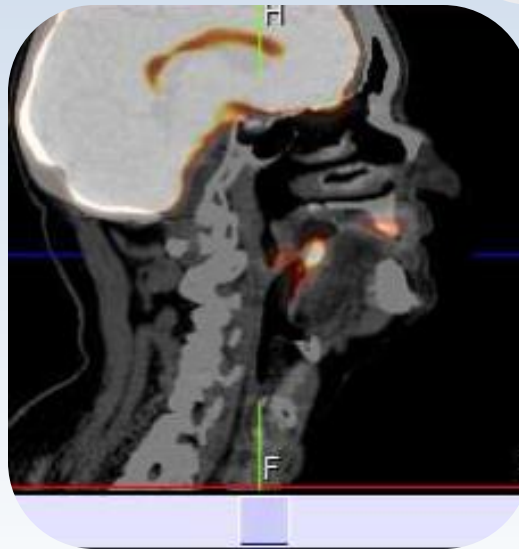
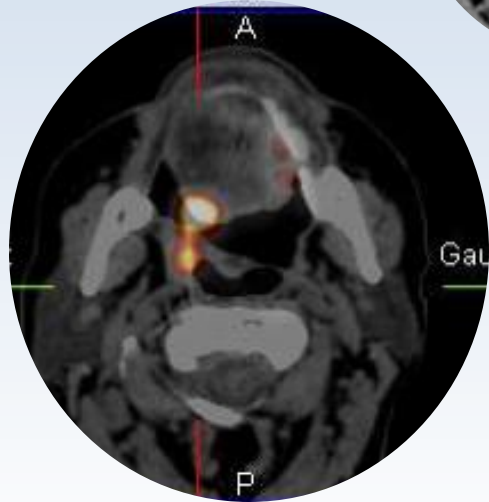
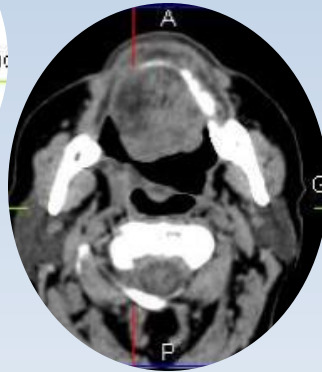
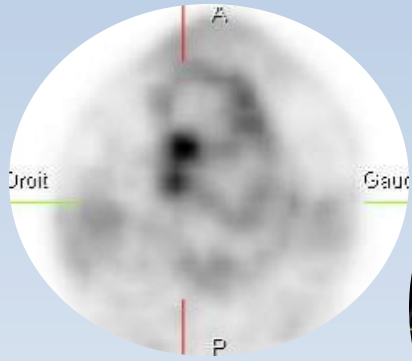


+/- volumineuse  
siège  
3 plans

# TEP(scan) - MEDECINE NUCLEAIRE

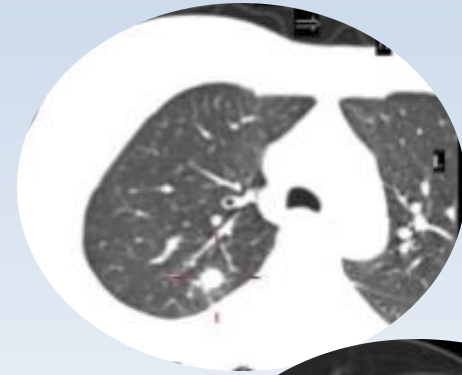
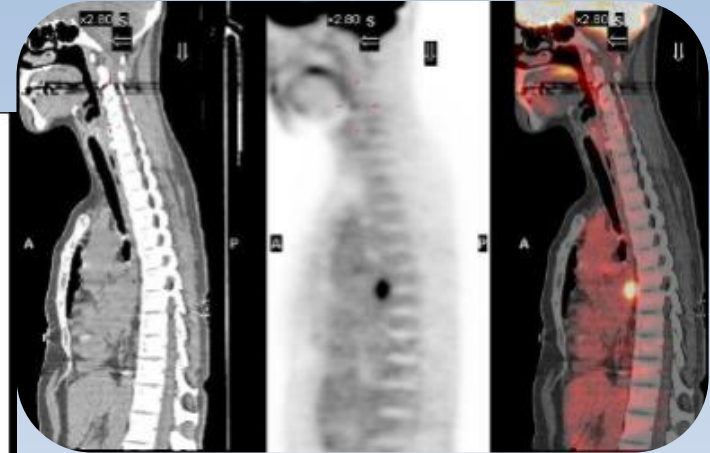
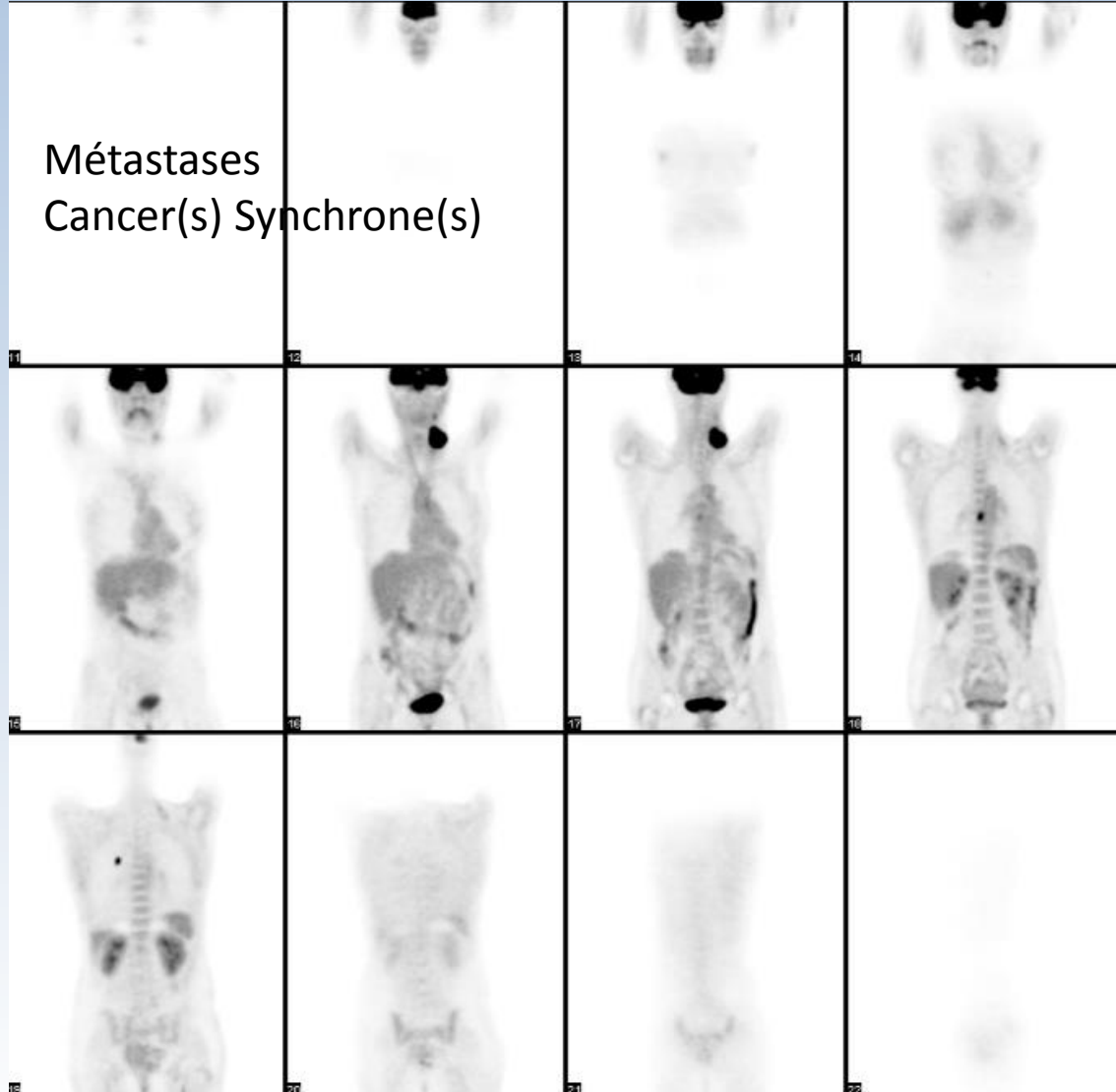
Diagnostic Initial LOCALEMENT

**L' ADENOPATHIE CERVICALE ISOLEE (ASPE)**



# TEP(scan) - MEDECINE NUCLEAIRE

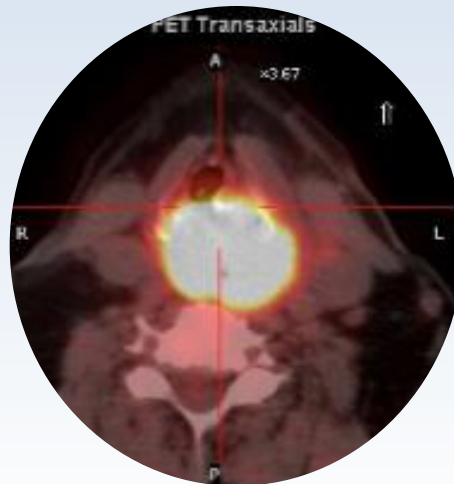
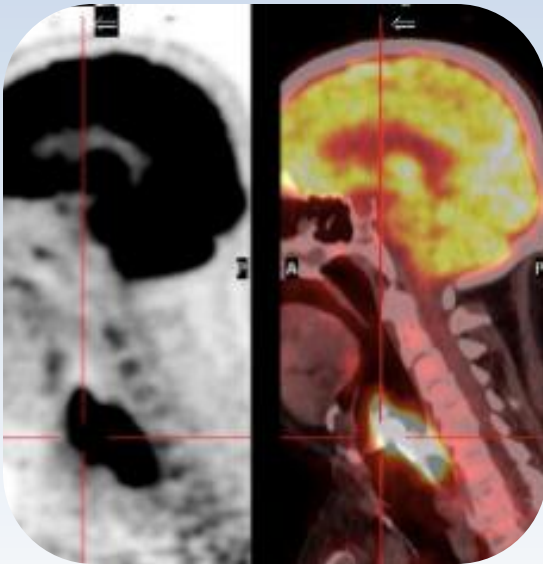
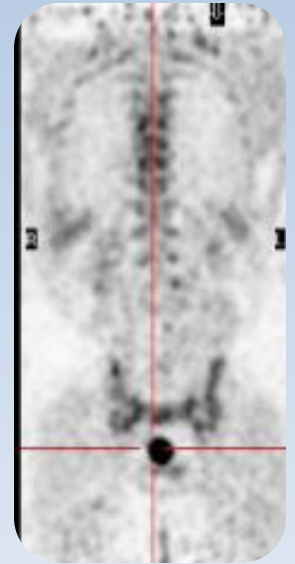
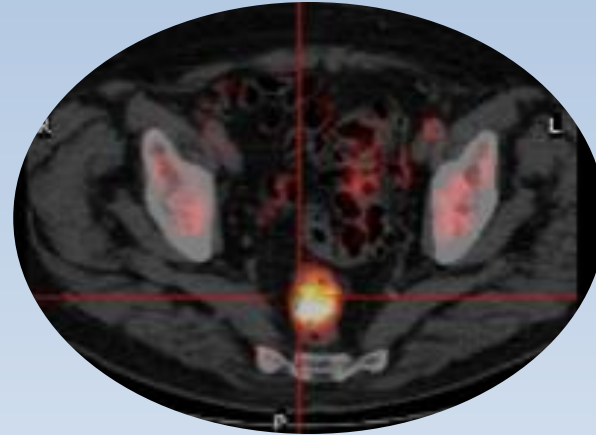
Diagnostic Initial **A DISTANCE +++**



# TEP(scan) - MEDECINE NUCLEAIRE

Diagnostic Initial **A DISTANCE +++**

Métastases  
Cancer(s) Synchron(e)s





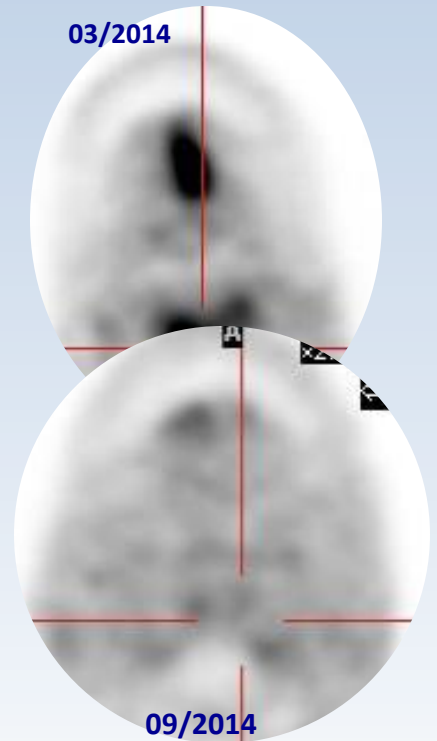
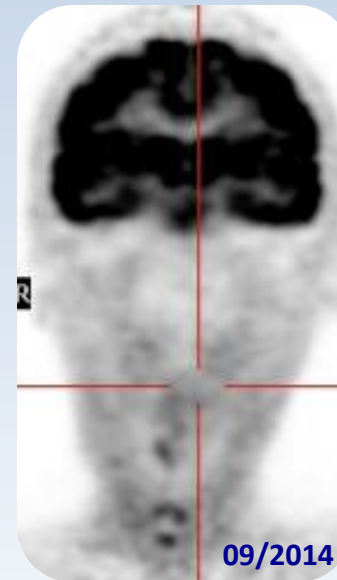
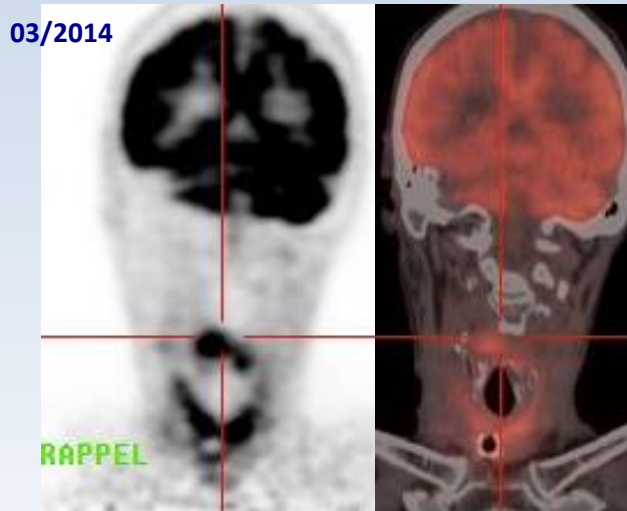
## SUIVI La Réponse au traitement

Chimiothérapie

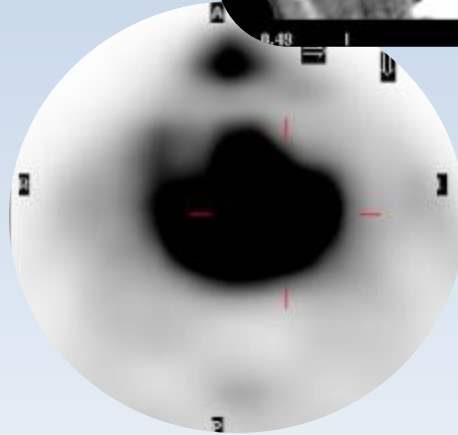
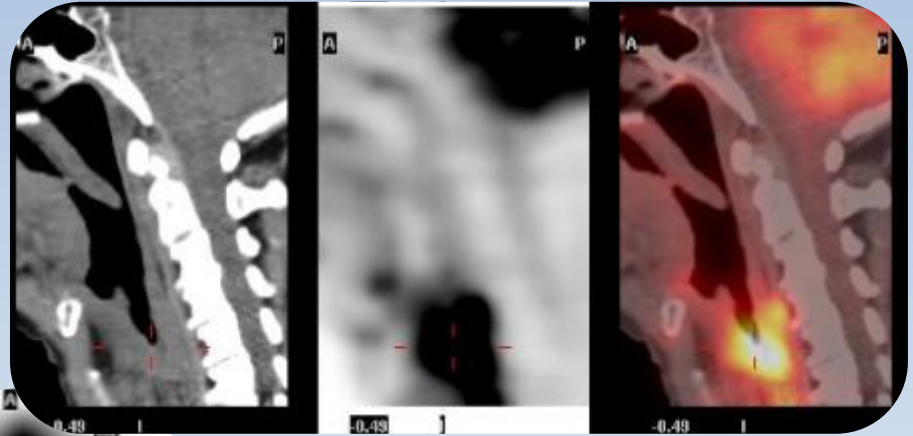
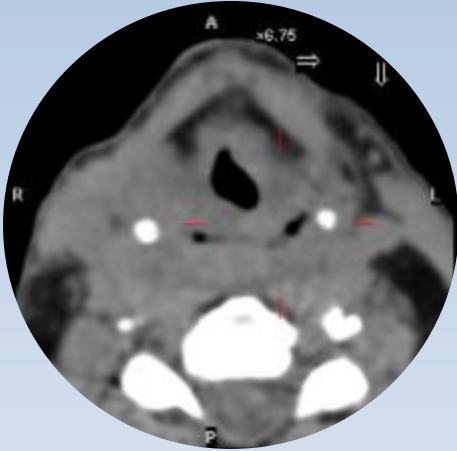
2005 Amygdale,

2014 : langue + rétropharynx+ loge thyroïdienne)

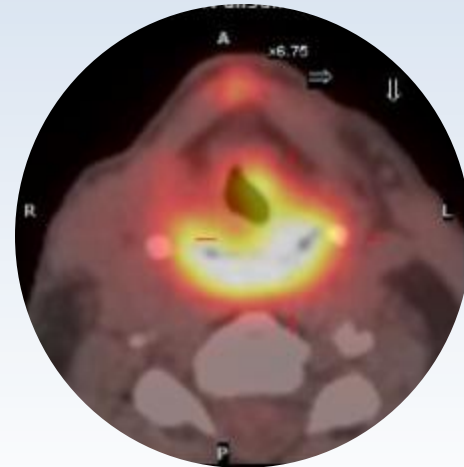
### *REPONSE METABOLIQUE COMPLETE*



## SUIVI La Récidive locale +++



Bilan TDM : Œdème important  
Reliquat lésionnel « masqué »?  
Œdème post-thérapeutique?

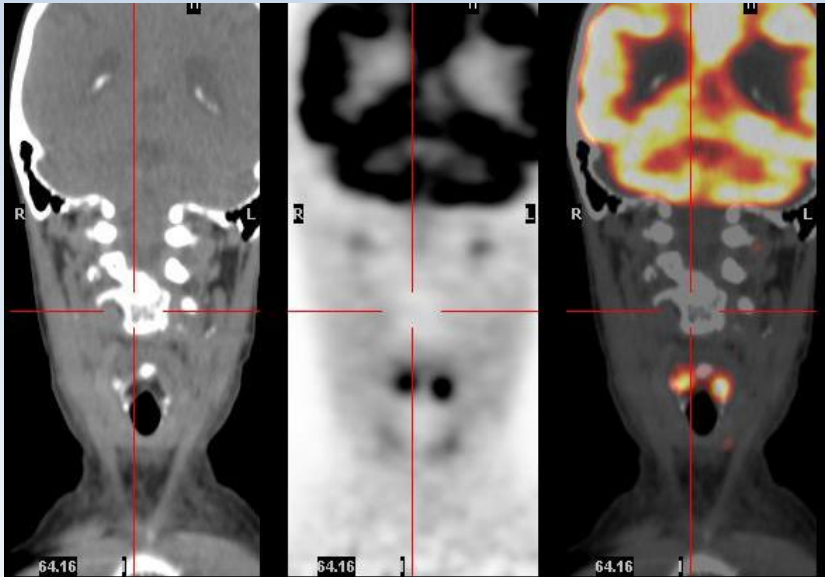


## SUIVI La Récidive locale +++

Bilan TDM :

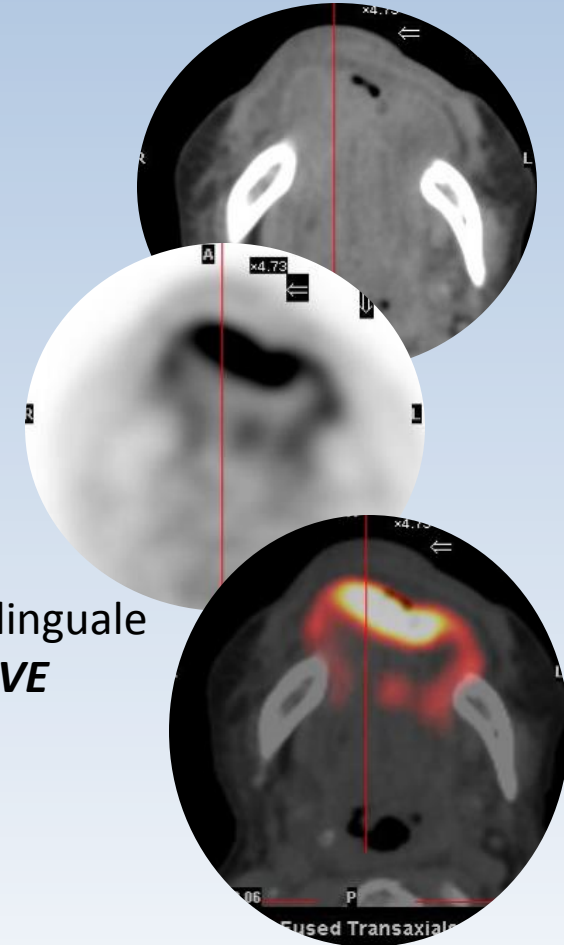
Feutrage carotidien: simple? Reliquat lésionnel?

Prise de PC linguale: Oedème? Tumeur?



Feutrage carotidien

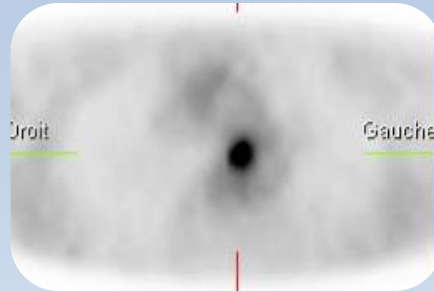
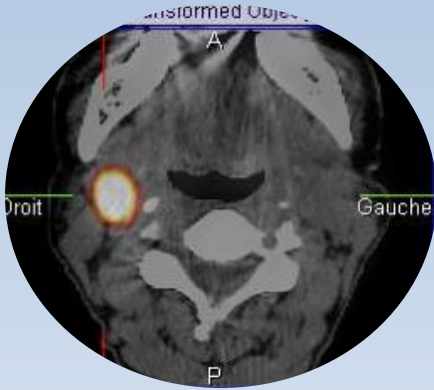
**RAS**



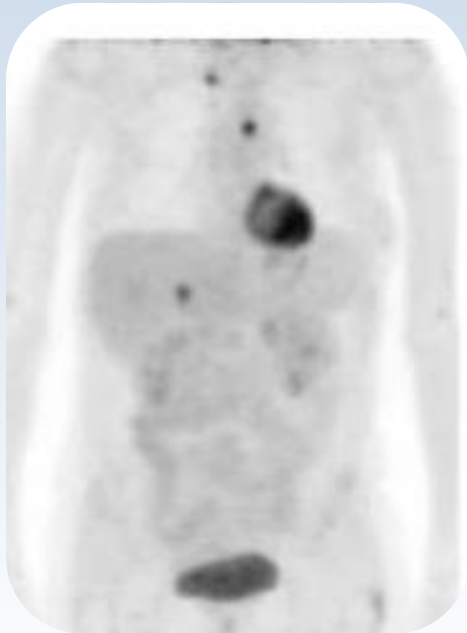
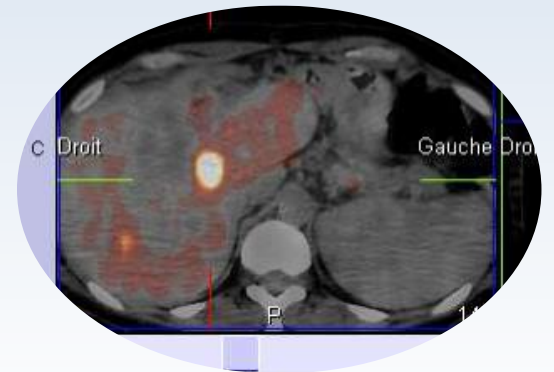
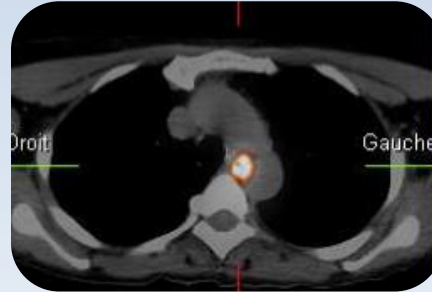
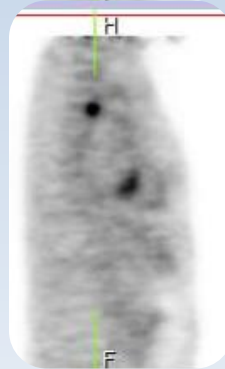
Prise de PC linguale  
**RECIDIVE**

# TEP(scan) - MEDECINE NUCLEAIRE

## SUIVI La Récidive à Distance +++ ( et locale... )



Lésion oropharyngée, 18 mois  
Adénopathie 2b D  
Bilan



CANCEROLOGIE ORL

TEP-TDM

DIAGNOSTIC et SUIVI

## CONCLUSION 1

**DIAGNOSTIC = STADIFICATION TNM  
SUIVI**

### DIAGNOSTIC

LOCAL

T rarement

N parfois/souvent

A DISTANCE ++++

M

Kc SYNCHRONES (ORL+++)

### SUIVI

SURVEILLANCE/Protocole

SUSPICION RECIDIVE

CANCEROLOGIE ORL

TEP-TDM

DIAGNOSTIC et SUIVI

## **CONCLUSION 2**

**HIERARCHIE et RECOMMANDATIONS**

**CLINIQUE**

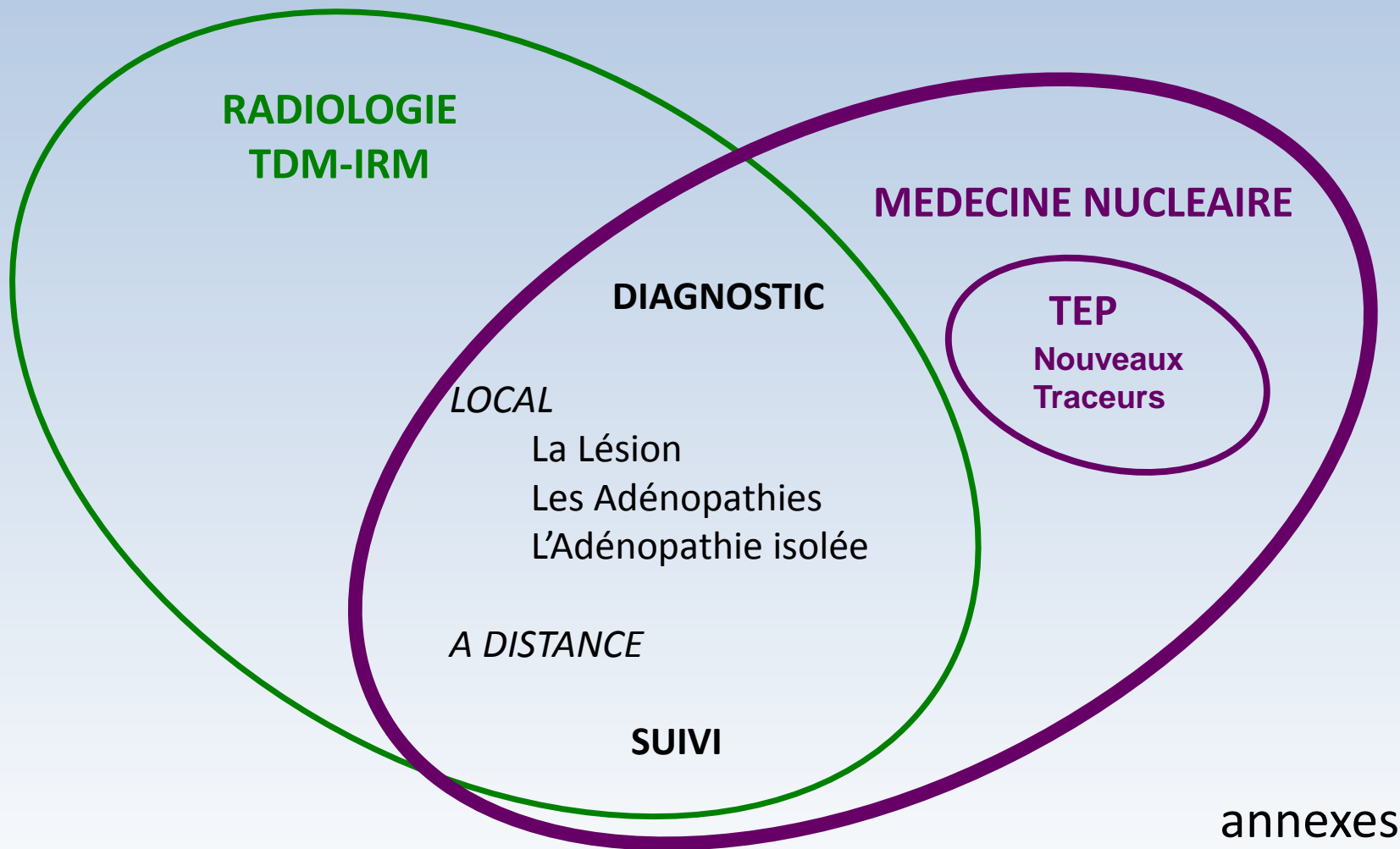
**IMAGERIE MORPHOLOGIQUE**

**IMAGERIE FONCTIONNELLE**

CANCEROLOGIE ORL

TEP-TDM

DIAGNOSTIC et SUIVI



**RADIOLOGIE  
TDM-IRM**

**MEDECINE NUCLEAIRE**

**DIAGNOSTIC**

**TEP**

**Nouveaux  
Traceurs**

*LOCAL*

La Lésion  
Les Adénopathies  
L'Adénopathie isolée

*A DISTANCE*

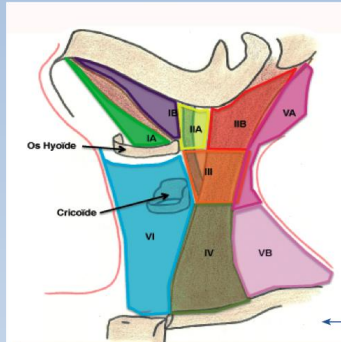
**SUIVI**

annexes

# TEP(scan) - MEDECINE NUCLEAIRE

## Classification simplifiée des aires ganglionnaires cervico-faciales



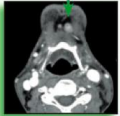

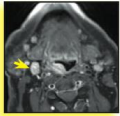
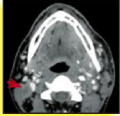

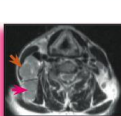


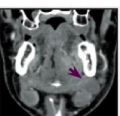

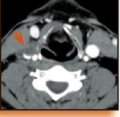

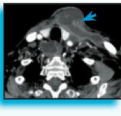

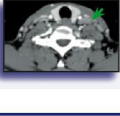

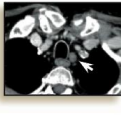

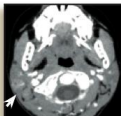
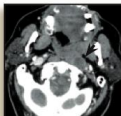
Dr S. GAILLARDIE, Dr C. BLANC



L'étude ganglionnaire cervico-faciale nécessite un langage commun dans la prise en charge du patient, notamment en cancérologie. La classification topographique de Robbins présente l'intérêt d'une bonne facilité d'emploi par les différents acteurs de la chaîne de prise en charge du patient : clinicien, chirurgien, oncologue et radiothérapeute, imageur, anatomo-pathologiste.

← Schématisation des différents groupes ganglionnaires cervicaux



Groupe & Imagerie	Territoire	Limites	Groupe & Imagerie	Territoire	Limites	Groupe & Imagerie	Territoire	Limites
<b>IA</b> 	 	Sous le plancher buccal en dedans des ventres antérieurs des muscles digastriques	<b>II</b> 	 	Jugulaire interne supérieur Autour de la veine, sur toute la largeur et en dedans du muscle sterno cleido mastoïdien depuis la base du crâne jusqu'à hauteur de l'os hyoïde. En arrière de la glande submandibulaire. II-A en avant et au niveau de la VJI et II-B en arrière d'elle	<b>V</b> 		Spinal accessoire ou triangle postérieur du cou Depuis la région sous mastoïdienne, le long du nerf spinal en arrière du muscle sterno cleïdo mastoïdien jusqu'à la clavicle. (V-A et V-B limités par le niveau du bord inférieur du cricoïde)
<b>IB</b> 	 	Sub mandibulaire Autour et en avant du plan postérieur de la glande, en dehors du ventre antérieur du muscle digastrique homolatéral	<b>III</b> 		Jugulaire interne moyen Autour de la veine, sur toute la largeur et en dedans du muscle sterno cleido mastoïdien depuis l'os hyoïde jusqu'au bord inférieur de l'anneau cricoïdien	<b>VI</b> 		Cervical antérieur Pré-laryngé et trachéal ainsi que peri trachéo-oesophagien depuis l'os hyoïde jusqu'à la fourchette sternale en avant des territoires III et IV
			<b>IV</b> 		Jugulaire interne inférieur Autour de la veine, sur toute la largeur et en dedans du muscle sterno cleido mastoïdien depuis le bord inférieur de l'anneau cricoïdien jusqu'en sus claviculaire	<b>VII</b> 		Médiastinal supérieur
						<b>Autres</b> 	 	Facial, occipital, mastoïdien, parotidien et retropharyngé

**Bibliographie:**

Robbins KT. Integrating radiological criteria into the classification of cervical lymph node disease. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1999 Apr;125(4):385-7  
Som PM, Curtin HD, Mancuso AA. An imaging-based classification for the cervical nodes designed as an adjunct to recent clinically based nodal classifications. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1999 Apr;125(4):388-96  
Som PM, Curtin HD, Mancuso AA. Imaging-based nodal classification for evaluation of neck metastatic adenopathy. AJR Am J Roentgenol. 2000 Mar;174(3):837-44  
Gor DM, Langer JE, Loevner LA. Imaging of cervical lymph nodes in head and neck cancer: the basics. Radiol Clin North Am. 2006 Jan;44(1):101-10  
Robbins KT, Medina JE, Wolfe GT, Levine PA, Sessions RB, Pruet CW. Standardizing neck dissection terminology. Official report of the Academy's Committee for Head and Neck Surgery and Oncology. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1991 Jun;117(6):601-5

Merci de votre attention