

A propos d'une recherche multimodale de lésion primitive.

HUBAUT Marc-Antoine

Dr F. Demailly

Dr F. Hives

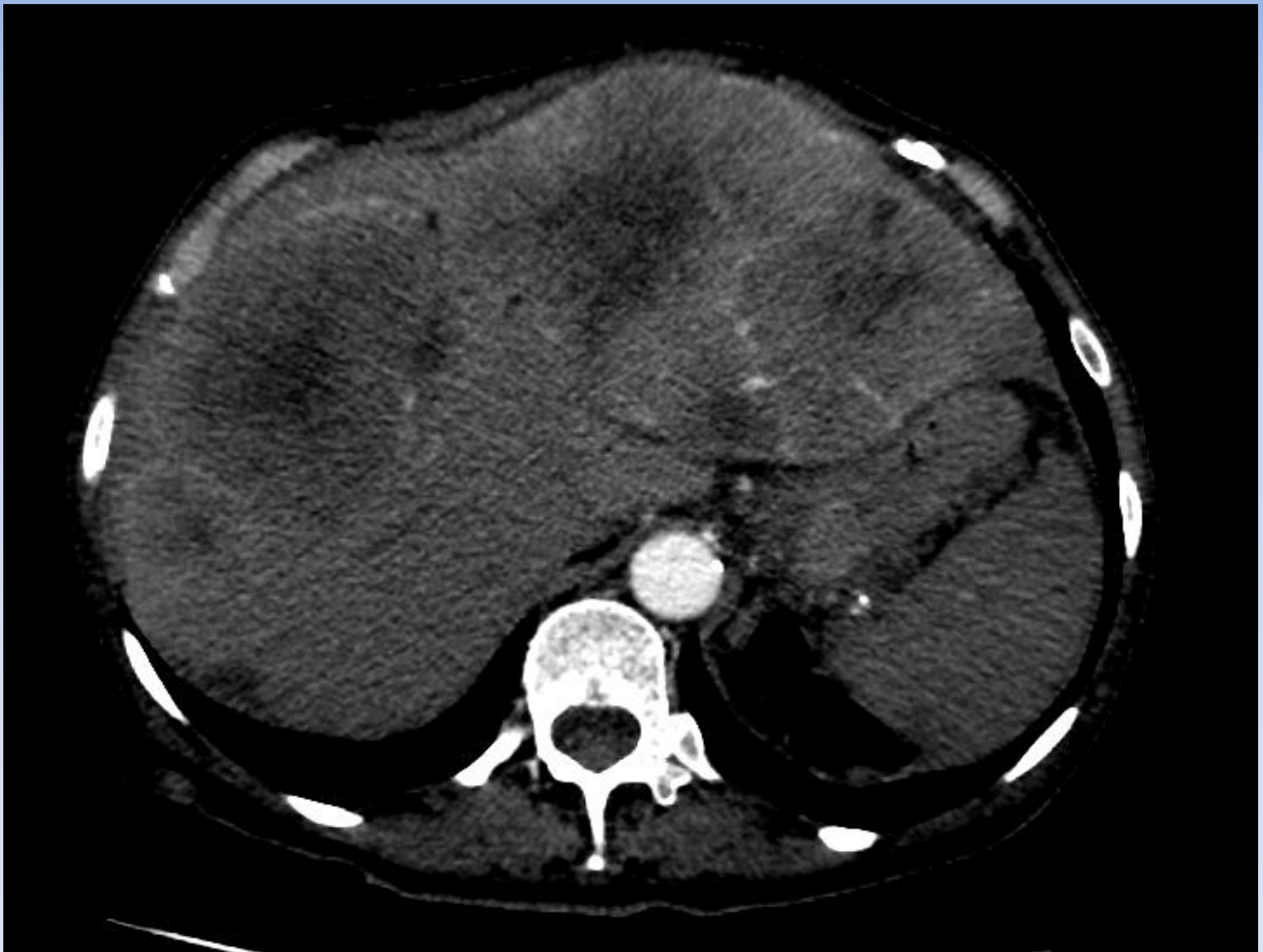
Réunion de l'AFRINN du 28/09/2019



Anamnèse

- Patiente de 71 ans hospitalisée pour déséquilibre d'un diabète de type II.
- ATCD : hypothyroïdie, HTA, appendicectomie
- OMS 1, -3Kg en deux ans, rapporté au veuvage
- Autopalpation d'une masse épigastrique correspondant à une hépatomégalie

Scanner TAP



Volumineuse hépatomégalie d'allure secondaire



Masse du foie gauche de 17cm de diamètre, nécrotique



Adénomégalies coéliquales et rétropéritonéales

QCM 1

- Quels examens pourrait-on proposer pour avancer dans la prise en charge ?
 - A : Ponction biopsie hépatique
 - B : IRM abdominale
 - C : TEP F-Choline
 - D : TEP FDG
 - E : TEP F-DOPA

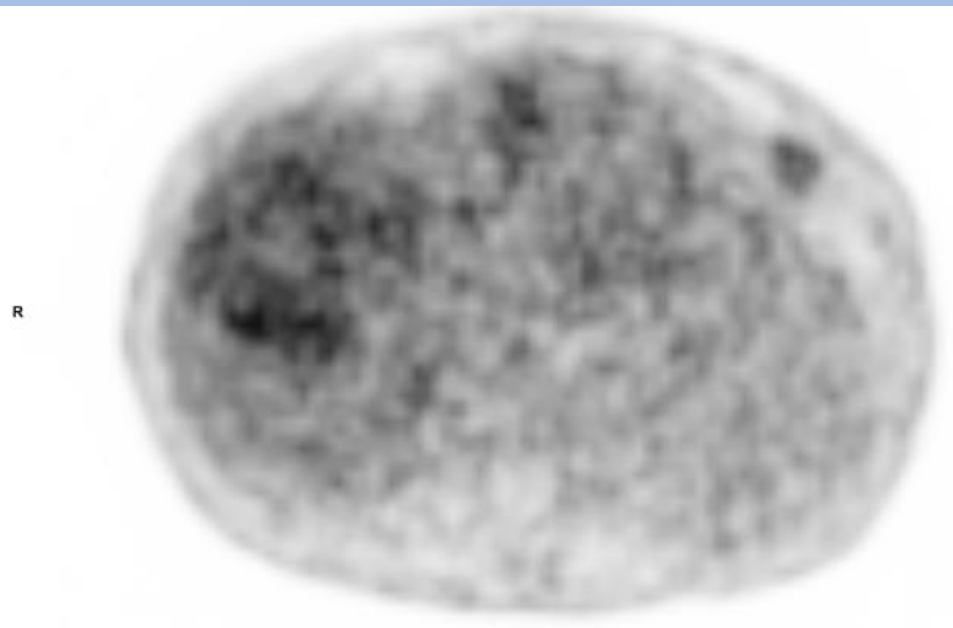
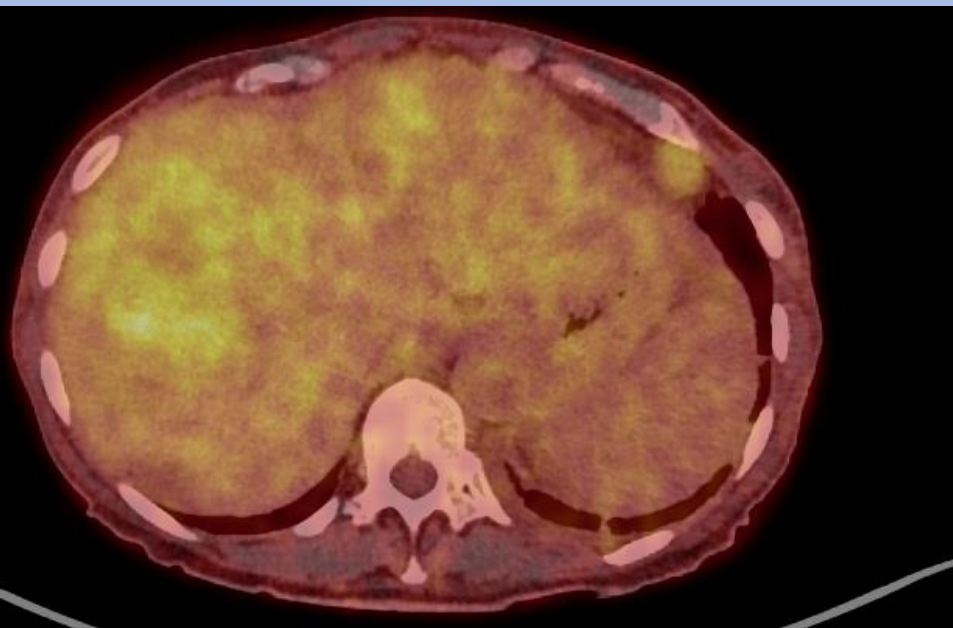
QCM 1

- Quel(s) examen(s) pourrait-on proposer pour avancer dans la prise en charge ?
 - A : Ponction biopsie hépatique
 - B : IRM abdominale
 - C : TEP F-Choline
 - D : TEP FDG
 - E : TEP F-DOPA

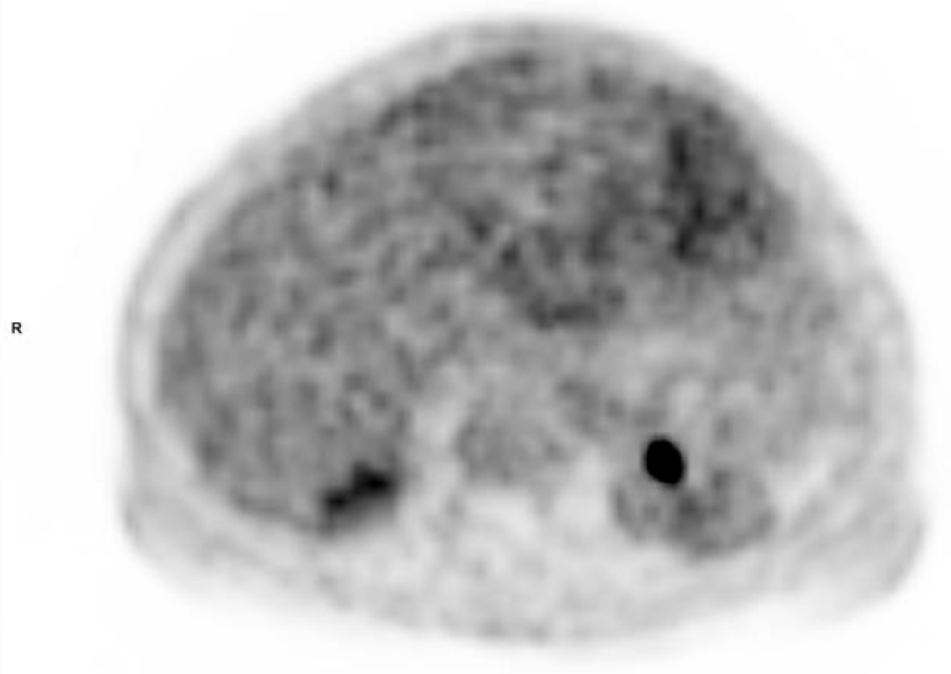
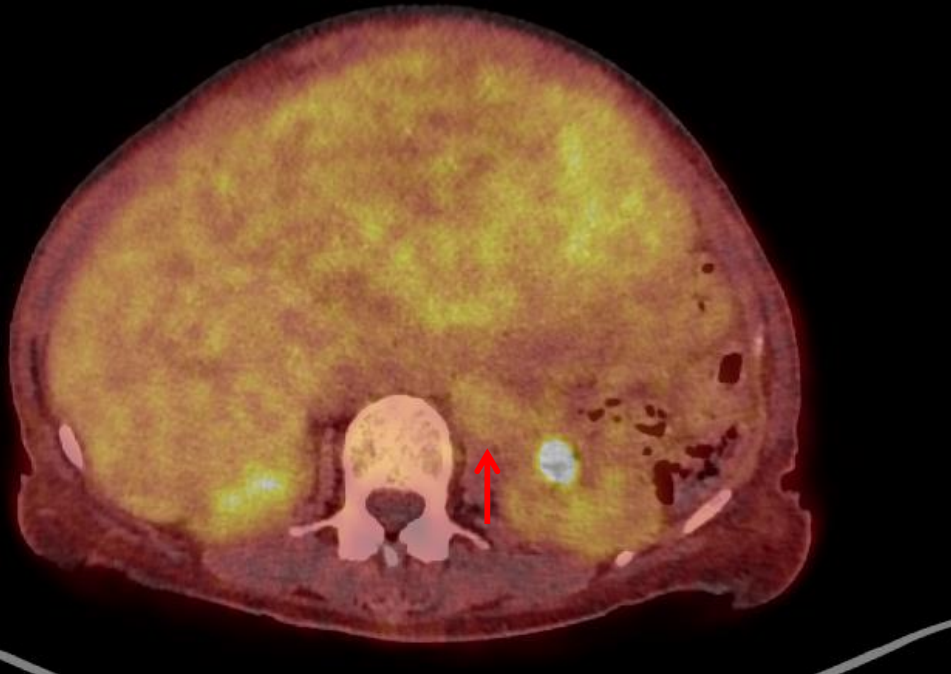
TEP-FDG

21/06/19

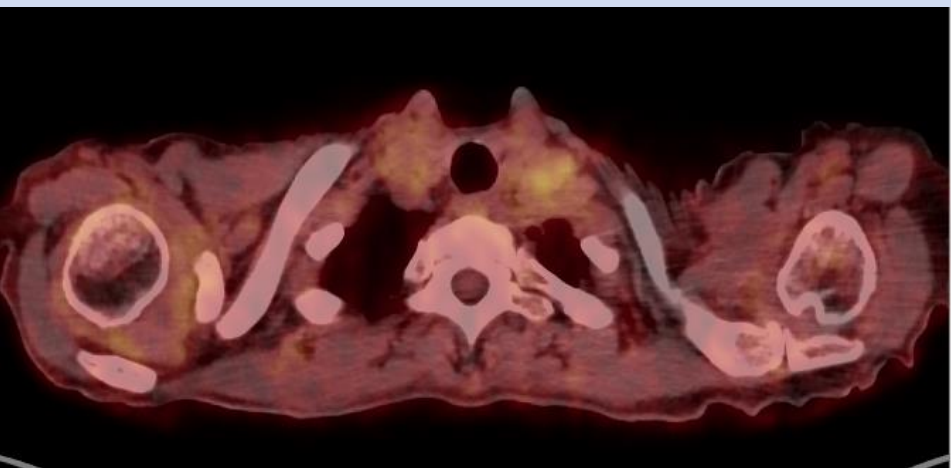




- Hypermétabolisme modéré des masses hépatiques (SUVmax 5,6 g/ml pour un bruit de fond hépatique à 3,2 g/ml)
- Adénomégalie de l'angle cardiophrénique antérieur gauche (SUVmax 3,5g/ml)



- Adénomégalie latéro-aortique (SUVmax 3,2 g/ml)

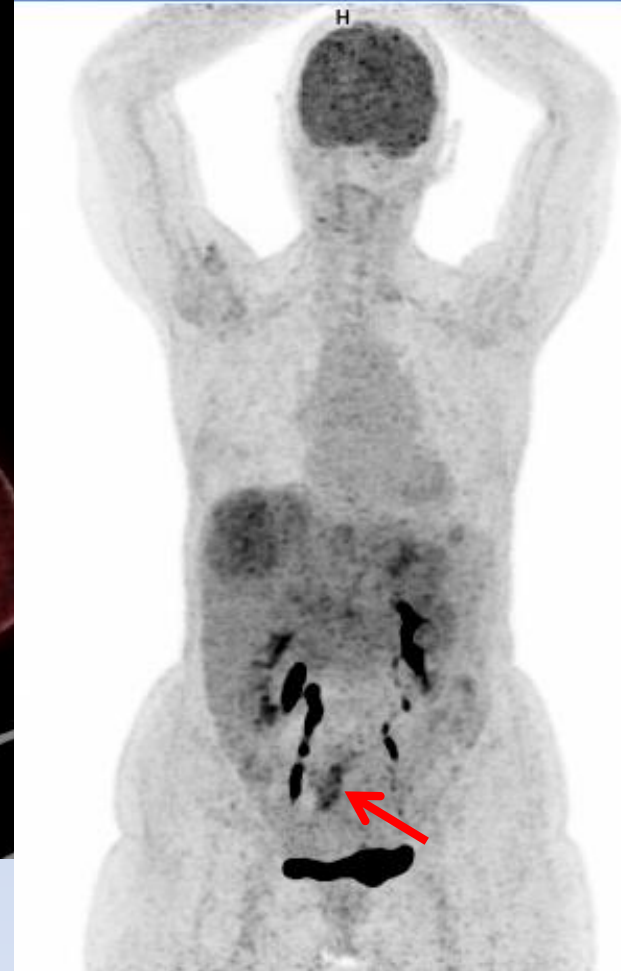
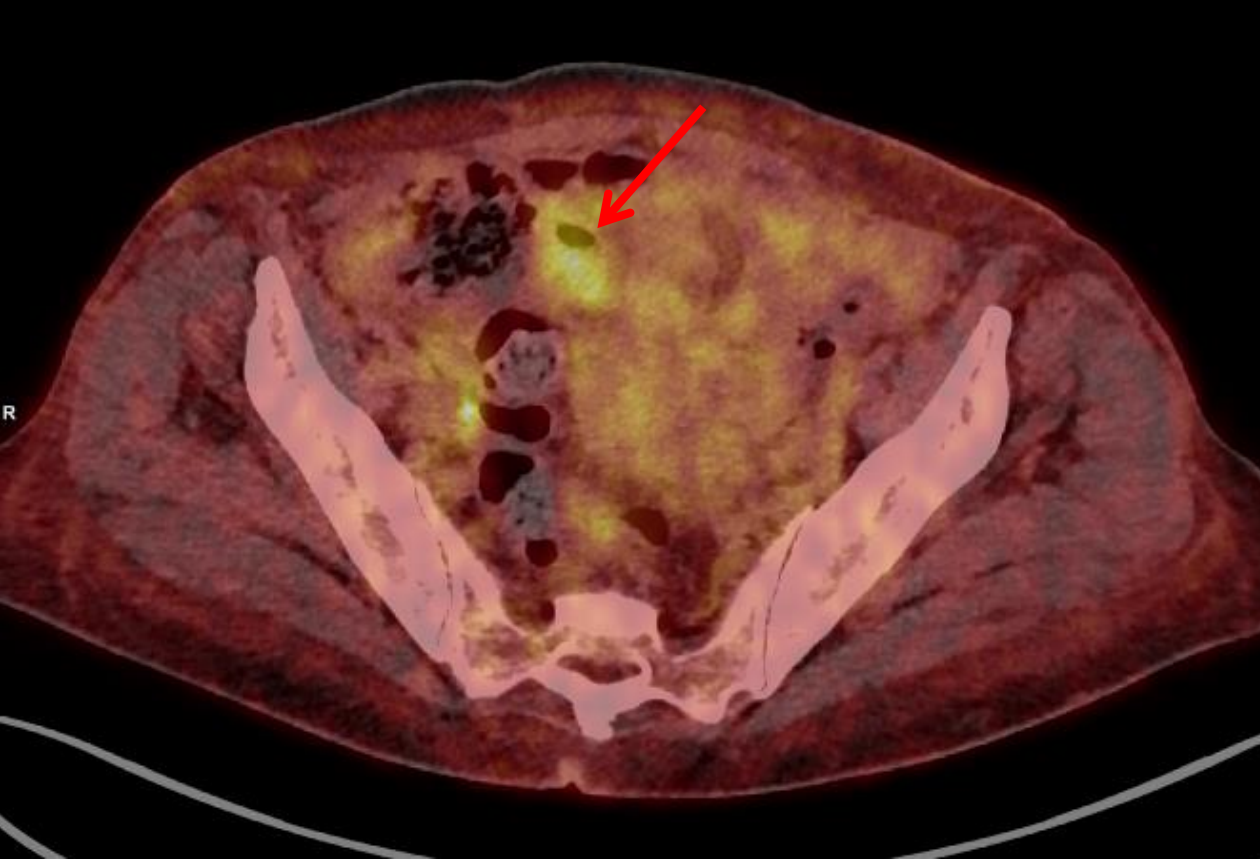


- Adénomégalie sus-claviculaire gauche (SUVmax 2,8 g/ml)

Ponction biopsie hépatique

- Localisation hépatique d'une tumeur neuro-endocrine bien différenciée de grade G2 selon la classification OMS 2010
- Ki 67 à 10% :

Grade	Indice de prolifération Ki67 (%)
G1	< 3
G2	3-20
G3	> 20



- Hypermétabolisme relativement focal d'une anse grêle pelvienne (SUVmax 5,6g/ml) => lésion primitive ? Fixation non spécifique ?
- Pas d'autre foyer pouvant orienter vers le primitif ...

QCM 2

- Quel(s) examen(s) peut-on proposer par la suite ?
 - A : 5HIAA urinaire
 - B : TEP F-DOPA
 - C : TEP ^{68}Ga -DOTATOC
 - D : Echoendoscopie duodéno-pancréatique
 - E : Vérification de l'absence de TNE appendiculaire sur le CR anatomopathologique

QCM 2

- Quel(s) examen(s) peut-on proposer par la suite.
 - A : 5HIAA urinaire
 - B : TEP F-DOPA
 - C : TEP ^{68}Ga -DOTATOC
 - D : Echoendoscopie duodéno-pancréatique
 - E : Vérification de l'absence de TNE appendiculaire sur le CR anatomopathologique

TEP-DOPA vs TEP-RS

- Suspicion de localisation iléale (fixation non spécifique en FDG) => TNE dérivée de l'intestin moyen
 - *Dérivés de l'intestin moyen : jejunum distal -> iléon -> Colon droit (appendice inclus)*
 - *Dérivés de l'intestin antérieur : thymus, larynx, bronches, estomac, duodénum, pancréas, jejunum proximal*
- F-DOPA en première intention
- TEP-RS possible également. Mais dans le cas des lésions du midgut, elle est indiquée seulement pour évaluer l'accessibilité à une RIV.

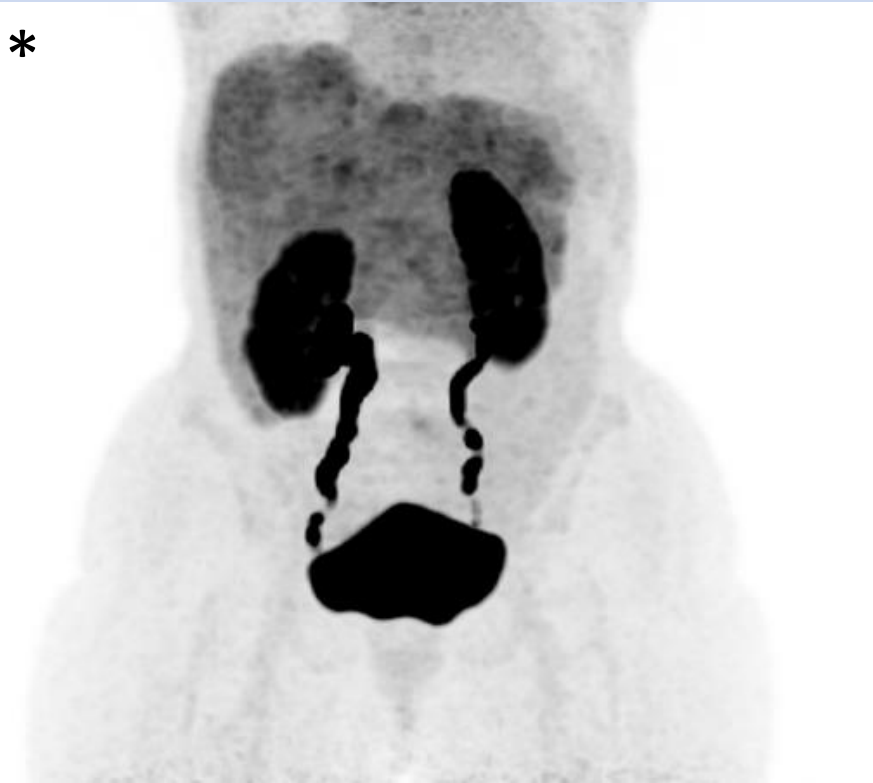
Dosages biologiques

- Chromogranine A : 47 ng/ml (N < 94)
- Gastrinémie : 67 pg/ml (N < 120)
- 5HIAA urinaire : 7 mg/24h (N < 9,5)

TEP F-DOPA

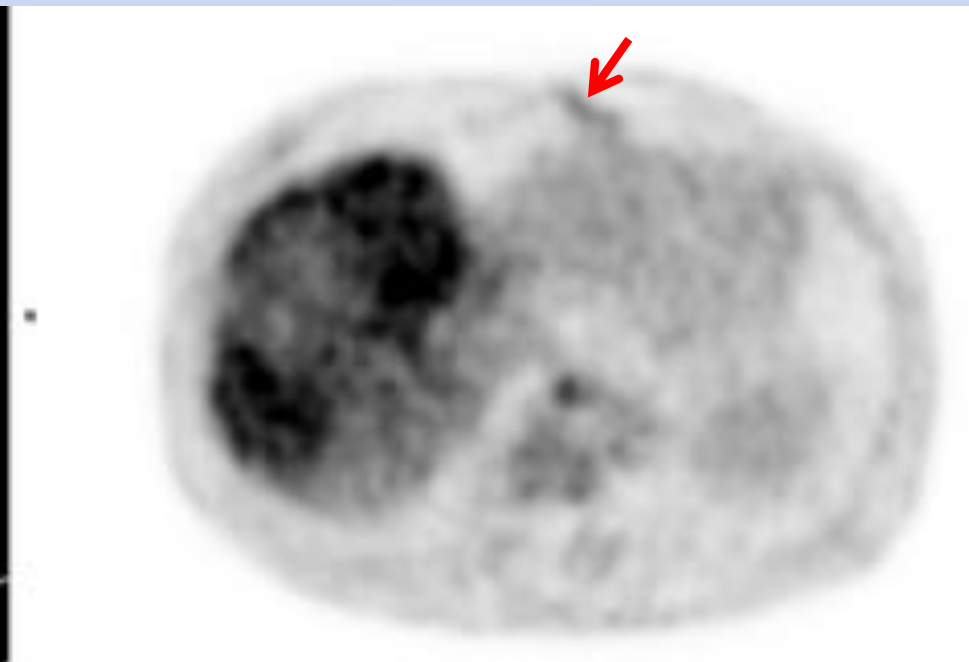
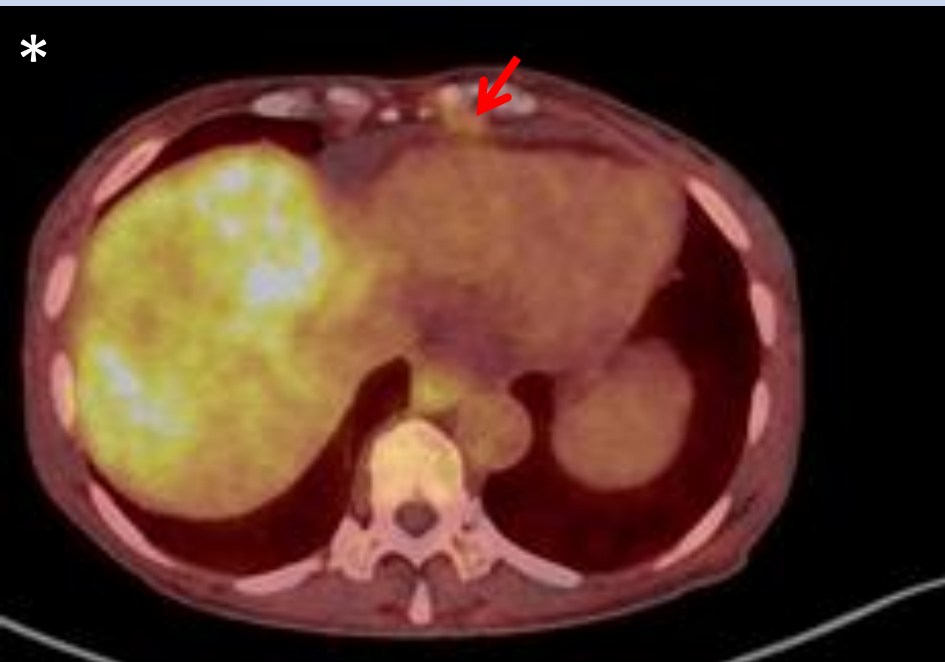
10/07/2019

- Précoce à 15 min *
- Tardif à 60 min **



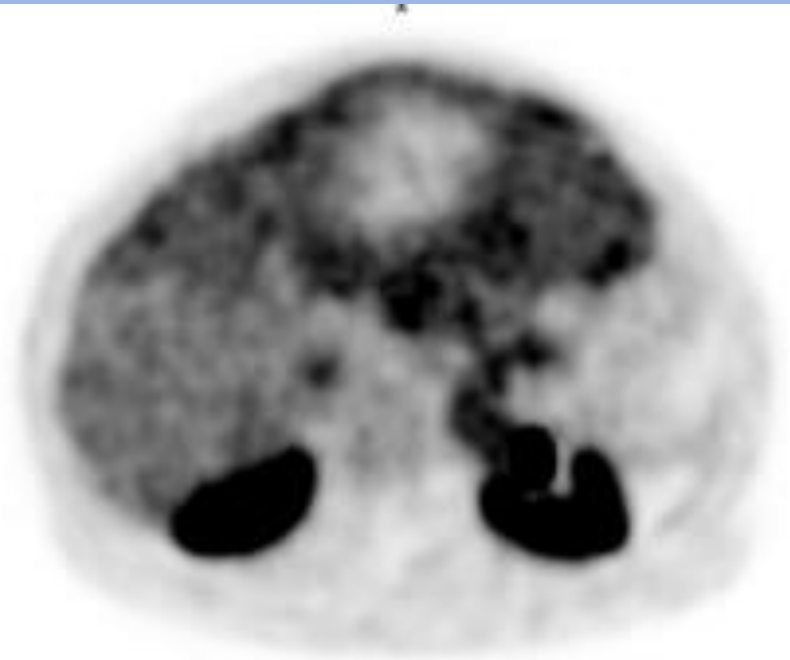
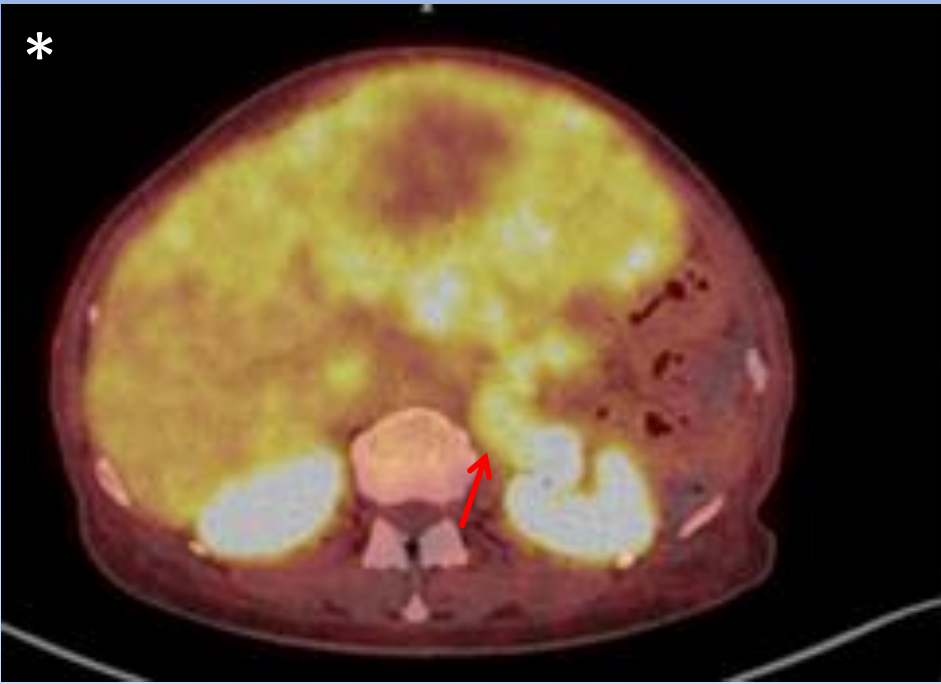


- Adénomégalie sus-claviculaire gauche



- Ganglion mammaire interne gauche, non significatif en FDG
- Masse du lobe hépatique droit

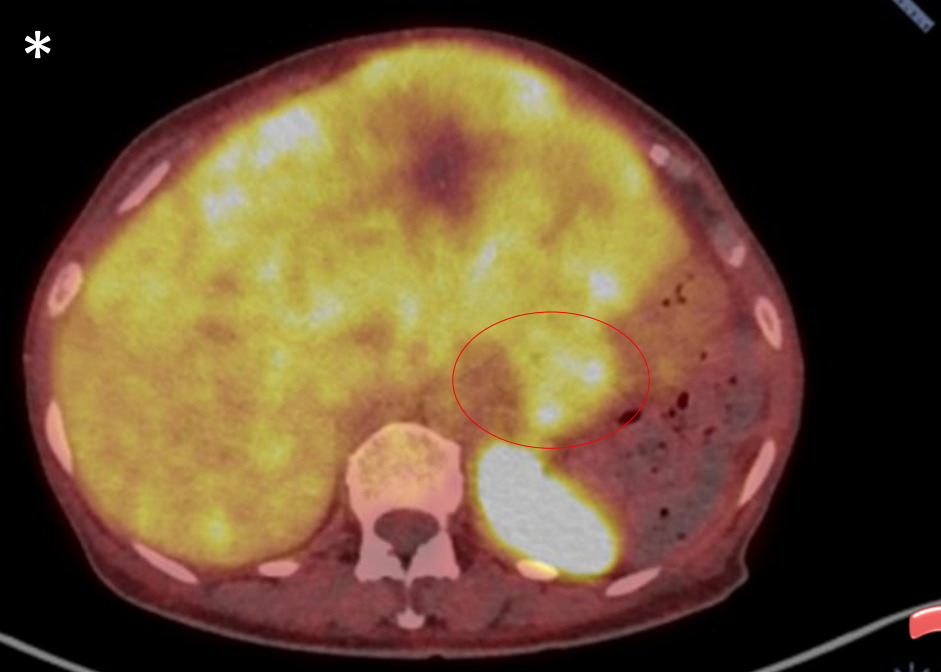
*



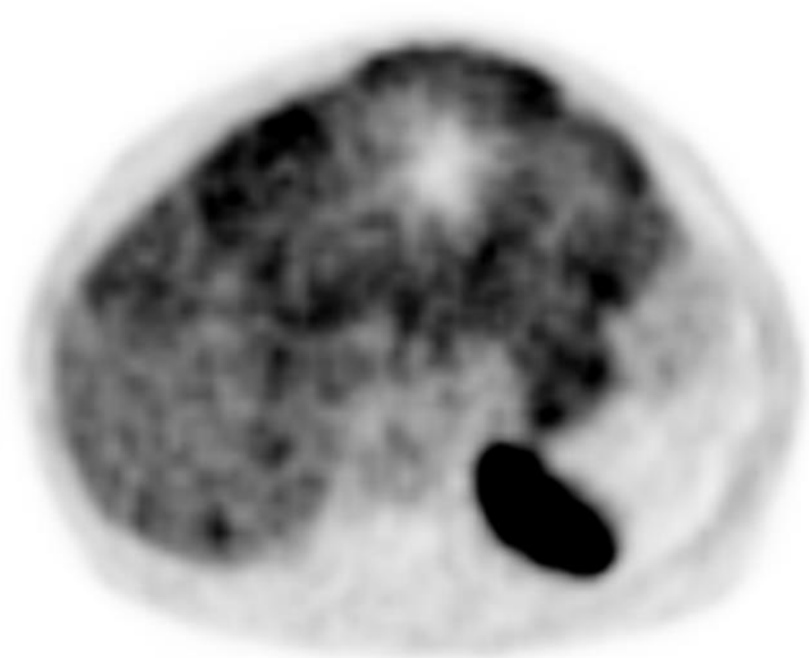
- Masse du lobe hépatique gauche
- Adénomégalie latéro-aortique
- Pas de foyer digestif identifiable ...



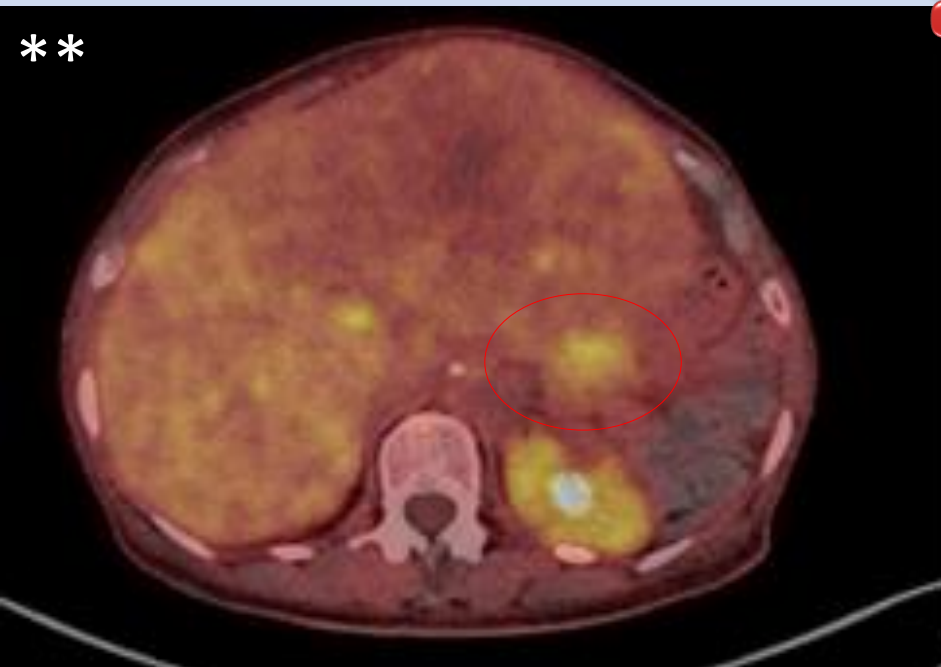
*



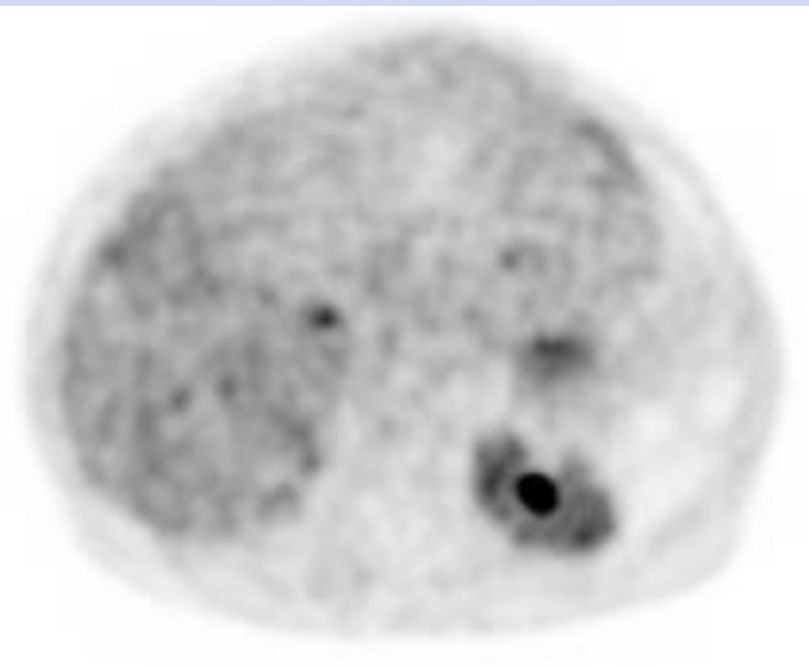
R



**

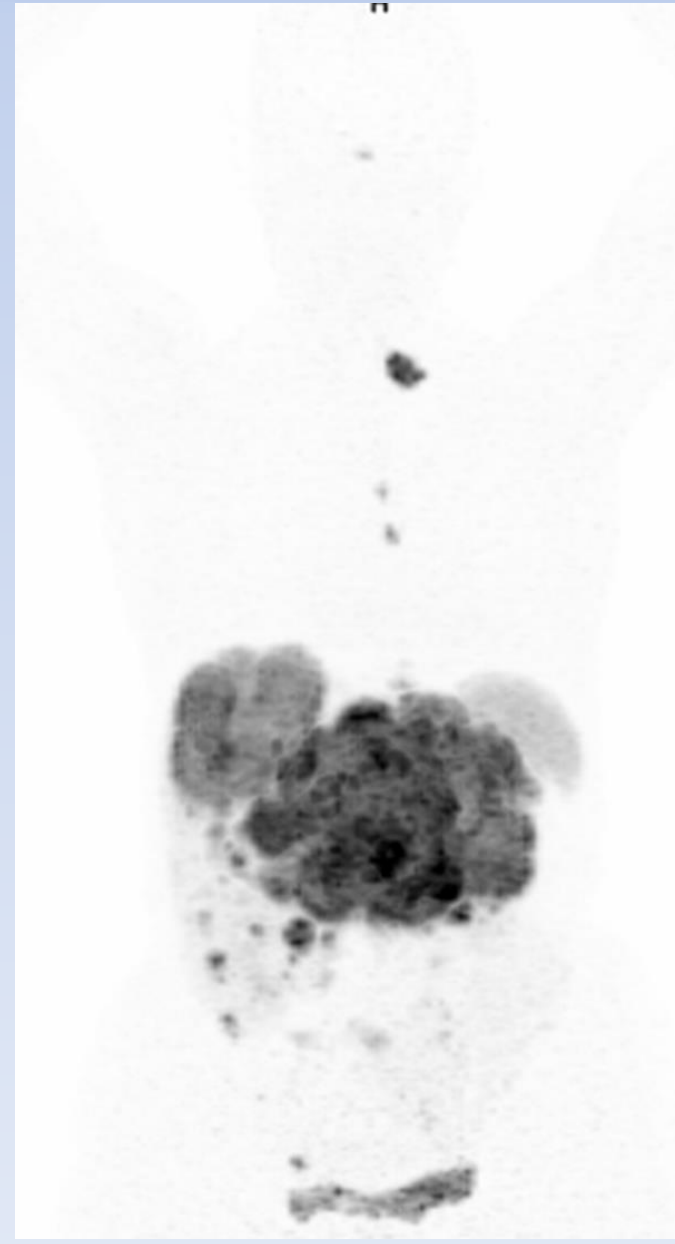


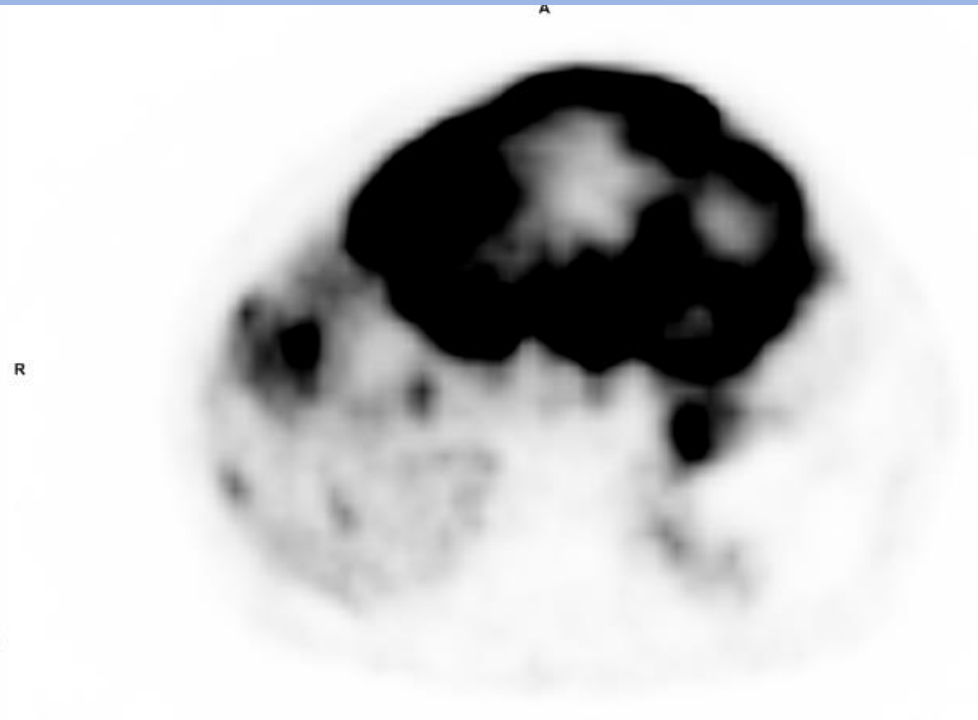
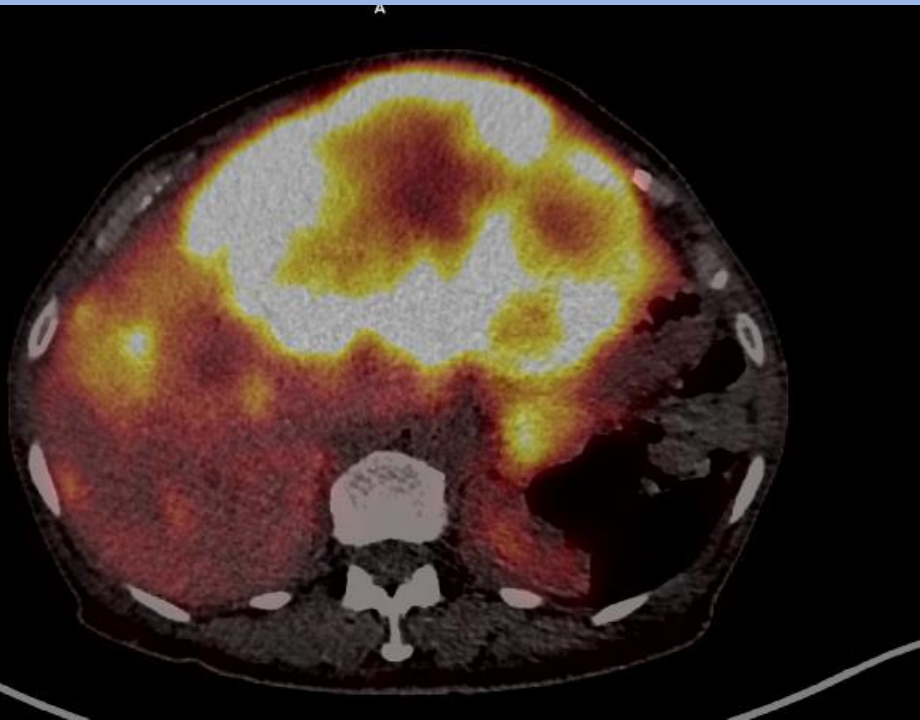
R



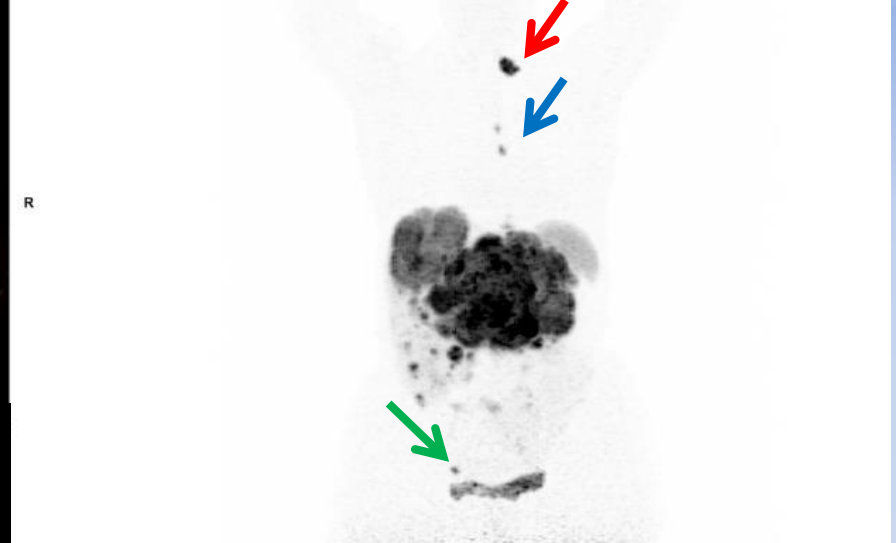
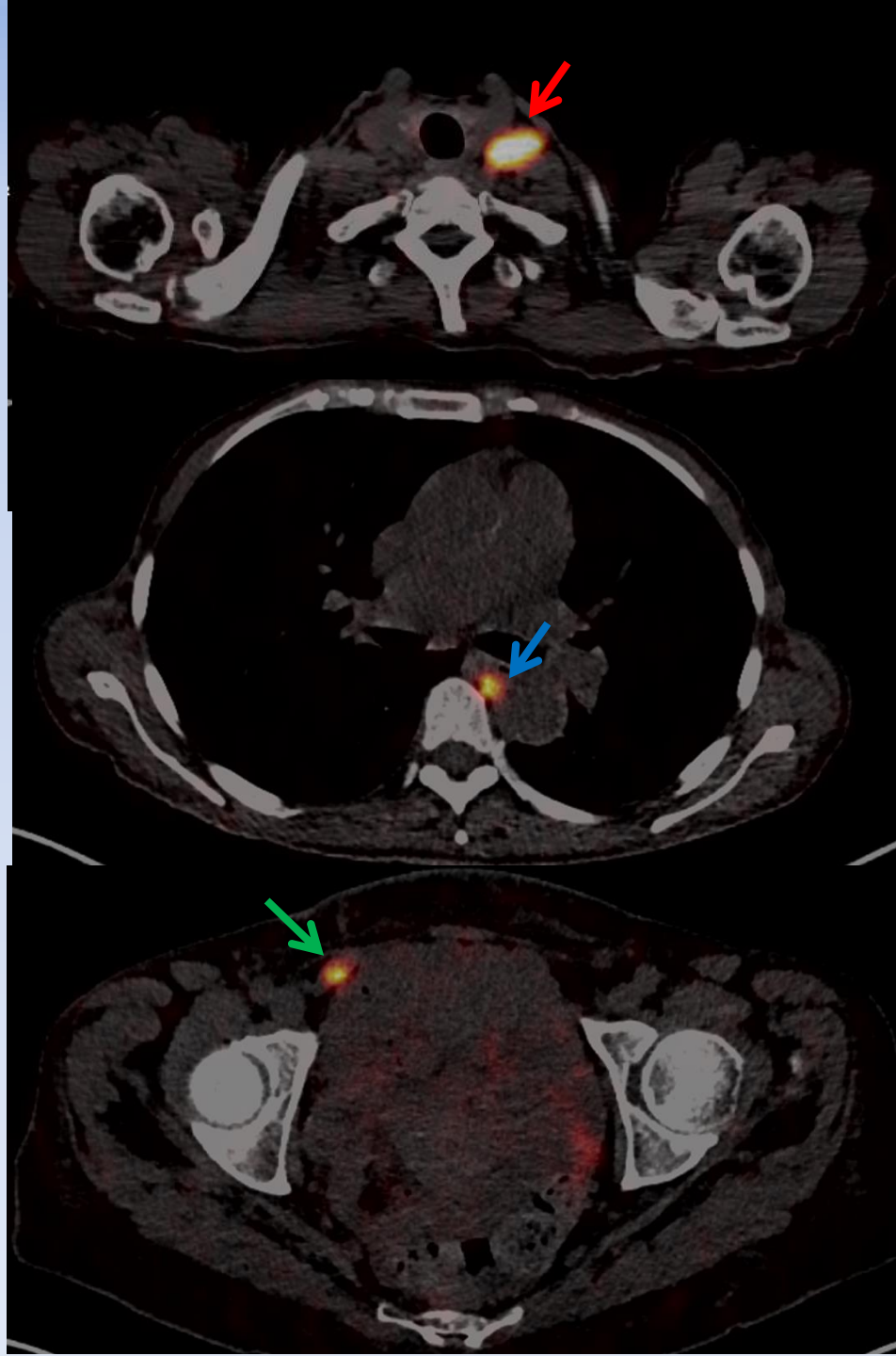
TEP ^{68}Ga -DOTATOC

02/08/19



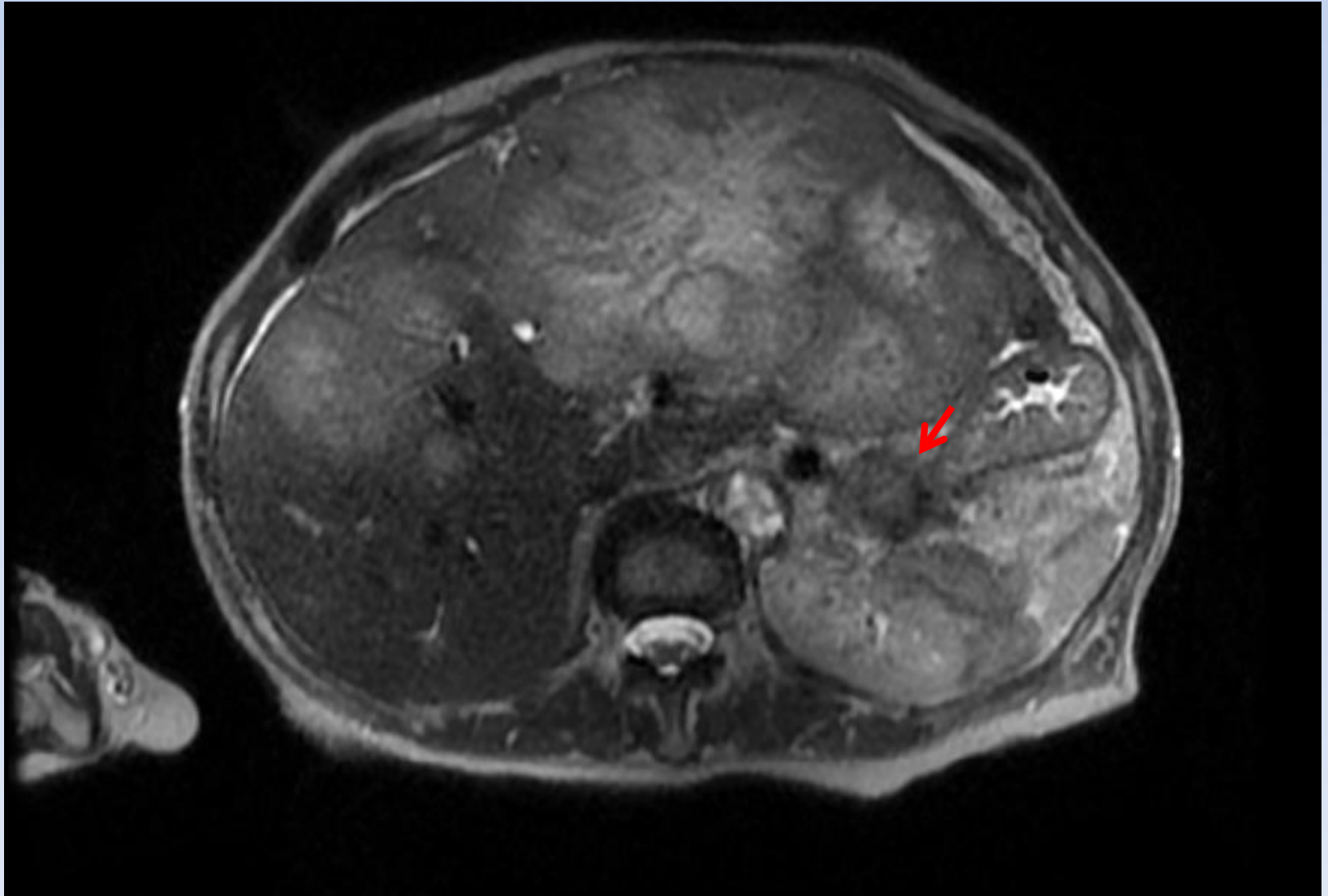


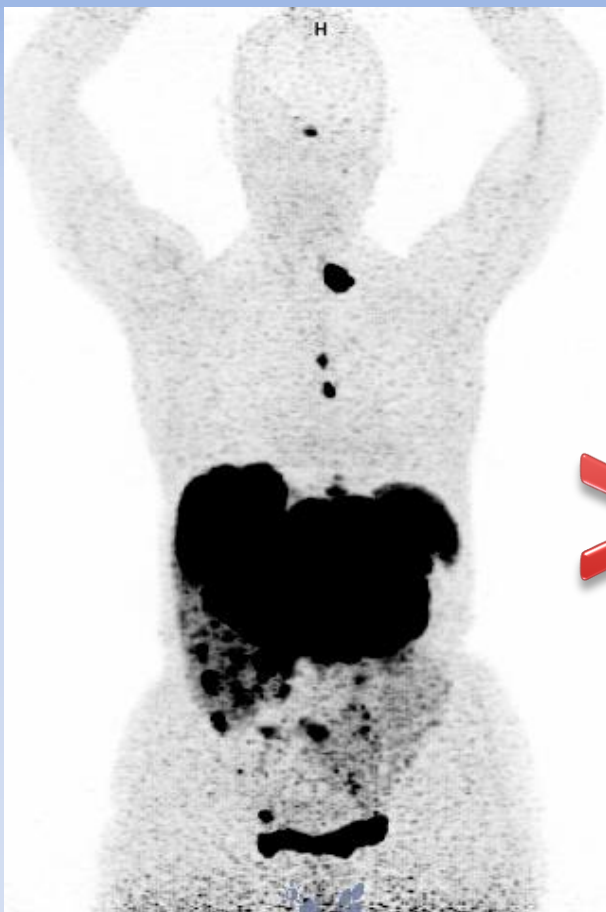
- Fixation ++ de l'analogue de la somatostatine par la lésion primitive caudale pancréatique et les lésions hépatiques.
- Plusieurs foyers hépatiques non vus en FDG et F-DOPA



- Ganglions connus ...
- ... Et foyers non vus en FDG et F-DOPA

IRM





^{68}Ga -DOTATOC

F-DOPA

FDG

Merci