

N 46

Évaluation finale par TEP du lymphome de Hodgkin : performances diagnostiques surpassant celles de la tomодensitométrie : à propos d'un cas

Orateur : Dardouri T

Auteurs : Charfi H, Mensi S, Jemni Z, Ben Fredj M, Chatti K

Adresse : Service de médecine nucléaire, CHU Sahloul, sousse

Introduction



- La TDM reste la modalité d'imagerie standard pour la stadification initiale du lymphome malin, tandis que la TEP-FDG joue un rôle essentiel dans l'évaluation post thérapeutique.
- La TEP au FDG mesure le degré d'activité métabolique du glucose, indépendamment de la taille de la lésion, et peut confirmer l'activité tumorale dans les ganglions de taille normale.
- Nous rapportons le cas d'une discordance radio-isotopique qui a modifié la stratégie thérapeutique d'un enfant ayant un LH.

Patient et méthode



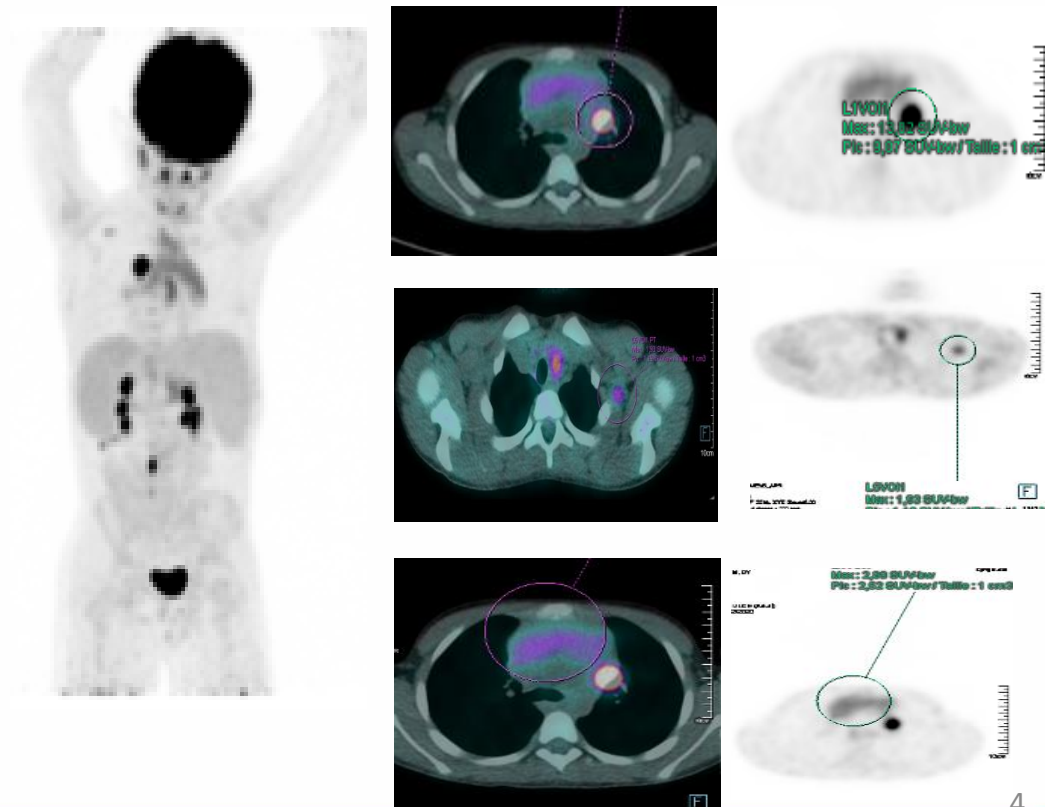
Enfant âgé de 8 ans suivi pour un lymphome de Hodgkin stade III avec atteinte thymique. La TDM initiale avait objectivé des atteintes ganglionnaires basi-cervicales gauches, spinale gauche, sous carinaire et hilare hépatique. L'évaluation intermédiaire par TDM, au cours de chimiothérapie selon le protocole EURONET, avait conclu à une régression de 27 puis de 73 % de la somme du produit des plus grands diamètres des lésions cibles.

Le patient n'a pas eu de TEP initial. Il nous a été adressé au service de médecine nucléaire du CHU Sahloul de sousse pour TEP-TDM au ^{18}F FDG dans le cadre du bilan de fin de traitement.

Il a reçu 97.6 MBq de 18 F-fluoro-désoxy-glucose (FDG) par voie intra-veineuse puis eu une acquisition du haut du crane à mi-cuisses et une tomographie de transmission (TDM) en mode hélicoïdal pour correction de l'atténuation et repérage anatomique sur l'imageur TEP/TDM Siemens Biograph 64.

- Le scanner de fin de traitement, avait mis une évidence une régression de 97%.
- L'examen TEP au ^{18}F FDG était réalisé 6 semaines après sa dernière cure de chimiothérapie. Il a montré des nombreux foyers hypermétaboliques dont le plus volumineux et le plus intense correspond à une adénopathie médiastinale antérieure avec SUV max =13.82, classée Deauville 5 (Figure). Le reste des foyers sont spinaux hauts bilatéraux, jugulaire supérieur droit, latéro-trachéal gauche, axillaire gauche, hilare droit et sous-carénaire, classés Deauville 4. Nous avons noté également un hypermétabolisme thymique homogène non suspect.

Figure: TEP au ^{18}F FDG :Bilan de fin de traitement chez un enfant ayant un LH: maladie résiduelle active ganglionnaire



Discussion & Conclusion



- La TDM présente une sensibilité et une spécificité relativement élevées pour la stadification préthérapeutique des LH, mais une spécificité basse pour l'évaluation post-thérapeutique en raison de la fréquence élevée de masses résiduelles [1].
- La TEP au ^{18}F FDG mesure le degré d'activité métabolique du glucose, indépendamment de la taille de la lésion, et peut confirmer l'activité tumorale dans les ganglions de taille normale [2].
- Près de 40 % des patients traités pour un lymphome gardent une masse résiduelle dont seulement 20 à 30% correspondent à une maladie active [3].
- La TEP a été implémentée dans les critères de réponse révisés en 2007 pour les lymphomes avides pour le ^{18}F FDG, permettant de s'affranchir de la notion de réponse complète incertaine (RCu) et de reclasser un bon nombre des réponses partielles évaluées par TDM [4].
- Tout comme nous l'avons conclu dans notre étude, la littérature indique que la TEP au ^{18}F FDG est plus précise que la TDM dans l'évaluation de la réponse de la tumeur à la chimiothérapie.

Références

- 1-Bodet-Milin C, Salaun P-Y, Crespin C, et al. La place de la TEP au FDG dans l'évaluation des lymphomes. *Médecine Nucl* 2009; 33: 486–490.
- 2-Barrington SF et al. Recommendations to stage and assess the response to therapy of lymphomas with [^{18}F] FDG-PET-CT. *Médecine Nucl* 2016; 40: 55–64.
- 3- Casasnovas O. TEP intérimaire dans les lymphomes. *Med Nucleaire* 2014; 38: 184–187.
- 4- Cheson BD, Pfistner B, Juweid ME, Gascoyne RD, Specht L, Horning SJ, et al. Revised response criteria for malignant lymphoma. *J Clin Oncol* 2007;25:579–86.