

Article original

Impact de la tomographie par émission de positons au ^{18}F fluorodésoxyglucose dans la prise en charge des cancers de primitif inconnu

On the interest of PET with ^{18}F -FDG in the management of cancer of unknown primary (CUP)

C. Bruna^{a,*}, A. Journo^a, F. Netter^a, M.C. Kaminsky^b, G. Dolivet^c,
P. Olivier^a, G. Karcher^a

^a Service de médecine nucléaire, hôpital de Brabois, Nancy, France

^b Service de cancérologie, centre Alexis-Vautrin, Nancy, France

^c Service de chirurgie ORL, centre Alexis-Vautrin, Nancy, France

Reçu le 4 août 2006 ; accepté le 23 octobre 2006

Disponible sur Internet le 10 mai 2007

Résumé

Objectif et méthodes.— Cette étude rétrospective, portant sur 37 patients, avait pour objectif d'étudier l'impact du Morpho-tomographie par émission de positons (TEP) au ^{18}F -fluorodésoxyglucose (^{18}F -FDG) dans le cadre des métastases de primitif inconnu. Nous souhaitions d'une part étudier la sensibilité de l'examen pour détecter le primitif après un bilan conventionnel négatif, d'autre part étudier son intérêt pour faire le bilan d'extension de la maladie et enfin juger de l'impact des résultats sur la prise en charge et la survie de ces patients.

Résultats.— Le Morpho-TEP a permis de découvrir le primitif chez 14 des 37 patients, après un bilan diagnostique négatif comportant en moyenne cinq examens. Le Morpho-TEP a permis d'identifier des métastases supplémentaires chez dix patients et d'infirmier des métastases supposées chez deux patients. La prise en charge a été modifiée suite aux résultats de l'examen chez plus d'un tiers des patients. Toutefois, les résultats du Morpho-TEP ne semblent pas avoir eu un impact majeur en terme de survie, chez des patients au pronostic habituellement défavorable.

Conclusion.— Le Morpho-TEP au ^{18}F -FDG est un outil intéressant pour la recherche de primitif, impliquant des modifications de prise en charge chez un tiers des patients. Ces résultats méritent d'être confirmés dans une étude prospective, notamment pour juger de l'impact des résultats de l'examen sur la survie des patients.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Aim and method: This retrospective study, performed on 37 patients, gave us the opportunity to evaluate the impact of ^{18}F -FDG PET/CT for cancer of unknown primary (CUP). We first wanted to study the precision of the exam to detect the primary, after a negative check-up, for the extension of the disease, and to judge the impact of the results on management and survival of those patients.

Result: The PET/CT led to the detection of the primary for 14 patients out of 37, after a negative check-up composed of five exams on average. For 10 patients, the exam allows the detection of supplementary metastases. The management was changed after the exam in more than one third of the patients, but without any significant impact on the time of survival of these patients, for whom the prognostic is usually dismal.

Conclusion: The ^{18}F -FDG PET/CT appears a valuable tool for detection of primary, changing the management of many of the patients. These results must be completed by a prospective study, in particular to judge the impact of exam's results on the survival.

© 2007 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Mots clés : TEP ; Tomographie à émission de positons ; Morpho-TEP ; ^{18}F FDG ; Cancer de primitif inconnu

Keywords: FDG; PET/CT; Cancer of unknown primary; CUP

* Auteur correspondant. 137, boulevard Pommery, 51100 Reims, France.

Adresse e-mail : clairebruna@netcourrier.com (C. Bruna).

1. Introduction

Les métastases de cancer de primitif inconnu représentent environ 2 à 5 % de l'ensemble des tumeurs malignes, ce qui classe ce type de lésions parmi l'un des dix cancers les plus fréquents [1,2]. La recherche de primitif est un problème particulièrement complexe pour le médecin oncologue, impliquant pour les patients la réalisation de nombreux examens complémentaires, parfois invasifs, sans certitude de réussite. En effet, le primitif reste inconnu au décours du bilan dans la majorité des cas, même au terme d'un bilan exhaustif [3–5]. Un cancer métastatique d'origine inconnue est une lésion maligne confirmée par biopsie pour laquelle le primitif n'a pas pu être identifié malgré un interrogatoire complet, un examen clinique soigneux incluant un examen de la tête et du cou, un examen génital, un toucher rectal et un examen des seins chez les femmes et certains examens complémentaires. Ce bilan comprend souvent un bilan sanguin, une radiographie thoracique, une tomodensitométrie abdominopelvienne et une mammographie chez les femmes. Il est fréquemment complété par des examens scanographiques, des IRM, des échographies et d'autres examens plus ou moins invasifs, notamment endoscopiques, variables selon le contexte clinique [6–9]. Il s'agit en fait d'un groupe très hétérogène de tumeurs, pouvant s'exprimer par des adénopathies métastatiques ou des métastases solides touchant les os, les poumons, le foie, le cerveau, ou encore une pleurésie métastatique, une carcinomatose péritonéale. Ces localisations peuvent être uniques ou multiples [10].

Il existe trois sous-types principaux de cancer de primitif inconnu. Les adénocarcinomes bien ou modérément différenciés représentent environ la moitié des situations, les carcinomes peu ou pas différenciés environ 30 % et les carcinomes épidermoïdes environ 15 %. Les tumeurs d'autres histologies représentent environ 5 % et comprennent les tumeurs neuroendocrines, les mélanomes, les sarcomes, les tumeurs embryonnaires et les tumeurs germinales. Ces types de lésions non épithéliales sont souvent retenus comme des diagnostics différentiels et leur mise en évidence est essentielle, car elles peuvent souvent bénéficier d'une prise en charge adaptée. La plupart des localisations osseuses, hépatiques, pleuropulmonaires et cérébrales sont de nature adénocarcinomeuse. Les métastases épidermoïdes sont presque exclusivement localisées au niveau ganglionnaire et plus précisément cervical. Un examen anatomopathologique précis doit intervenir en toute première intention pour confirmer le caractère cancéreux, pour éliminer les diagnostics différentiels et par ailleurs pour orienter la recherche du primitif [6,9].

Le pronostic est globalement défavorable, avec une médiane de survie de l'ordre de quelques mois. La majorité de ces lésions est résistante au traitement systémique, ou ne peut bénéficier d'aucun traitement curatif et la survie médiane globale de ces patients est d'environ six à 12 mois. La survie à un an est de 30 % environ ; à deux ans, elle est de 10 % environ. Les patients présentant une métastase unique ont un meilleur pronostic que les patients polymétastatiques, de même que ceux présentant seulement des métastases uniquement ganglionnaires [1,9].

Le Morpho-TEP au ^{18}F -fluorodésoxyglucose (^{18}F -FDG) a une sensibilité élevée pour la détection de la plupart des cancers. De nombreux articles ont montré l'intérêt de la TEP au ^{18}F -FDG dans la recherche de primitif inconnu après un bilan conventionnel négatif [11–45]. En effet, les types histologiques les plus fréquemment rencontrés dans les métastases de primitif inconnu captent habituellement de façon importante le FDG. De plus, il s'agit d'un examen corps entier, permettant à la fois la recherche du primitif et le bilan d'extension de la maladie. Il permet également de trouver des tumeurs synchrones, fréquentes en cas de néoplasies liées au tabac notamment. Enfin, c'est un examen non invasif [10].

Notre étude avait plusieurs objectifs. Le premier but de ce travail était d'évaluer les performances diagnostiques du Morpho-TEP au ^{18}F -FDG dans la recherche de primitif inconnu, par l'évaluation de la sensibilité de détection de la technique après bilan conventionnel négatif et en comparant nos résultats avec ceux des principaux articles publiés sur le sujet. Le deuxième objectif était d'évaluer l'intérêt de l'examen pour le bilan d'extension de la maladie. Puis, nous avons cherché l'impact de l'examen sur la prise en charge thérapeutique, soit en permettant la détection du primitif, soit en mettant en évidence des métastases non connues. Enfin, nous avons essayé de déterminer si les résultats du Morpho-TEP avaient une influence sur la survie des patients. Pour cela, nous avons réalisé une étude rétrospective.

2. Matériels et méthodes

2.1. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient :

- les patients adressés au CHU Brabois de Nancy entre janvier 2003 et janvier 2006, pour la recherche d'un primitif ;
- une ou plusieurs métastases prouvées histologiquement, sur biopsie ou par exérèse de la métastase ;
- un bilan conventionnel négatif avant le Morpho-TEP ;
- âge supérieur à 18 ans ;
- aucun antécédent néoplasique ;
- aucun traitement anticancéreux débuté ;
- un suivi disponible, permettant de juger de la réalité des résultats du Morpho-TEP.

2.2. Description de la population

La population étudiée était composée de 23 femmes et de 14 hommes. L'âge des patients au moment du Morpho-TEP variait de 31 à 85 ans, avec une moyenne de 59 ans.

2.3. Examen par Morpho-TEP

L'imageur utilisé dans notre service est un imageur hybride Biograph[®] Siemens, comportant une caméra TEP couplée à un scanner de correction d'atténuation et de repérage morphologique. Les patients sont à jeun depuis au moins six heures. La glycémie est contrôlée avant l'injection du ^{18}F -FDG. La dose

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4244960>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4244960>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)