

COMPORTEMENT SCINTIGRAPHIQUE D'UNE "METASTASE"

COMPARATIVEMENT A SA TUMEUR PRIMITIVE ENDOCRINE: QUELLES EXPLICATIONS POSSIBLES ?

L. ZAABAR, A. MELKI, B. LETAIEF, A. MHIRI, D. BEN SELLEM

Université Tunis El-Manar, Faculté de Médecine de Tunis,
Service de Médecine Nucléaire, Institut Salah Azaeiz, Tunis, TUNISIE



P236

INTRODUCTION

L'arsenal thérapeutique disponible pour la prise en charge des métastases des tumeurs endocrines (TE) est multiple comme pour leur tumeur primitive, mais par quel est l'ordre optimal à choisir?

• Nous rapportons quelques illustrations sur la scintigraphie aux octréotides marqués à l'Indium 111 de TE métastatique. Nous proposons des explications diagnostiques et pronostiques, et ainsi l'impact sur les orientations thérapeutiques.

MATERIEL ET METHODES

- Etude rétrospective sur 11 patients : 7 femmes et 4 hommes
- âgés de 22 à 73 ans (médiane à 53 ans)
- Exploration de TE, métastatique connue ou de découverte ultérieure.
- Injection intraveineuse de 185 à 222 MBq d'¹¹¹In-octréotides
- Balayage corps entier et acquisitions statiques, précoces (4h) et tardives (24h).
- Acquisitions tomoscintigraphiques fusionnées à un CT de repérage (SPECT/CT).

RESULTATS

- Le status métastatique : était confirmé, soit sur biopsie (M+) dans 5 cas, ou vu sur scanner (M1) dans 5 cas (2 au bilan initial et 3 au cours de la surveillance).
- L'étude immuno-histochimique et le ki67 sont précisés chez 5 patients.
- 13 scintigraphies : 11 initiales et 2 de contrôle sous traitement par analogues de la Somatostatine :
 - Primitif retrouvé dans 4 cas ;
 - 18 foyers métastatiques concordants avec la TDM ;
 - 2 nouveaux foyers non connus ;
 - Un seul foyer n'a pas fixé des 5 foyers type M+. Ce patient est en progression osseuse diffuse 3 mois plus tard.
 - Un seul foyer n'a pas fixé des 13 foyers type M1, qui était vertébral.
 - Sur une des scintigraphies de contrôle, on a noté une extinction de la fixation de quelques foyers et une stabilité sur le reste des lésions connues.

DISCUSSION

FAUX POSITIFS¹:

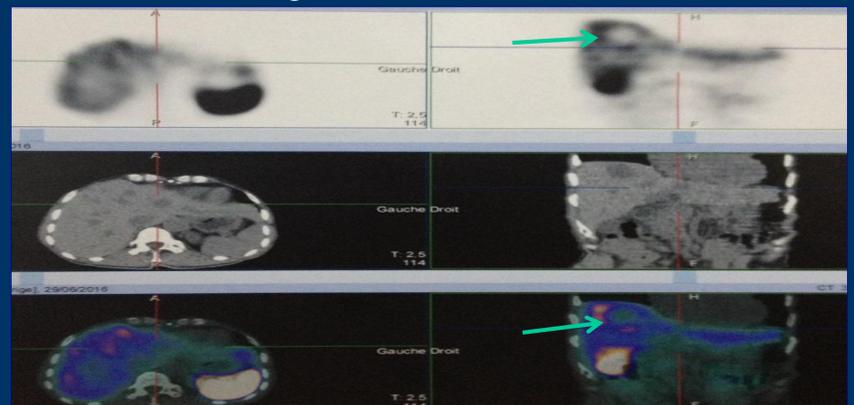
- ▶ Pathologie infectieuse ;
- ▶ Pneumopathie post radique ;
- ▶ Pathologie inflammatoire: granulomatose systémique concomitante ;
- ▶ Fixation viscérale: rate accessoire, fécalome..
- ▶ Pathologie tumorale autre : mélanome, CNPC, lymphome, sarcome, Carcinome Différencié de la Thyroïde, carcinome rénal, astrocytomes...

FAUX NEGATIFS¹:

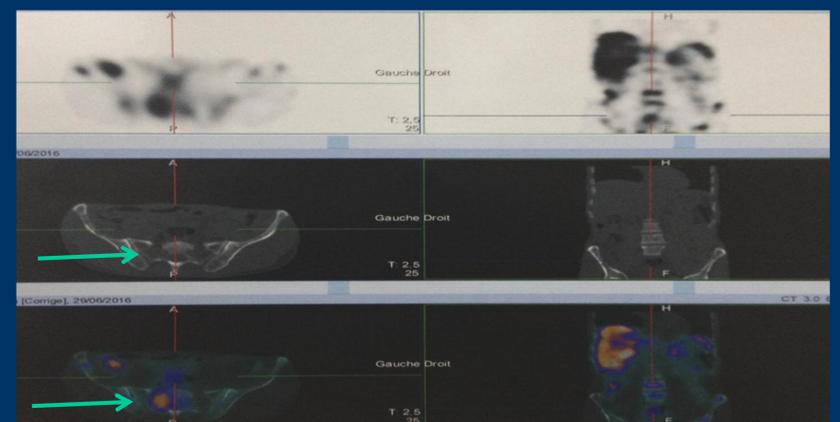
- ▶ Profil d'affinité du radio ligand utilisé pour le récepteur surexprimé (ex : faible pour les Insulinomes) ;
- ▶ Somatostatine non radio marquée circulante ;
- ▶ Compétition par une sécrétion d'origine la tumeur elle-même ;
- ▶ Fixation iso-intense de métastases hépatiques ;
- ▶ Erreur technique : conservation, activité, horaire, collimateur, pic, reconstruction..

VRAIS NEGATIFS :

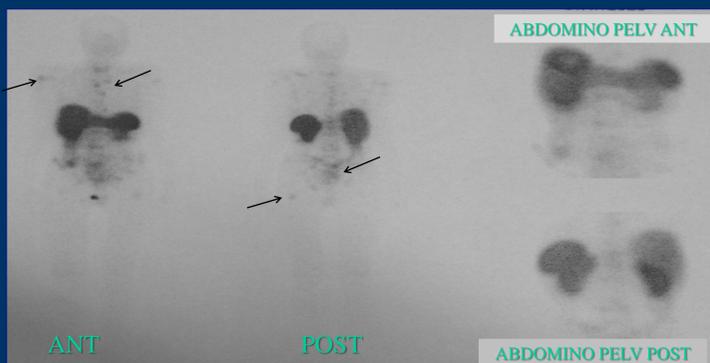
- ▶ Kystes
- ◆ Hétérogénéité de la différenciation de la tumeur primitive même et/ou de ses métastases (jusqu'à 90%) : dédifférenciation ? Aggressivité ?



TEMP/TDM abdomino-pelviennes : Lésion hyperfixante en « cocarde » du segment VIII



TEMP/TDM abdomino-pelviennes : association de multiples lésions hyperfixantes et non fixantes à caractère mixte : ostéolytique nettement prédominant (et ostéoblastique, objectivé sur la scintigraphie osseuse)



Scintigraphie au ¹¹¹In-Octréotide: Images réalisées à 24H

Hyperfixation hétérogène et diffuse à tout le squelette axial et appendiculaire, d'intensité de fixation différente, en rapport avec des métastases diffuses. La précision de la localisation et la nature de l'atteinte de la trame osseuse sera donnée par la tomographie par émission mono photonique fusionnée déjà un scanner (TEMP/TDM)

RÉFÉRENCES

- 1: Ciblage des récepteurs de la somatostatine dans les tumeurs neuroendocrines gastroentéropancréatiques (TNE-GEP) : quels radio traceurs pour quelles tumeurs ? Médecine Nucléaire 34 (2010) 310-317
- 2 Do Primary Neuroendocrine Tumors and Metastasis Have the Same Characteristics? Journal of Surgical Research 174, 200-206 (2012)

Conclusion

La discordance de fixation de certaines métastases par rapport à leur tumeur primitive ou aux autres métastases est à considérer avec précaution. Il faut chercher des explications techniques ou fonctionnelles avant d'évoquer la dédifférenciation. Le traitement ciblé en dépendra.

Je déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt