

L'IMAGE DU MOIS

Mise en évidence d'une métastase intracanalairerachidienne d'un carcinome pulmonaire par TEP/TDM

G. ANCION (1), J. FOIDART-WILLEMS (2), V. WILLEMS (3), R. HUSTINX (4)

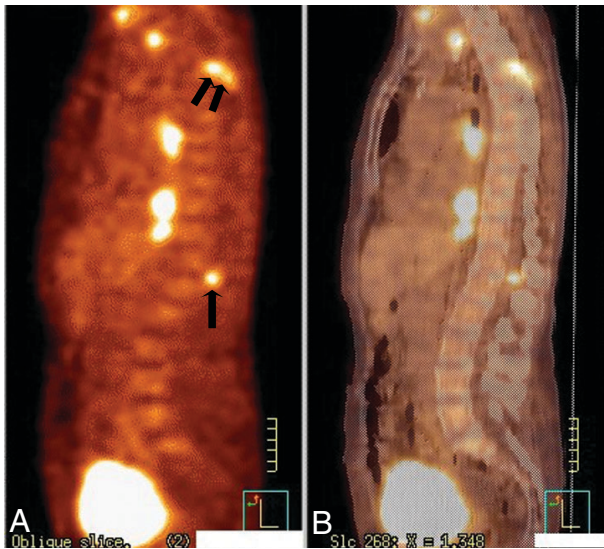


Fig. 1 a et b : foyer intensément hypermétabolique située dans le canal rachidien à hauteur de D12-L1. On remarque également une atteinte de l'apophyse épineuse d'une vertèbre dorsale haute (↑↑) (D3).
A gauche, TEP seule (fig a) : on visualise la lésion secondaire située derrière les corps vertébraux de D12-L1 (↑) mais la faible résolution anatomique de la TEP seule ne permet pas de connaître avec exactitude la localisation du foyer : apophyse épineuse? canal rachidien?
A droite, TEP /TDM (fig b) : Grâce à la fusion des images métaboliques et anatomiques, on peut voir avec précision que la lésion se trouve dans le canal rachidien.

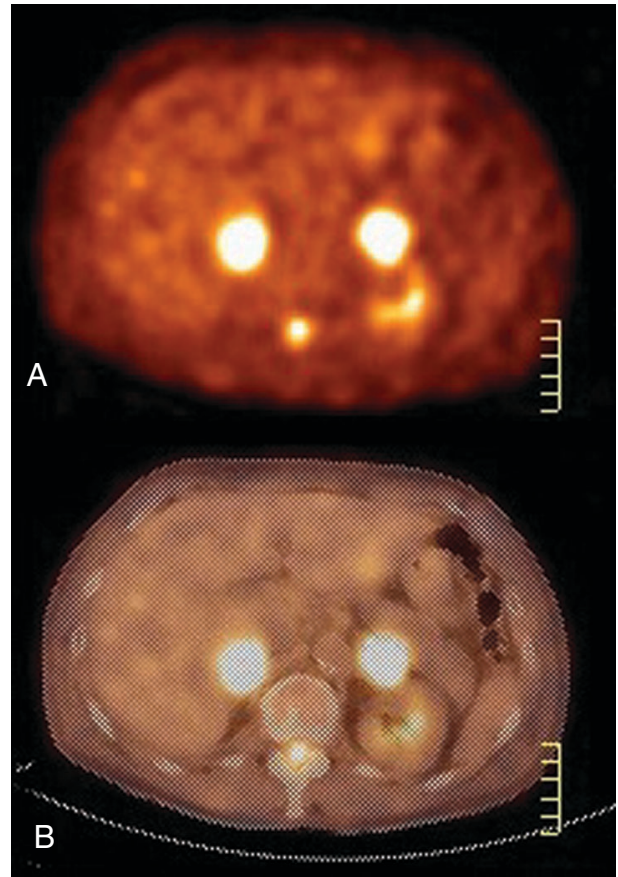


Fig. 2 a : TEP seule, 2 b : TEP/TDM (image de fusion) : on aperçoit le foyer intrarachidien ainsi que les deux volumineuses métastases surrénaliennes. Par ailleurs, on note une activité urinaire banale au niveau du rein gauche (élimination rénale du FDG).

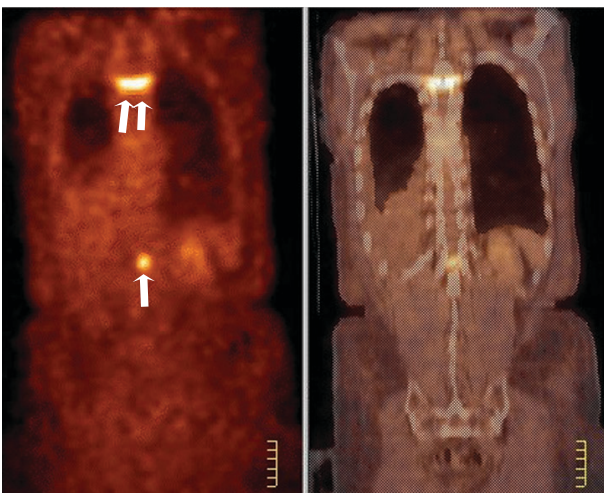


Fig. 3 : on observe à nouveau le foyer intrarachidien (↑) et la métastase vertébrale dorsale haute (↑↑).

(1) Assistant 4^{ème} année, (2) Chef de Clinique, (4) Chef de Service, Service de Médecine Nucléaire,
(3) Assistante 5^{ème} année, Service d'Imagerie Médicale, CHU Sart Tilman, Liège

Mme X, âgée de 75 ans est admise aux urgences en septembre 2004 pour altération de l'état général avec asthénie, perte significative de poids et toux persistante accompagnée de douleurs basi-thoraciques droites. A l'admission, la radiographie thoracique montre une augmentation du volume du hile pulmonaire droit malgré deux semaines d'antibiothérapie empirique dans le cadre d'une bronchopneumonie non nosocomiale.

La tomодensitométrie thoracique démontre la présence de multiples formations nodulaires situées au niveau de la région postéro-basale du lobe inférieur droit. On observe également de multiples macro-structures ganglionnaires hémithoraciques droites (hile, médiastin, chaîne paratrachéale).

La TDM abdominale met en évidence une augmentation de volume des glandes surréna-liennes, bilatéralement.

Enfin la tomographie à émission de positons (TEP) au FDG couplée à la tomodensitométrie «low-dose» démontre la présence de lésions hypermétaboliques infra-hilaires droites asso-ciées à des adénopathies hilaires droites, cervi-cales bilatérales, paratrachéales gauches et médiastinales.

De plus, cet examen confirme la présence de métastases surréna-liennes bilatérales et objective une lésion secondaire méconnue, située dans le canal rachidien à hauteur de D12-L1 (cfr fig.)

La TEP seule mettait en évidence cette lésion hypermétabolique au niveau du rachis mais la

faible résolution anatomique de cet examen ne permettait pas de préciser avec exactitude la localisation de ce foyer. Grâce à la fusion TEP et TDM il apparaît très clairement qu'il s'agit en fait d'un foyer intra-canalair rachidien.

L'analyse histologique obtenue par biopsie transbronchique montre qu'il s'agit d'un carci-nome à petites cellules et une chimiothérapie palliative a été prescrite.

Cette observation, sans impact direct sur la prise en charge de cette patiente, illustre cepen-dant l'amélioration des performances diagnos-tiques de la TEP lorsqu'elle est couplée à l'imagerie anatomique.