

## L. Cancer

### Sommaire

<b>01 L - 03 L</b>	Cancer de la parotide.....	3
<b>04 L</b>	Cancer des voies aéro-digestives supérieures (cavité buccale, oropharynx, larynx, sinus piriforme) .....	4
<b>05 L - 07 L</b>	Adénopathies cervicales .....	6
<b>08 L</b>	Cancer thyroïdien .....	7
<b>09 L - 14 L</b>	Cancer broncho-pulmonaire.....	10
<b>15 L - 16 L</b>	Cancer de l'oesophage .....	11
<b>17 L - 18 L</b>	Cancer de l'estomac .....	12
<b>19 L - 20 L</b>	Tumeur maligne primitive du foie .....	13
<b>21 L - 22 L</b>	Tumeur maligne secondaire du foie .....	14
<b>23 L</b>	Cancer du pancréas .....	14
<b>24 L - 25 L</b>	Cancer du côlon et du rectum .....	15
<b>26 L - 28 L</b>	Cancer du rein .....	17
<b>29 L - 31 L</b>	Cancer de la vessie .....	18
<b>32 L - 34 L</b>	Cancer de la prostate.....	19
<b>35 L - 37 L</b>	Cancer du testicule.....	20
<b>38 L - 40 L</b>	Cancer de l'ovaire .....	21
<b>41 L - 43 L</b>	Cancer du col de l'utérus.....	23
<b>44 L - 46 L</b>	Cancer du corps de l'utérus .....	24
<b>47 L - 48 L</b>	Lymphome .....	25
<b>49 L - 51 L</b>	Tumeurs ostéo-articulaires .....	27
<b>52 L - 53 L</b>		

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
-------------------	--------	------------------------	--------------	------

## L. Cancer

Beaucoup de problèmes qui ont trait au diagnostic du cancer ont été déjà partiellement traités dans les sections particulières. Quelques éléments sont indiqués ici concernant l'usage de l'imagerie dans le diagnostic, le bilan d'extension et le suivi dans certaines des lésions malignes les plus communes. Les cancers de l'enfant ne sont pas inclus dans cette section. Pour le cancer du sein, voir la section J).

Une radiographie thoracique est nécessaire au moment du diagnostic initial pour la plupart des lésions afin de disposer d'un examen de référence qui pourra être facilement répété après traitement.

Le problème de l'irradiation est généralement moins important dans cette partie.

Certains examens sont plus liés aux exigences d'un essai clinique qu'aux modalités habituelles de suivi et doivent donc être réalisés dans ce cadre.

### Cancer du nasopharynx

*Les bilans d'extension ou de suivi des cancers impliquent la prise en charge par des équipes multidisciplinaires spécialisées.*

Diagnostic	TDM ou IRM	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	D'une manière générale le diagnostic est établi par endoscopie et biopsie. Dans certains cas, peu fréquents, le diagnostic peut-être établi par l'imagerie : il peut s'agir des cancers du nasopharynx qui peuvent parfois être masqués, p.ex. par une hypertrophie des végétations adénoïdes et difficiles à visualiser par fibroscopie. L'IRM du nasopharynx alors particulièrement utile peut être réalisée de première intention.	II 0
<b>01 L</b>				

[Retour au sommaire](#)

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose	
<b>02 L</b>	Bilan d'extension	IRM	Examen indiqué [B]	L'IRM est indiquée de première intention dans le bilan d'extension locale des cancers du nez, des sinus et du nasopharynx et des espaces associés et de la base du crâne	0
		TDM cervico-thoracique	Examen indiqué [B]	Une TDM cervicale (ou éventuellement une échographie cervicale) est nécessaire à l'exploration des aires ganglionnaires et du thorax. La TDM est préférable dans la mesure où une TDM pulmonaire peut être réalisée dans le même temps. La TDM est parfois utile à la visualisation de certaines extensions osseuses. Il s'agit alors d'un examen de deuxième intention complémentaire de l'IRM.	III
		Scintigraphie TEP	Examen indiqué [B]	La scintigraphie osseuse et/ou la TEP au 18FDG sont indiquées dans le bilan d'extension initial des cancers avancés du nasopharynx.	II III/IV
<b>03 L</b>	Surveillance des cancers du nasopharynx traités	IRM	Examen indiqué [B]	L'IRM est actuellement l'examen de 1 <sup>ère</sup> intention pour dépister les récurrences locales ou intracrâniennes après radiothérapie.	0
		TDM	Examen indiqué [B]	Le scanner cervico-thoracique et/ou la TEP sont nécessaires pour la surveillance ganglionnaire et à distance.	III
		TEP	Examen indiqué [B]	La TEP au 18FDG a une excellente fiabilité dans l'exclusion des récurrences. Un délai minimum de 4 mois après la fin de la radiothérapie est souhaitable pour limiter le risque de faux positifs (tissu inflammatoire post-thérapeutique).	III/IV

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
<b>Cancer de la parotide</b>				
<i>Les bilans d'extension ou de suivi des cancers impliquent la prise en charge par des équipes multidisciplinaires spécialisées.</i>				
Diagnostic	Echographie	Examen indiqué [B]	<i>Voir 11B.</i> Utile si nécessité d'une cytoponction échoguidée.	0
	IRM	Examen indiqué [B]	Utile dans les cas de lésions profondes pour confirmer le diagnostic clinique si nécessaire, affirmer le caractère unique ou multiple de la ou des lésion(s) et leur localisation exacte (lobe superficiel, lobe profond). L'IRM est nettement préférable à la TDM. La surveillance des tumeurs opérées justifie de l'IRM.	0
	TDM	Examen indiqué [B]	La TDM, utile pour étudier les destructions osseuses de la base du crâne en cas de lésion maligne invasive (extension tumorale), est nécessaire pour le bilan d'extension locorégionale et à distance de ces cancers.	II
	TEP	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	Pour exclure des métastases ou un deuxième primitif avant de pratiquer une chirurgie mutilante.	III
<b>04 L</b>				

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
-------------------	--------	------------------------	--------------	------

<b>Cancer des voies aéro-digestives supérieures (cavité buccale, oropharynx, larynx, sinus piriforme)</b>				
<i>Les bilans d'extension ou de suivi des cancers impliquent la prise en charge par des équipes multidisciplinaires spécialisées.</i>				
Diagnostic  <b>05 L</b>	TDM ou IRM	Non indiqué [B]	D'une manière générale, le diagnostic est établi par endoscopie et biopsie.	II 0
	TEP	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]		III/IV
Bilan d'extension  <b>06 L</b>	TDM ou IRM	Examen indiqué [B]	La TDM est en général suffisamment performante pour permettre un bilan d'extension local de qualité. L'IRM a des performances proches. Elle est parfois un peu supérieure pour l'étude des extensions des cancers de la cavité buccale à la médullaire de la mandibule, ou des cancers du larynx aux cartilages. Elle souffre cependant d'une plus grande sensibilité aux artéfacts de mouvement et de déglutition.	II 0
	TDM cervico-thoracique	Examen indiqué [B]	Une TDM thoracique est indiquée pour rechercher des métastases pulmonaires.	III
	TEP	Examen indiqué [B]	La TEP au 18FDG est indiquée dans le bilan d'extension des cancers des voies aéro-digestives (recherche de métastases et de seconde localisation).	III/IV

[Retour au sommaire](#)

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Surveillance des cancers traités   <b>07 L</b>	IRM	Examen indiqué [B]		0
	TDM cervico-thoracique	Examen indiqué [B]	Cancers de la cavité buccale, de l'oropharynx, du larynx et du sinus piriforme traités par radio/ chimiothérapie et/ou par chirurgie, bilan des récurrences avérées : dans tous les cas scanner cervico-thoracique	III
	TEP	Examen indiqué [B]	La TEP au 18FDG a une excellente fiabilité dans l'exclusion des récurrences. Un délai minimum de 4 mois après la fin de la radiothérapie est souhaitable pour limiter le risque de faux positifs (tissu inflammatoire post-thérapeutique).	III/IV

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
<b>Adénopathies cervicales</b>				
Bilan des adénopathies cervicales sans cancer primitif connu          <b>08 L</b>	TDM et IRM	Examen spécialisé [B]	Le bilan clinique, endoscopique et radiologique doit être le plus complet possible. Il doit inclure une TDM cervicale, mais aussi thoraco-abdomino-pelvienne et une IRM cervicale peut également être pratiquée (une attention particulière doit être portée à la base de langue et aux loges amygdaliennes).	III 0
	TEP	Examen spécialisé [B]	La TEP au 18FDG peut être pratiquée dans la recherche de la tumeur primitive en cas de métastases sans primitif connu. Elle retrouve la tumeur primitive dans 10 à 50% des cas. Elle peut révéler des disséminations tumorales non suspectées par les autres méthodes, et donc orienter la stratégie thérapeutique.	III/IV

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
<b>Cancer thyroïdien</b>				
<i>Les bilans d'extension ou de suivi des cancers impliquent la prise en charge par des équipes multidisciplinaires spécialisées.</i>				
Diagnostic (nodule thyroïdien, voir 01B) <b>09 L</b>			<i>Nodule thyroïdien 01B</i>	
Cancer thyroïdien de souche vésiculaire après thyroïdectomie (quasi-totale) <b>10 L</b>	Scintigraphie	Indiqué [A]	L'indication de l'ablation isotopique et la dose d'iode 131 à utiliser relèvent d'avis spécialisés. La scintigraphie après administration d'une activité thérapeutique d'iode 131 (phase d'ablation) est réalisée après thyroïdectomie (quasi)-totale, au décours d'une stimulation par la TSH (TSHémie > 30 mU/l) et fait partie du bilan d'extension initial des cancers différenciés non médullaires, en montrant les reliquats et d'éventuelles métastases fixantes.	IV
Cancer thyroïdien différencié médullaire • Bilan pré-thérapeutique <b>11 L</b>	TDM IRM Echographie	Spécialisé [B]	Un avis spécialisé à la recherche d'une néoplasie endocrinienne multiple est indiqué. Le bilan d'extension des cancers médullaires repose sur l'échographie cervicale et l'IRM (extension locale) d'une part, la TDM et l'échographie hépatique (extension à distance) d'autre part.	II 0 0

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Surveillance des cancers thyroïdiens différenciés opérés de souche vésiculaire • Phase précoce (< 1 an)	Echo-doppler	Indiqué [A]	La surveillance après la phase d'ablation et en dehors d'une maladie d'emblée évolutive repose sur le dosage de la thyroglobuline après stimulation par la TSH, et l'échographie-doppler cervicale (de préférence 4 à 6 mois après la chirurgie). La présence d'anticorps anti-thyroglobuline peut interférer avec le dosage de la thyroglobuline et modifier la stratégie de surveillance.	0
	Scintigraphie	Indiqué seulement dans des cas particuliers [A]	<p>Chez les patients à faible risque, une valeur mesurée de thyroglobulinémie inférieure à 1 µg/L lors d'une épreuve de stimulation par la TSH est en faveur d'une rémission complète. L'indication de la scintigraphie diagnostique à l'iode131 est controversée dans ce cas.</p> <p>Lorsque la thyroglobuline est supérieure à 2 µg/L, une lésion évolutive est à rechercher (discuter une dose thérapeutique d'iode 131, dans ce cas).</p> <p>Dans les cas intermédiaires, on pourra répéter le dosage de la thyroglobuline en stimulation par la TSH et/ ou faire une scintigraphie à l'iode 131.</p> <p>Chez les patients à haut risque, la scintigraphie à l'iode 131 couplée au dosage de la thyroglobuline est indiquée.</p>	IV
	TEP TDM IRM	Indiqué [A] Indiqué [C] Indiqué [C]	Les métastases et/ou la maladie résiduelle ne fixant pas l'iode 131 doivent être identifiées par la TEP au 18FDG, la TDM ou l'IRM.	III/IV III 0
<b>12 L</b>				

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Surveillance des cancers thyroïdiens différenciés opérés de souche vésiculaire • Surveillance au long cours (> 1 an) <b>13 L</b>	Echographie	Indiqué [A]	Les patients à faible risque et ayant un bilan de rémission complète au terme de la première année sont surveillés par le dosage de la thyroglobuline en frénation par la thyroxine et l'échographie-doppler cervicale réalisée de façon espacée.	0
	Scintigraphie	Indiqué [A]	Dans le cas contraire on pourra recourir au dosage de la thyroglobuline lors d'une épreuve de stimulation et / ou à une scintigraphie diagnostique corps entier (iode 131).	IV
Surveillance des cancers thyroïdiens médullaires opérés <b>14 L</b>	<i>Toutes les modalités sont possibles :</i> Echographie TDM ou IRM Scintigraphie osseuse TEP Cathétérisme	Spécialisé [C]	On réalise le dosage de la thyrocalcitonine de base et lors d'une épreuve à la pentagastrine. Si la concentration sérique de thyrocalcitonine est > 100 pg/mL, on peut réaliser pour localiser les métastases : une échographie cervicale, un examen TDM ou une IRM cervico-thoracique, une échographie hépatique, une scintigraphie osseuse, une TEP au 18FDG, un cathétérisme veineux étagé.	0 II 0 II/III  III/IV II/III

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
<b>Cancer broncho-pulmonaire</b>				
<i>Les bilans d'extension ou de suivi des cancers impliquent la prise en charge par des équipes multidisciplinaires spécialisées.</i>				
<b>15 L</b>	Diagnostic RX	Indiqué [A]	Une radiographie normale n'élimine pas le diagnostic.	I
	TDM	Indiqué [B]	Le scanner a une meilleure sensibilité que la radiographie thoracique.	III
	TEP	Examen spécialisé [B]	TEP au FDG Diagnostic d'un nodule pulmonaire >10mm et de nature indéterminée. Alternative à une ponction-biopsie ou à une vidéothoroscopie de première intention. Un examen positif impose la détermination de la nature histologique de la lésion. Un examen négatif autorise une surveillance TDM.	III/IV
<b>16 L</b>	Bilan d'extension TDM thoraco-abdominale	Indiqué [B]	Elle permet l'étude de l'extension locorégionale.	III
	TEP	Indiqué [B]	TEP au FDG. Elle est utile pour le bilan d'extension ganglionnaire et métastatique en dehors des métastases cérébrales. Elle a une forte valeur prédictive négative pour l'atteinte ganglionnaire.	III/IV
	IRM tête	Indiqué [C]	Si non disponible, TDM.	0
	TDM tête	Indiqué [C]	IRM pré-opératoire si scanner normal.	II
	Echographie/ TDM foie	Indiqué [C]		0
	IRM thorax	Non indiqué initialement [C]	Elle peut être utile chez les malades ayant une tumeur de l'apex (Pancoast -Tobias) et chez les malades intolérants aux produits de contraste ou insuffisants rénaux pour l'étude de rapports vasculaires médiastinaux.	0

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
<b>Cancer de l'oesophage</b>				
<i>Les bilans d'extension ou de suivi des cancers impliquent la prise en charge par des équipes multidisciplinaires spécialisées.</i>				
Diagnostic <b>17 L</b>	TO	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	Le transit oesophagien baryté est le premier examen. <i>Voir 01G et 02G.</i>	II
Bilan d'extension <b>18 L</b>	TDM	Indiqué [B]	la TDM est très utile pour dépister les nombreux patients inopérables d'emblée. Si le patient est jugé potentiellement opérable après la TDM, une écho-endoscopie est nécessaire.	III
	Echo-endoscopie	Indiqué [B]	Dans la majorité des cas, elle fait suite à la TDM pour mieux préciser le T et le N.	0
	TEP	Indiqué [B]	Utile dans le cadre du bilan pré-opératoire pour dépister les métastases. Utile pour apprécier l'efficacité thérapeutique.	III/IV

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
<b>Cancer de l'estomac</b>				
<i>Les bilans d'extension ou de suivi des cancers impliquent la prise en charge par des équipes multidisciplinaires spécialisées.</i>				
Détection  <b>19 L</b>	TOGD	Indiqué dans des cas particuliers[B]	L'endoscopie est la première méthode proposée dans la majorité des cas, car elle peut détecter les cancers superficiels et autorise les biopsies. Dans quelques cas, comme la linite gastrique, le transit oeso-gastro-duodéal aide au bilan topographique.	II
Bilan d'extension  <b>20 L</b>	TDM	Indiqué [B]	la TDM est très utile pour dépister les métastases abdominales, pelviennes et thoraciques. Elle peut être complétée par l'écho-endoscopie qui est performante pour préciser l'extension locorégionale.	III

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
<b><i>Tumeur maligne primitive du foie</i></b>				
Détection  <b>21 L</b>	Echographie	Indiqué [B]	L'échographie permet de détecter la majorité des tumeurs.	0
	IRM/ TDM	Examen spécialisé [B]	Utile soit quand les marqueurs sont élevés et l'échographie normale, ou pour caractériser un nodule vu en échographie.	0 III
	TEP	Examen spécialisé [B]	Dépistage précoce du cholangiocarcinome chez les sujets à risque (par exemple, atteints de cholangite sclérosante).	III/IV
Bilan d'extension  <b>22 L</b>	IRM/ TDM	Indiquée [B]	Ce sont les méthodes les plus sensibles pour dénombrer et localiser les nodules. L'IRM est supérieure à la TDM dans la détection et la caractérisation de petites lésions.	0 III
	TEP	Examen spécialisé [B]	En cas de cholangiocarcinome, indication pour le bilan d'extension des patients candidats à la chirurgie.	III/IV

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
<b>Tumeur maligne secondaire du foie</b>				
Détection <b>23 L</b>			Voir 26G.	0
<b>Cancer du pancréas</b>				
<i>Les bilans d'extension ou de suivi des cancers impliquent la prise en charge par des équipes multidisciplinaires spécialisées.</i>				
Détection <b>24 L</b>	Echographie/ TDM	Indiquées [B]	Les deux méthodes sont performantes pour détecter la tumeur, et complémentaires. Elles peuvent aussi guider la biopsie et détecter immédiatement les patients certainement non opérables.	0 III
	IRM CPIRM CPRE TEP Echoendoscopie	Examens spécialisés [C]	L'IRM est plus sensible que la TDM pour la détection ainsi que pour différencier pancréatite chronique et auto-immune. Elle est également préférable pour caractériser des lésions kystiques. La CPIRM peut être utile pour montrer la disposition des voies biliaires et la CPRE est généralement faite dans le but de placer une prothèse biliaire. Rôle de la TEP pour le Diagnostic différentiel entre Pancréatite chronique et cancer du pancréas dans les cas difficiles. Rôle de l'écho-endoscopie pour détecter les petites tumeurs et en faire la biopsie par voie trans-gastrique ou trans-duodénale.	0 0 III III/IV 0
Bilan d'extension <b>25 L</b>	IRM/TDM	Indiqué [B]	Utiles au bilan pré-opératoire, en comprenant notamment une reconstruction angiographique ce qui évite le recours à une artériographie.	0 III
	TEP	Examen spécialisé [B]	Bilan d'extension : évaluation des métastases.	III/IV
	Echoendoscopie	Examen spécialisé [B]	Utile chez des patients jugés opérables sur IRM/TDM, pour confirmer l'absence de contre indication locorégionale.	0

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
<b>Cancer du côlon et du rectum</b>				
<i>Les bilans d'extension ou de suivi des cancers impliquent la prise en charge par des équipes multidisciplinaires spécialisées.</i>				
Détection <b>26 L</b>			Voir 17G.	
Bilan d'extension          <b>27 L</b>	RT et Echographie	Indiqués [B]	Pour rechercher des métastases pulmonaires et hépatiques.	I 0
	Echographie endorectale	Indiqué [B]	L'échographie endorectale est utile pour le bilan d'extension locale des cancers du bas rectum et pour l'adaptation thérapeutique. Elle est surtout performante pour les lésions superficielles.	0
	IRM/TDM	Indiqués [B]	L'IRM est notamment utile pour faire le bilan pelvien et rechercher un envahissement du mésorectum. La TDM est moins performante pour évaluer le pelvis, mais équivalente à l'IRM pour la recherche d'adénopathies rétropéritonéales et médiastinales. La TDM est supérieure à la RX thorax pour l'exploration de métastases pulmonaires. Une IRM complémentaire est indiquée pour mieux caractériser des lésions hépatiques aspécifiques (voir 17L et 26G).	0 III



Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
<b>Cancer du rein</b>				
<i>Les bilans d'extension ou de suivi des cancers impliquent la prise en charge par des équipes multidisciplinaires spécialisées.</i>				
Diagnostic          <b>29 L</b>	Echographie	Indiqué [B]	L'échographie est un examen sensible pour détecter les masses rénales de plus de 2 cm et efficace pour caractériser une formation kystique ou solide. L'échographie permet dans certains cas de caractériser des masses indéterminées en TDM.	0
	UIV	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	L'UIV n'est pas sensible pour la détection des petites masses rénales. Cependant, c'est une méthode de choix pour détecter une tumeur des voies excrétrices (cavités pyélo-calicielles, uretères), bien qu'elle soit de plus en plus remplacée par l'uro-TDM.	II
	TDM ou IRM	Indiqué [B]	La TDM est sensible pour détecter des masses rénales à partir de 1 à 1,5 cm et pour les caractériser. L'IRM peut être une alternative à la TDM dans des cas particuliers (patients insuffisants rénaux, intolérance aux produits iodés, etc...).	III 0
Bilan d'extension          <b>30 L</b>	TDM ou IRM de l'abdomen	Indiqué [B]	La TDM et l'IRM ont des performances équivalentes.	III 0
	TDM thorax	Indiqué [B]	La TDM du thorax est indiquée dans le bilan métastatique (métastases pulmonaires et ganglionnaires thoraciques). La scintigraphie osseuse et la TDM cérébrale ne sont pas systématiques. Elles sont indiquées dans des cas particuliers, en cas de signes d'appel.	III
Suivi          <b>31 L</b>	TDM abdomen et /ou TDM thorax	Indiqué [B]	Recommandée en routine.	III

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
<b>Cancer de la vessie</b>				
<i>Les bilans d'extension ou de suivi des cancers impliquent la prise en charge par des équipes multidisciplinaires spécialisées.</i>				
Diagnostic  <b>32 L</b>	Uro-TDM ou UIV	Indiqué [B]	La cystoscopie est l'investigation essentielle pour le diagnostic de tumeur de vessie. L'Uro-TDM ou l'UIV est indiquée pour la recherche de tumeur des voies excrétrices (cavités pyélo-calicielles et uretères) associée.	II II
	Echographie	Non indiqué initialement [B]	L'échographie n'est pas suffisamment sensible pour détecter de petites tumeurs de vessie (< 5 mm) et n'est pas efficace pour étudier les voies urinaires supérieures.	0
Bilan d'extension  <b>33 L</b>	TDM ou IRM abdomen et pelvis	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	Elle est systématique dans le bilan d'extension des cancers de vessie infiltrants. Elle n'est pas indiquée dans le bilan des cancers non infiltrants.	III 0
	TDM thorax	Indiqué seulement dans des cas particuliers [C]	Elle est indiquée pour la recherche de métastases dans le bilan d'extension des cancers de vessie infiltrants.	III
	TEP	Indiqué seulement dans des cas particuliers [C]	Le rôle de la TEP au FDG est encore à définir en fonction du degré d'extension locale en cas de tumeur infiltrante.	III/IV
Suivi  <b>34 L</b>	TDM abdomen et pelvis TDM thorax	Indiqués seulement dans des cas particuliers [B]	La cystoscopie est l'examen de choix lorsque la vessie est laissée en place (tumeur superficielle - traitement conservateur). La TDM est réalisée dans le suivi des tumeurs infiltrantes.	III III
	Uro-TDM ou UIV	Indiqué [B]	L'Uro-TDM ou l'UIV sont les plus performantes pour la recherche de récurrences de tumeurs urothéliales au niveau du haut appareil.	II II
	Echographie	Examen spécialisé [B]	L'échographie de la vessie n'est pas indiquée en routine.	0

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
<b>Cancer de la prostate</b>				
<i>Les bilans d'extension ou de suivi des cancers impliquent la prise en charge par des équipes multidisciplinaires spécialisées.</i>				
Diagnostic <b>35 L</b>	Echographie endo-rectale	Examen spécialisé [B]	L'échographie endo-rectale est indiquée pour guider les ponctions- biopsies transrectales de la prostate.	0
Bilan d'extension <b>36 L</b>	IRM ou TDM abdomen et pelvis	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	Une exploration abdomino-pelvienne est indiquée quand la tumeur paraît extra-prostatique. L'IRM peut être utile pour décider de l'indication d'une prostatectomie radicale. IRM et TDM ont des performances diagnostiques moins bonnes pour le bilan d'extension ganglionnaire.	0 III
	Scintigraphie	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	L'indication de la scintigraphie du squelette dépend de la concentration plasmatique de PSA, du grade histologique de la tumeur, de l'extension tumorale et des points d'appel osseux (par exemple, douleurs).	II/III
Suivi <b>37 L</b>			Il n'y a pas d'indication à l'imagerie systématique dans la surveillance. Le suivi repose sur la clinique et la surveillance de la concentration plasmatique du PSA. Toute anomalie relance le bilan d'imagerie complémentaire ( <i>voir 36L</i> ).	

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
<b>Cancer du testicule</b>				
<i>Les bilans d'extension ou de suivi des cancers impliquent la prise en charge par des équipes multidisciplinaires spécialisées.</i>				
Diagnostic <b>38 L</b>	Echographie des bourses	Indiqué [B]	L'échographie des bourses montre la nature intra ou extra-testiculaire d'une masse diagnostiquée cliniquement.	0
Bilan d'extension <b>39 L</b>	TDM (thorax, abdomen, pelvis)	Indiqué [B]	La TDM est le principal examen et sera réalisée comme examen de référence au moment du diagnostic de la maladie.	III
Suivi  <b>40 L</b>	TDM( thorax, abdomen, pelvis)	Indiqué [B]		III
	TEP	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	Chez un patient après traitement ou en récurrence, la TEP au FDG est indiquée en cas : – d'élévation isolée des marqueurs avec imagerie normale – de masse résiduelle après traitement.	III/IV

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
<b>Cancer de l'ovaire</b>				
<i>Les bilans d'extension ou de suivi des cancers impliquent la prise en charge par des équipes multidisciplinaires spécialisées.</i>				
Diagnostic   <b>41 L</b>	Echographie	Indiqué [B]	La plupart des lésions sont diagnostiquées par l'examen clinique et l'échographie abdominale et endo-vaginale en associant le doppler.	0
	IRM (abdomen, pelvis)	Examen spécialisé [B]	Pour les formes douloureuses, volumineuses ou compliquées l'IRM peut être utile au diagnostic. L'IRM est la technique de 2 <sup>ème</sup> intention qui peut aider à préciser la nature, en particulier la malignité.	0
	TDM	Indiqué dans des cas particuliers [B]	Pour les formes douloureuses, ou compliquées la TDM peut être utile au diagnostic. Cette technique de 2 <sup>ème</sup> intention peut aider à préciser la nature, en particulier pour le kyste dermoïde.	III
Bilan d'extension pré-thérapeutique   <b>42 L</b>	TDM (abdomen, pelvis)	Indiqué [B]	Indiqué avant la laparotomie.	III
	IRM (abdomen, pelvis)	Examen spécialisé [B]	Alternative à la TDM.	0
	TEP	Examen spécialisé [C]	En cas de difficultés dans la prise en charge, la TEP-FDG peut aider à identifier une extension locale ou métastatique à distance.	III/IV

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Suivi	TDM (abdomen, pelvis)	Indiqué [B]	L'examen clinique et le CA 125 sont utilisés pour rechercher une rechute mais leur normalité n'exclue pas une récurrence tumorale. Le scanner ou l'IRM contribuent à évaluer la réponse thérapeutique, à rechercher et localiser la récurrence.	III
	IRM (abdomen, pelvis)	Examen spécialisé [B]		0
	TEP	Examen spécialisé [B]	La TEP au [18F]-FDG est indiquée - en cas de suspicion de récurrence locale ou métastatique en particulier en cas d'élévation de la concentration sérique inexplicée du CA 125 - ou pour mesurer la réponse au traitement adjuvant.	III/IV
<b>43 L</b>				

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
<b>Cancer du col de l'utérus</b>				
<i>Les bilans d'extension ou de suivi des cancers impliquent la prise en charge par des équipes multidisciplinaires spécialisées.</i>				
Diagnostic <b>44 L</b>	Imagerie	Non indiqué [B]	Le diagnostic est clinique.	
Bilan d'extension pré-thérapeutique <b>45 L</b>	IRM (abdomen, pelvis)	Indiqué [B]	L'IRM fournit de meilleures informations que le scanner sur l'extension locale et régionale. Elle contribue à évaluer l'extension ganglionnaire pelvienne et lombo-aortique. Elle recherche une atteinte de l'appareil urinaire (vessie et uretère).	0
	TEP	Examen spécialisé [B]	La TEP au [18F]-FDG peut préciser l'extension ganglionnaire pelvienne et métastatique à distance des cancers du col de l'utérus avancés (stade IIb et plus)	III/IV
Récidive <b>46 L</b>	IRM/TDM (abdomen, pelvis)	Indiqué [B]	L'IRM contribue à évaluer la réponse thérapeutique et la maladie résiduelle. Elle fournit les données les plus informatives sur une récurrence pelvienne. Quand une preuve histo-pathologique est nécessaire, la réalisation d'une biopsie est plus facilement guidée par le scanner.	0/III
	TEP	Examen spécialisé [C]	La TEP au [18F]-FDG peut être utilisée pour l'évaluation de la maladie résiduelle en fin de traitement et pour la détection des récurrences.	III/IV

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
<b>Cancer du corps de l'utérus</b>				
<i>Les bilans d'extension ou de suivi des cancers impliquent la prise en charge par des équipes multidisciplinaires spécialisées.</i>				
Diagnostic  <b>47 L</b>	Echographie	Indiqué [B]	L'échographie, couplée au doppler, voire l'hystéro-sonographie, discutée dans ce contexte, est l'examen de 1 <sup>ère</sup> intention pour identifier et caractériser une lésion endo-cavitaire, précédant l'hystérocopie.	0
	IRM	Non indiqué initialement [C]	L'IRM ne peut être qu'un examen de 2 <sup>ème</sup> intention à ce stade, lorsque la cavité utérine n'est pas accessible et/ou que la patiente présente des facteurs de risques pour l'anesthésie générale.	0
Bilan d'extension pré-thérapeutique  <b>48 L</b>	IRM	Indiqué [B]	L'IRM est la technique d'imagerie optimale pour identifier la tumeur et évaluer son extension locorégionale.	0
	TDM	Non indiqué [B]		III
	TEP	Examen spécialisé [C]	Cette indication de la TEP au [18F]-FDG est en cours d'évaluation ; les examens devraient être effectués dans le cadre de protocoles. Dans la recherche de récurrences et le suivi postopératoire, deux études (2003 et 2004) montrent que la TEP au 18-FDG peut détecter des récurrences non vues par les autres examens d'imagerie.	III/IV

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
<b>Lymphome</b>				
<i>Les bilans d'extension ou de suivi des cancers impliquent la prise en charge par des équipes multidisciplinaires spécialisées.</i>				
Diagnostic  <b>49 L</b>	TDM	Indiqué [B]	Le diagnostic est généralement fait par biopsie exérèse d'un ganglion périphérique. La TDM peut montrer les lésions profondes. En l'absence de site périphérique biopsiable, elle permettra de choisir le site et de guider une biopsie profonde. Le compte rendu doit comporter une description détaillée de toutes les lésions avec leurs dimensions.	III
Bilan d'extension  <b>50 L</b>	TDM	Indiqué [B]	La TDM a pour principaux objectifs de préciser une éventuelle extension sus ou sous-diaphragmatique (ganglionnaire ou extra-ganglionnaire) et la taille des lésions. Selon la localisation des lésions, la tête et le cou doivent également être explorés.	III
	IRM	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	L'IRM n'est pas indiquée comme un examen de routine pour le bilan d'extension initial mais décèle les extensions ganglionnaires aussi bien que la TDM. Elle peut aussi montrer l'importance de l'envahissement médullaire ce qui a des implications pronostiques et fonctionnelles.	0
	TEP	Indiqué [B]	La TEP-FDG est recommandée dans le bilan d'extension initial en complément de l'imagerie conventionnelle dans la maladie de Hodgkin, les LMNH agressifs et les lymphomes folliculaires.	III/IV

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Suivi	TDM	Indiqué [B]	La taille des lésions après traitement doit être mesurée par TDM pour déterminer la réponse au traitement. En cas de maladie de Hodgkin, on contrôle les sites envahis lors du bilan d'extension initial. S'il y a une suspicion clinique de récurrence ou de progression, il est approprié de refaire une TDM au mieux couplée avec une TEP-FDG (thorax, abdomen et pelvis en particulier pour les lymphomes non hodgkiniens).	III
	IRM	Non indiqué initialement [B]	L'IRM peut apporter des informations sur la maladie résiduelle : masse résiduelle médiastinale, suivi d'atteinte de la moelle osseuse. Dans ce cas, il est préférable de disposer d'examens de référence préthérapeutiques.	0
	TEP	Indiqué [B]	La TEP est recommandée pour l'évaluation précoce de la réponse thérapeutique et pour l'évaluation de la maladie résiduelle dans la maladie de Hodgkin et dans les LMNH agressifs. La TEP-FDG est plus sensible et plus spécifique que le Gallium 67 en particulier pour des masses situées sous le diaphragme.	III/IV
<b>51 L</b>				

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
<b>Tumeurs ostéo-articulaires</b>				
<i>Les bilans d'extension ou de suivi des cancers impliquent la prise en charge par des équipes multidisciplinaires spécialisées.</i>				
Diagnostic (Voir aussi 02D)  <b>52 L</b>	RS et IRM TDM	Indiqué [B] Examen spécialisé [C]	L'imagerie et l'histologie sont complémentaires. L'imagerie doit être réalisée avant biopsie. La TDM peut être utile pour préciser les lésions corticales et une matrice tumorale calcifiée.	I+0 III
	Scintigraphie	Indiqué [B]	La scintigraphie osseuse est indiquée pour s'assurer qu'une lésion est solitaire. Elle modifie les hypothèses diagnostiques en fonction du caractère unique ou multiple de la lésion.	II/III
Bilan d'extension  <b>53 L</b>	IRM et RT TDM Thorax	Examen spécialisé [C]	La TDM permet de détecter les métastases pulmonaires. L'IRM permet le meilleur bilan d'extension locorégionale.	0 + I III
	TEP	Examen spécialisé [C]	La sensibilité et la spécificité de la TEP au 18FDG sont supérieures à celles de la scintigraphie.	III/IV