



PET/CT SCAN

Liste de la nomenclature au 01/01/2016



Indications neurologiques

1. Epilepsie

Si la thérapie sous forme d'une intervention chirurgicale est influencée de manière décisive pour la localisation d'un foyer épileptogène d'une épilepsie réfractaire.

2. Alzheimer - Confirmation ou exclusion d'un diagnostic d'une maladie neurodégénérative de type Alzheimer chez les patients :

- _ Dont le score au MMSE est d'au moins 24
- _ Ayant bénéficié d'un examen clinique documenté et d'un bilan neuropsychologique étendu avec évaluation des fonctions cognitives



Prescription par un médecin spécialiste en Neurologie/Psychiatrie/Gériatrie.

3. Parkinson Plus - Confirmation ou exclusion d'un diagnostic de syndrome Parkinson Plus chez des patients :

- _ Souffrant d'un parkinsonisme dégénératif démontré par un examen SPECT avec 123I-FPCIT (DAT scan)
- _ Si l'examen influence de manière décisive la prise en charge thérapeutique par agoniste dopaminergique



Prescription par un médecin spécialiste en Neurologie. Une seule fois sur la vie du patient.

4. Indications non reprises aux points 1-3



Dans cette indication, le FDG n'est pas remboursé : privilégier un SPECT de perfusion classique dans ce cas.

Indication cardiaque

PET pour pathologie cardiaque si dans le cas d'une intervention chirurgicale prévue pour une insuffisance coronarienne complètement documentée récemment, un doute subsiste encore quant à la viabilité du myocarde concerné.

Indications pour pathologie infectieuse ou inflammatoire.

1. Détection d'une pathologie en cas d'une fièvre d'origine inconnue suivant les critères de Durack et Street

2. Détection d'une pathologie en cas de :

- _ Fièvre d'origine inconnue associée à une immunodépression qui n'est pas associée au virus VIH
- _ Septicémie dont le foyer d'origine n'est pas localisé
- _ Bactériémie inexpliquée chez un patient à haut risque
- _ Syndrome inflammatoire isolé inexpliqué

3. Evaluation de

- _ Une ostéomyélite périphérique et d'une spondylodiscite (non postopératoire)
- _ Une vasculite systémique
- _ Une sarcoïdose systémique suspectée (y compris l'évaluation de la réponse au traitement)
- _ Une endocardite bactérienne ou
- _ Une infection d'un dispositif vasculaire ou intracardiaque



Ces examens ne peuvent être réalisés qu'une seule fois sur une période d'1 mois, pour la même indication. L'examen peut être répété une fois, pour la même indication, lorsque l'action thérapeutique est influencée de façon décisive. La motivation doit être clairement documentée sur la demande.

Indications oncologiques

1. Evaluation :

- _ Nodule pulmonaire isolé de nature indéterminée
- _ Tumeur de localisation indéterminée avec métastase(s) ganglionnaire(s)
- _ Masse pancréatique de nature indéterminée
- _ Masse surrénalienne de nature indéterminée
- _ De tumeurs cérébrale si l'estimation du grade reste insuffisamment précise après IRM (low vs high grade)

2. Syndrome paranéoplasique

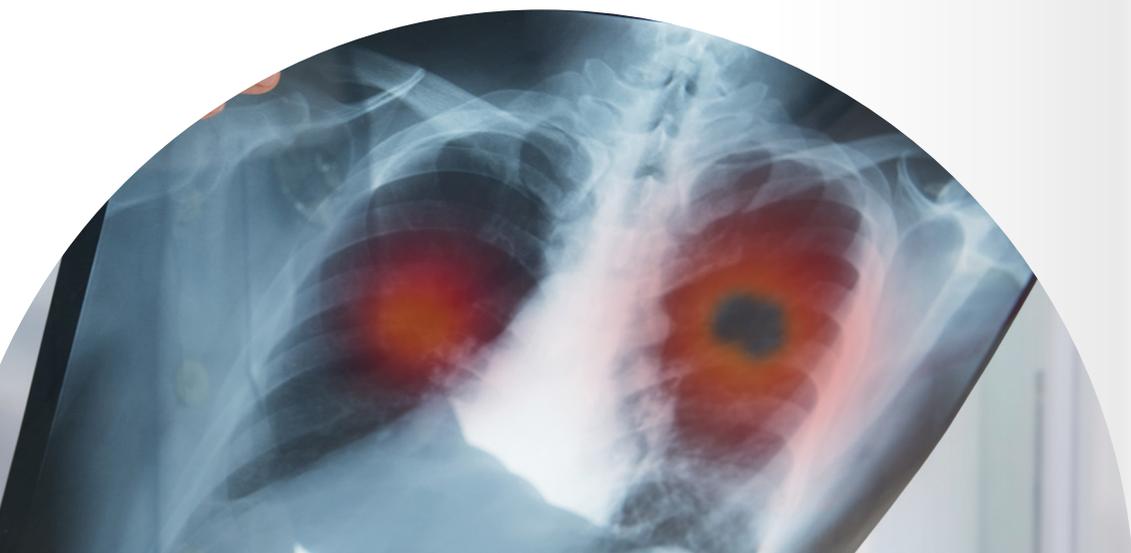
3. Tumeur métastatique d'origine indéterminée

4. Bilan d'adénopathies suspectes de lymphome en vue d'une biopsie optimale guidée



5. Stadification primaire d'une tumeur maligne :

- _ Pulmonaire ou intrathoracique
- _ OEsophage
- _ Pancréas
- _ Voies biliaires intra ou extra-hépatiques
- _ Estomac
- _ Rectum
- _ Canal anal localement étendu
- _ Colon
- _ Mélanome stade IIc ou plus (selon classification AJCC)
- _ LH ou LNH de grade intermédiaire ou haut grade
- _ Tête et cou
- _ Thyroïde (efficacité d'un traitement de chimiothérapie)
- _ Uro-génitale
- _ Ovaire
- _ Col utérin (stade FIGO > IA2)
- _ Endomètre (stade FIGO IA-G3)
- _ Pénis (avec ganglions inguinaux palpés)
- _ Vulve (avec ganglions inguinaux palpés)
- _ Neuroendocrine (dérivée du système APUD)
- _ Sein localement étendu avant chimiothérapie d'induction
- _ Sarcome musculo-squelettique (stadification primaire en cas de présomption)
- _ Stromale gastro-intestinale
- _ Myélome multiple
- _ Prostate (PSMA) : stadification + guidance thérapeutique



6. Après chimiothérapie d'induction ou radiothérapie, en vue d'une chirurgie à visée curative de tumeur :

- _ Cérébrale (¹⁸F FDG & ¹⁸F-TYR)
- _ Poumon non à petites cellules
- _ Tête et cou
- _ Pancréas
- _ Ovaire
- _ Testicule
- _ Sein
- _ Surrénale
- _ Colo-rectale
- _ Sarcome musculo-squelettique avide pour le FDG

7. Dans le but d'évaluer l'efficacité du traitement par :

- _ Chimiothérapie pendant et à la fin du traitement d'un LH ou LNH
- _ Chirurgie ou radiothérapie d'un cancer thyroïdien folliculaire réfractaire à l'iode 131, pendant un traitement par « biothérapie »

8. Evaluation d'une masse résiduelle ou en cas de présomption objectivée d'une récurrence de :

- _ Tumeur pulmonaire ou intrathoracique
- _ Mélanome agressif (≥ stade IIc)
- _ Carcinome spinocellulaire cutané agressif
- _ Tumeur de la tête et du cou
- _ Tumeur d'origine œsophagienne
- _ Tumeur colo-rectale
- _ Lymphome
- _ Tumeur du foie et voies biliaires intra et extra-hépatiques
- _ Tumeur du pancréas
- _ Tumeur surrénalienne
- _ Tumeur de l'ovaire
- _ Tumeur utérine
- _ Tumeur vulvaire
- _ Tumeur testiculaire
- _ Sarcome musculo-squelettique
- _ Tumeur stromale du tractus digestif
- _ Carcinome thyroïdien, pas autrement détectable, réfractaire à l'iode¹³¹
- _ Tumeur neuroendocrine
- _ Tumeur prostatique à risque intermédiaire ou élevé
- _ Augmentation confirmée des marqueurs tumoraux d'un cancer de sein, de l'ovaire ou du testicule

9. Préalablement à l'inscription sur liste pour transplantation hépatique pour tumeur hépatique primitive

10. Evaluation d'une tumeur pédiatrique (< 16 ans) après décision de COM sauf neuroblastome

11. Evaluation d'une masse résiduelle ou de présomption objectivée d'une récurrence d'une tumeur maligne cérébrale ou en cas d'estimation du grade histologique d'une récurrence tumorale cérébrale (¹⁸F FDG & ¹⁸F-TYR).

12. Détermination de zones malignes métaboliquement actives pour délimiter un champ de radiothérapie.

13. Indication non reprise aux points 1-12 (indication dite « orpheline »)



Dans cette indication, le FDG n'est pas remboursé !!

Ces examens ne peuvent être réalisés qu'une seule fois par mois, **pour la même indication.**

Les examens PET/CT ne sont pas cumulables avec les scintigraphies osseuses, hépatiques ou cérébrales **pour la même indication dans le même mois.**

Les examens PET/CT doivent être prescrits par un médecin spécialiste (ou spécialiste en formation).



Médecine nucléaire

D^r G. LETESSON, Chef de Service

Tél. : 04 321 68 71

Fax : 04 321 88 18

Médecins :

D^r F. DAENEN

D^r G. LETESSON

D^r C. VAN DER REST

Rendez-vous :

04 321 68 72

PET : 04 321 74 01 (int)

04 321 66 17 (ext)

Secrétariat :

04 321 68 68

Fax : 04 321 88 18

<http://www.citadelle.be>



Citadelle
Hopital

