

Indikationsliste PET-CT

Tracer	Tumor	Indikation	Fragen bei Anmeldung:
--------	-------	------------	-----------------------

FDG

Mammakarzinom	Indikation	Empfohlen ?
Diagnose		nein
Staging	Lymphknotenstaging	nein
Rezidiv/Metastasen	Nachweis von Metastasen	bei klinischem Verdacht oder suspekter Bildgebung

Besteht ein klinischer Verdacht oder eine suspekter Bildgebung, gibt es eine therapeutische Konsequenz ? Wenn nicht dann keine Indikation.

Dickdarm	Indikation	Empfohlen ?
Diagnose		nein
Staging	Staging von Lebermetastasen	ja
Rezidiv/Metastasen	Nachweis von Metastasen oder Lokalrezidiv	ja

Besteht ein Verdacht aufgrund der Bildgebung (CT,MR) oder Tumormarkeranstieg ? Wenn nicht dann keine Indikation.

Speiseröhre	Indikation	Empfohlen ?
Diagnose		nein
Staging	Staging vor Therapie	ja, zur Erkennung von Fernmetastasen
Rezidiv/Metastasen		nein

Ist die Diagnose histologisch gesichert ? Wenn nicht, dann keine Indikation.

HNO Tumore	Indikation	Empfohlen ?
Diagnose	Diagnose des CUP,	ja
	Diagnose von HNO Tumoren	nein
Staging /Restaging		ja
Rezidiv/Metastasen		ja

Ist eine zervikale Lymphknotenmetastase histologisch nachgewiesen ?

Ist die Diagnose histologisch gesichert ?

Besteht ein klinischer Verdacht oder eine suspekter Bildgebung ?

Pankreas	Indikation	Empfohlen ?
Diagnose	Bei inkonklusivem CT oder MRT	ja

Wurde bereits ein MRT durchgeführt ?

Lymphom	Indikation	Empfohlen ?
Diagnose		nein
Staging	Staging	ja
	KM-Staging	ja
Rezidiv		Nur zur Kontrolle nach initialer Therapie oder bei Verdacht auf Rezidiv, keine Kontrolluntersuchung bei unauffälligem Befund.
Therapiemonitoring		ja

Ist die Diagnose histologisch gesichert, wenn nicht, dann keine Indikation. Liegt ein MALT-Lymphom vor, dann keine Indikation.

Wie lange ist die letzte Therapie (Chemo, Strahlentherapie) her ? Mindestabstand zur CHT 3 Wochen, zur Bestrahlung 12 Wochen.

Unmittelbar (1-3 d) vor nächstem CHT-Therapiezyklus.

Bronchialkarzinom	Indikation	Empfohlen ?
Diagnose	SPN	ja
Staging	NCLC	ja
	SCLC	bei gegebener klinischer Konsequenz
Rezidiv/Metastasen		ja

Wie groß ist die Läsion ? PET nur sinnvoll über 1 cm.

Besteht ein begründeter Rezidivverdacht aufgrund Bildgebung, Tumormarker ?

Melanom	Indikation	Empfohlen ?
Diagnose		nein
Staging	Distant metastases	ja
bei laufender Immuntherapie		ja
Rezidiv/Metastasen		ja

Welches Tumorstadium liegt vor ? PET ab TD >4 mm, Ulceration, hohe Mitoserate oder Stadium III-IV. Wurde eine Sentinel-LN exstirpation durchgeführt ? War diese positiv ? Bei negativem SLN kein PET.

Bei Verdacht aufgrund des klinischen Befundes oder suspekter Bildgebung oder S-100 Erhöhung.

Differenziertes Schilddrüsenkarzinom	Indikation	Empfohlen ?
Diagnose		nein
Staging		nein
Rezidiv/Metastasen	TG erhöht, negativer I-131 WBS	ja
	TG normal, I131 negative (surveillance)	nein

Bei erhöhtem TG und negativem posttherapeutischem J-131 GKS

Glioblastom	Indikation	Empfohlen ?
Diagnose	DD Low grade/high grade Gliom	ja
Rezidivverdacht	DD Rezidiv/Strahlennekrose	ja
	Entdifferenzierung eines niedriggradigen Glioms	ja
	Vor geplanter Biopsie	ja

Ist ein aktuelles MRT-vorliegend ?

Demenz	Indikation	Empfohlen ?
Diagnose	DD der Demenzen	ja
Diagnose	Vd. SDAT	ja

Entzündung	Indikation	Empfohlen ?
Diagnose	Vaskulitis	ja
Diagnose	FUO	ja

Weitere Indikationen mit noch unzureichender Evidenz	Indikation	Empfohlen ?
Cholangiozelluläres Karzinom	Diagnose	ja
Sarkome, mit Ausnahme Liposarkom	Staging/Restaging	ja
Ovarial-ca	Restaging	ja
Cervix-Ca	Restaging	ja
Nicht-seminomatöse Keimzelltumoren	Staging/Restaging	ja

Bei inkonklusiver Bildgebung und klinischer/therapeutischer Konsequenz.

Bei inkonklusiver Bildgebung und klinischer/therapeutischer Konsequenz.

Bei inkonklusiver Bildgebung, und klinischer/therapeutischer Konsequenz.

Bei inkonklusiver Bildgebung, unklarer TU-Marker-Erhöhung und klinischer/therapeutischer Konsequenz.

Bei inkonklusiver Bildgebung, unklarer TU-Marker-Erhöhung und klinischer/therapeutischer Konsequenz.

FET

Low-Grade Gliom	Indikation	Empfohlen ?
Diagnose, Ödem ..	DD Gliom vs. Gliomatose, Ödem..	
Ausdehnungsbeurteilung	vor geplanter Strahlentherapie	
	vor geplanter Biopsie	
Rezidivverdacht		

Ist ein aktuelles MRT-vorliegend ? Wenn dieses inkonklusiv, Festlegung des Biopsieortes.

F-Cholin

Leberzellkarzinom/ HCC / NSD-Adenom	Indikation	Empfohlen ?
Diagnose	bei klinischem Verdacht (AFP !) oder inkonklusiver Bildgebung	ja

Liegt ein aktueller MRT-Befund vor ? Wie hoch ist der AFP Wert ?

Ga-68 DOTANOC

Neuroendokrine Tumoren	Indikation	Empfohlen ?
Diagnose	bei klinischem Verdacht und endokrinologischer Abklärung (immer Rücksprache mit FA)	nur wenn Histo vorliegt, erhöhte Biomarker nicht valide
Staging	wenn histologisch gesichert, Proliferationsindex Ki-67 unter 20 %	ja
Restaging	wenn histologisch gesichert, Proliferationsindex Ki-67 unter 20 %	ja

Rücksprache mit FA

Ist der Proliferationsindex unter 20 %

Erhöhte Tumormarker, auffällige Bildgebung cave CGA bei atropher Gastritis, immer FA nachfragen.

Meningeom	Indikation	Empfohlen ?
	bei Progredienz und fehlender therapeutischer Option (RTX, OP)	Nachweis von Somatostatinrezeptoren zur Evaluation bzgl. Somatostatintherapie

Liegt ein aktuelles MR-Cerebri vor ?

F-DOPA

Karzinoid/Phäochromozytom/ Neuroblastom/ medulläres SD-Ca.	Indikation	Empfohlen ?
Diagnose	nach endokrinologischer Abklärung	ja
Staging		ja
Restaging		ja

Wurde eine Bestimmung der HIES-Ausscheidung im 24-h Harn durchgeführt ? Wie hoch sind die Katecholamine im 24-h Harn/Metanephine im Serum ?

Zur Festlegung des therapeutischen Procedere.

Nur bei klinisch, laborchem. Rezidivverdacht und susp. Bildgebung.

Ga-68 / F-18 PSMA/ DCFPyL

Prostatakarzinom	Indikation	Empfohlen ?
Diagnose	nein	nein
Staging	vor geplanter radikaler Prostatektomie oder bei PSA >20 ng/ml	ja, vor radikaler Prostatektomie
Restaging	bei unklarem PSA-Anstieg über 0.2 ng/ml /kurzer Verdopplungszeit	ja, bei unklarem PSA-Anstieg/kurzer Verdopplungszeit (3 Mo)

F-18 Flutemetamol (Betaamyloid, VIZAMYL)

Demenz	Indikation	Empfohlen ?
Diagnose	objektivierbare persistierende oder progrediente Gedächtnisprobleme und auffällige Ergebnisse in einer kognitiven Testung	ja
Diagnose	eine nicht-typische klinische Demenz-Präsentation	ja
Diagnose	ein atypisch junges Alter (< 65 Jahre) des Auftretens einer Demenz	ja