

D. C. E. M. 3
-----**CANCEROLOGIE - Dossier Transversal n° 1****JEUDI 10 JUIN 2004****Durée : 2 heures****1ère Session**

Mme T., 49 ans, sans antécédents particuliers en dehors de règles un peu abondantes sous dispositif intra-utérin (stérilet), vient vous voir en consultation devant l'apparition récente de selles noires.

1°) Quelle est la première cause que vous recherchez à l'interrogatoire ? Détaillez votre interrogatoire en précisant ce que vous recherchez ?

2°) L'interrogatoire retrouve une constipation ancienne et l'absence d'altération de l'état général. A l'examen clinique abdominal, le ventre est souple, discrètement météorisé, absence d'hépatosplénomégalie, absence d'ascite, bruits hydroaériques présents. Toutes les aires ganglionnaires sont libres. L'examen du col utérin au spéculum ne retrouve pas d'anomalie, les fils du dispositif intra-utérin sont visibles. L'examen cardio-pulmonaire est sans particularité. Absence d'ictère cutanéomuqueux.

Quel est l'élément fondamental de l'examen clinique absent de cette observation ?

3°) Le bilan biologique retrouve une concentration d'hémoglobine à 10 g/dl, avec un VGM à 75 μ 3, et une TCMH (teneur corpusculaire moyenne en hémoglobine) à 23 pg (normale > 27). Il existe également un syndrome inflammatoire, mais une absence d'anomalie du bilan hépatique et phosphocalcique. L'hémocult est positif. Comment qualifiez-vous cette anémie, et quels sont les 2 autres examens biologiques qu'il faut demander pour préciser son origine ? Discuter les étiologies principales en fonction de ces 2 examens.

4°) Quel est l'examen complémentaire à demander en première intention ?

5°) Il existe une tumeur de l'angle colique droit ulcéro-végétante, circonférentielle, saignant au contact. Quel est l'examen qui permet d'apporter le diagnostic ? Quel est le type histologique le plus fréquent de ces tumeurs et comment complétez-vous le bilan ?

6°) A l'issue de ce bilan, il n'y a pas d'anomalie morphologique abdominale, notamment hépatique, et pulmonaire. Quels sont les principes du traitement chirurgical à visée curative ? Réalisez-vous une radiothérapie pré-opératoire et si oui pourquoi ?

7°) L'exérèse est complète.

Il s'agit d'une tumeur classée pT3 N2 M0.

Quelle en est la signification ? Préconisez-vous un traitement adjuvant et si oui lequel ?

CANCEROLOGIE - Dossier Transversal n°2

Mr C., 60 ans, est adressé aux urgences de l'hôpital pour détresse respiratoire d'installation progressive sur quelques jours. L'examen clinique trouve un patient présentant un aspect bouffi du visage, discrètement rougeâtre, avec turgescence jugulaire et une circulation veineuse collatérale thoracique supérieure. L'auscultation pulmonaire révèle un wheezing et une diminution globale du murmure vésiculaire. L'ECG (électrocardiogramme) est normal, les GDS (gaz du sang) en air ambiant montrent une PaO₂ à 82 mmHg, une PaCO₂ à 40 mmHg, et un pH à 7,44. Sur la radiographie thoracique, on note un élargissement du médiastin supérieur, une volumineuse opacité médiastino-hilaire droite et un aspect emphysémateux.

Dans ses antécédents, on trouve un tabagisme à 70 PA (paquets/année), une symptomatologie de bronchite chronique depuis environ 10 ans, un émolisme (2 litres de vin/j) sévère, une arythmie complète par fibrillation auriculaire traitée (amiodarone), une hypertension artérielle systémique traitée (nicardipine). Biologiquement, la natrémie est à 127 mmol/L, la kaliémie à 3,7 mmol/L, la créatininémie à 81 µmol/L.

1. Quel est le nom du syndrome clinique que présente le patient ?
 2. Quels traitements instituez-vous en urgence ? En cas d'échec, quels traitements pourraient être envisagés les jours suivants ?
 3. Quel diagnostic suspectez-vous à l'origine de ce syndrome ? Justifiez.
 4. Le traitement débuté aux urgences a entraîné une amélioration clinique. Quels examens paracliniques prescrivez-vous pour confirmer votre diagnostic et évaluer l'extension de la maladie ?
 5. Votre bilan confirme votre diagnostic et montre que la maladie est localisée au thorax. Quels sont les principes du traitement ?
 6. Quel bilan fonctionnel devez-vous réaliser avant ce traitement et pourquoi ?
 7. Durant le traitement, alors qu'il est hospitalisé, Mr C. présente brutalement une douleur latéro-thoracique droite avec détresse respiratoire aiguë, sans fièvre. Quels sont les trois diagnostics à évoquer en premier lieu ?
 8. Quels sont les trois premiers examens complémentaires à réaliser en urgence ?
 9. Votre examen clinique montre un pouls à 120/mn, une polypnée à 36/mn, une tension artérielle à 90/50 mmHg, un tirage intercostal, une cyanose des extrémités, un hémithorax droit distendu, une absence de murmure vésiculaire à droite, une turgescence jugulaire. Quel diagnostic retenez-vous ?
 10. Quel traitement effectuez-vous immédiatement ?
-

CANCEROLOGIE

CORRECTION - Dossier Transversal n° 1

1°) Quelle est la première cause que vous recherchez à l'interrogatoire ?
 Décrivez votre interrogatoire en précisant ce que vous recherchez ?

Prise de fer (autres réponses pertinentes acceptées), traitement habituel

Altération de l'état général

Recherche de douleur abdominale, épigastrique, trouble du transit (constipation, diarrhées), ATCD d'anémie, bilan biologique ancien, rectorragies, métrorragies, prise d'AINS

ATCD personnels médicaux, chirurgicaux et gynécologiques

ATCD familiaux cancers et autres

Les étiologies possibles sont : prise de fer, pathologie digestive (ulcère gastrique, cancer colorectal), pathologie gynécologique (cancer du col, moins fréquemment endomètre).

2°) L'interrogatoire retrouve une constipation ancienne, et l'absence d'altération de l'état général. A l'examen clinique abdominal, le ventre est souple, discrètement météorisé, absence d'hépatosplénomégalie, absence d'ascite, bruits hydroaériques sans particularité. L'examen du col utérin au spéculum ne retrouve pas d'anomalie, les fils du dispositif intra-utérin sont visibles. L'examen cardio-pulmonaire est sans particularité. Absence d'ictère cutanéomuqueux.

Quel est l'élément fondamental de l'examen clinique absent de cette observation ?

- Touchers pelviens (toucher rectal, toucher vaginal)

3°) Le bilan biologique retrouve une concentration d'hémoglobine à 10 g/dl, avec un VGM à 75 μ 3, une TCMH (teneur corpusculaire moyenne en hémoglobine) à 23 pg (normale > 27). Il existe également un syndrome inflammatoire, mais une absence d'anomalie du bilan hépatique et phosphocalcique. L'hémocult est positif. Comment qualifiez-vous cette anémie, et quels sont les 2 autres examens biologiques qu'il faut demander pour préciser son origine ? Discuter les étiologies principales en fonction de ces 2 examens.

Anémie microcytaire, hypochrome

Ferritinémie :

- basse ou effondrée : carence martiale (soit pertes exagérées avec les hémorragies digestives ou génitales surtout chroniques), ou troubles de l'absorption
- normale ou augmentée : anémies inflammatoires, syndrome thalassémique, anémies sidérolatiques ou myéloblastiques

Taux de réticulocytes pour distinguer une anémie arégénérative ou non.

4°) Quel est le principal examen complémentaire à demander en première intention ?

Une fibroscopie digestive haute.

5°) Une coloscopie montre une tumeur de l'angle colique droit ulcéro-végétante, circonférentielle, saignant au contact. Quel est l'examen qui permet d'apporter le diagnostic ? Quel est le type histologique le plus fréquent de ces tumeurs et comment complétez-vous le bilan ?

Des biopsies au cours de la coloscopie avec examen anatomo-pathologique

Adénocarcinome lieberkhünien

Bilan :

Biologique : marqueurs ACE, CA19-9

Morphologique : RP (radio du thorax), scanner thoracique et abdomino pelvien

En fonction des signes cliniques : scintigraphie osseuse/ TDM (tomodensitométrie) cérébrale

Bilan pré-opératoire : ECG (électrocardiogramme), consultation d'anesthésie

6°) Quels sont les principes du traitement chirurgical à visée curative ?

Après préparation colique (discuté)

Exploration et bilan des lésions, appréciant le siège, l'extension locale, l'existence d'éventuelles métastases à distance ganglionnaires ou hépatiques

Ligature-section première des pédicules « à l'origine » des vaisseaux droits coliques supérieurs, coliques moyens, et iléo-caeco-colo-appendiculaires au contact de l'axe mésentérique supérieur

Exérèse emportant la fin de la dernière anse iléale, et le colon jusqu'au tiers droit du transverse (hémicolectomie droite)

Curage mésentérique supérieur (curage lymphatique mésocolique > 8 ganglions)

Marges de résection

Rétablissement de continuité effectué dans le même temps avec anastomose iléo-transverse termino-terminale ou termino-latérale

Réalisez-vous une radiothérapie pré-opératoire et si oui pourquoi ?

Non, traitement réservé aux cancers du rectum

7°) L'exérèse est complète.

Il s'agit d'une tumeur classée pT3 N2 M0,

Quelle en est la signification ?

Classification histo-pathologique = p

T3 : Tumeur envahissant à travers la musculuse, la sous-séreuse, ou les tissus péri-coliques en zone déperitonéalisée sans envahissement des organes de voisinage

N2 : Adénopathies régionales métastatiques (> 4)

M0 : Absence de métastases à distance

Préconisez-vous un traitement adjuvant et si oui lequel ?

Chimiothérapie à base de 5FU (fluoro-uracile) et d'acide folinique

CORRECTION - Dossier Transversal n° 2

1. Syndrome cave supérieur
2. En urgence :
 - Perfusion intraveineuse
 - Anticoagulant
 - Corticothérapie intraveineuse

En cas d'échec : Radiothérapie médiastinale
Prothèse endovasculaire
3. Cancer bronchique à petites cellules.
Justification :
 - Tabac
 - clinique bruyante et rapide
 - RxP : tumeur proximale
 - syndrome cave supérieur
 - hyponatrémie
4. Fibroscopie bronchique
 - Si négatif, médiastinoscopie
 - TDM (Tomodensitométrie) thoracique
 - Echographie ou scanner hépatique
 - TDM ou IRM (Imagerie par résonance magnétique) cérébrale
 - Scintigraphie osseuse
5. Radiochimiothérapie (ou radiothérapie et chimiothérapie) à base de sels de platine
6. - Explorations fonctionnelles respiratoires
 - Scintigraphie pulmonaire de ventilation-perfusion
car patient tabagique avec bronchopathie chronique risquant d'avoir une fonction pulmonaire limite (ou insuffisance respiratoire) et traitement par radiothérapie toxique sur le poumon
 - Echocardiographie
car patient aux antécédents d'énolisme et d'HTA risquant d'avoir une fonction cardiaque limite (ou insuffisance cardiaque) et traitement par chimiothérapie pouvant nécessiter une hyperhydratation
7. Pneumothorax
 - Embolie pulmonaire
 - Syndrome coronarien aigu
8. ECG (Electrocardiogramme)
 - GDS (Gaz du sang)
 - RxP (Radiographie du thorax)
9. Pneumothorax aigu suffocant
10. Exsufflation à l'aiguille
 - Oxygénothérapie
 - Remplissage