

PROCESSUS TUMORAUX

UE 2.9 ● SEMESTRE 5

Docteur ALAIN BOURGUIGNAT
GAËLLE DURAND
DOCTEUR KARIM FERHI
DOCTEUR JEAN OGLOBINE
DOCTEUR ÉRIC RASOLO
DOCTEUR ERTAN YILMAZ
DOCTEUR AREZKI YUCEF-KHODJA

Collection dirigée par Kamel Abbadi

Crédits photographiques

Mémo 15, page 73 : ph©H. Raguét/BSIP

Mémo 30, page 142 : ph©Living art Entreprises/BSIP

Mémo 39, page 195 : ph©Gustave Roussy

Images Servier : 16, 21, 63, 71, 104, 119, 131, 136, 145, 151, 167, 172, 175, 178, 181, 184, 185, 192 et 197.



« Le photocopillage, c'est l'usage abusif et collectif de la photocopie sans autorisation des auteurs et des éditeurs.

Largement répandu dans les établissements d'enseignement, le photocopillage menace l'avenir du livre, car il met en danger son équilibre économique. Il prive les auteurs d'une juste rémunération.

En dehors de l'usage privé du copiste, toute reproduction totale ou partielle de cet ouvrage est interdite. »

ISBN 978-2-216-12347-6

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans autorisation de l'éditeur ou du Centre français du Droit de copie (20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris), est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective, et, d'autre part, les analyses et courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (loi du 1^{er} juillet 1992 - art. 40 et 41 et Code pénal - art. 425).

Liste des auteurs

Docteur Alain Bourguignat

Hématologue

Praticien des Centres de Lutte contre le Cancer

Institut Curie-Hôpital René Huguenin - Saint Cloud

Gaëlle Durand

Infirmière,

Institut Bergonié,

Centre régional de Lutte Contre le Cancer de Bordeaux et du Sud-Ouest

Docteur Karim Ferhi

Chirurgien urologue

Praticien hospitalier à l'hôpital Robert Ballanger - Aulnay-sous bois

Attaché à la Pitié-Salpêtrière Paris

Docteur Jean Oglobine

Médecin biologiste

Ancien chef de service du laboratoire de biologie du Centre René Huguenin de Saint Cloud

Docteur Éric Rasolo

Chirurgien spécialiste en chirurgie pédiatrique et chirurgie réparatrice

Docteur Ertan Yilmaz

Hépatogastro-entérologue

Ancien chef de clinique à la Faculté,

Praticien hospitalier au Centre Hospitalier Général de Rodez

Docteur Arezki Youcef-Khodja

Praticien hospitalier en anatomie et cytologie pathologiques
au Centre hospitalier de Troyes

Collection dirigée par Kamel Abbadi

Professeur agrégé de biochimie – génie biologique

Responsable de l'enseignement de l'UE 2.1 –

IFSI Poissy/Saint-Germain-en-Laye

Référent de l'UE 2 (sciences biologiques et fondamentales) –

École Régionale des Infirmiers Anesthésistes

Poissy/Saint-Germain-en-Laye

Sommaire

Partie 1 Généralités sur les cancers et rôle infirmier en oncologie

1. Généralités et définitions.....	9
2. Épidémiologie des cancers.....	10
3. Rappels.....	14
4. Tumeurs bénignes et malignes.....	17
5. Le phénomène métastatique.....	20
6. Les facteurs cancérigènes et la cancérogénèse.....	24
7. Les classifications.....	30
8. Circonstances de découverte et signes cliniques des cancers.....	33
9. Particularités de la prise en charge et plans cancer.....	37
10. Dépistage et prévention.....	41
11. Les traitements.....	46
12. Les marqueurs tumoraux en cancérologie.....	57
13. Rôle infirmier en oncologie.....	59
14. Chambre implantable percutanée et rôle infirmier.....	63

Partie 2 Les cancers d'organe

15. Le cancer du sein.....	71
16. Cancers de l'appareil génital féminin (col, endomètre et ovaires).....	78
17. Cancer de prostate.....	86
18. Cancer de la vessie.....	91
19. Cancer du rein.....	94
20. Cancer du testicule.....	96
21. Cancers du poumon.....	98
22. Tumeurs malignes de l'œsophage.....	102
23. Tumeurs malignes de l'estomac.....	107
24. Tumeurs malignes du pancréas.....	111
25. Carcinome hépatocellulaire.....	114
26. Tumeurs malignes colorectales.....	119
27. Tumeurs malignes du canal anal.....	125
28. Cancers de voies aéro-digestives supérieures.....	129
29. Cancer de la thyroïde.....	136
30. Tumeurs malignes osseuses.....	141
31. Tumeurs cérébrales (malignes et bénignes) de l'adulte.....	145
32. Cancers de la peau.....	150
33. Cancers en pédiatrie : le neuroblastome.....	154
34. Cancers en pédiatrie : le néphroblastome.....	158

Partie 3 Oncohématologie

35. Particularités des cancers hématologiques	167
36. Leucémie myéloïde chronique	172
37. Leucémie lymphoïde chronique	178
38. Leucémies aiguës.....	184
39. Lymphomes	191
40. Myélome.....	197

Partie 4 QCM, QROC, situations cliniques et évaluations

QCM 1. Généralités sur les cancers	204
QCM 2. Les cancers gynécologiques.....	206
QCM 3. Les cancers urogénitaux	207
QCM 4. Les tumeurs bronchopulmonaires et des VADS	209
QCM 5. Processus néoplasiques digestifs	210
QCM 6. Les cancers de la thyroïde	214
QCM 7. Les cancers des os	215
QCM 8. Les cancers de la peau	216
QCM 9. Le neuroblastome	216
QCM 10. Le néphroblastome	217
QCM 11. Leucémie myéloïde chronique.....	217
QCM 12. Leucémie lymphoïde chronique	218
QCM 13. Leucémies aiguës.....	219
QCM 14. Lymphomes	220
QCM 15. Myélome.....	222
QROC	224
Cas cliniques	225
Situation clinique	226
Evaluation	227

Partie 5 Corrigés QCM, QROC

Corrigés QCM	236
Corrigés QROC	246
Corrigés Cas cliniques	248
Corrigés Situation clinique	249
Corrigés évaluation	250

1 Le dépistage

A. Généralités

► Définitions

- Le **dépistage** est la recherche et la découverte, par un examen systématique d'une lésion ayant une existence anatomo-pathologique alors que le sujet ne s'en plaint pas et se croit en bonne santé.
- À l'opposé, le **diagnostic précoce** est la découverte par l'examen d'une lésion à un stade précoce et qui a déjà donné lieu à des **symptômes**.

B. Objectifs

- Le dépistage n'a d'intérêt que s'il entraîne une baisse de la mortalité et de la morbidité.
- Les patients détectés par dépistage, survivent plus longtemps que les malades détectés au stade du diagnostic. Cette avance au diagnostic devra permettre une thérapeutique active, si possible moins mutilante qu'au stade symptomatique.

C. La procédure

La procédure de dépistage se décline selon deux approches différentes.

► Le dépistage de masse

Il existe actuellement en France deux campagnes nationales de dépistage.

- **Le dépistage du cancer du sein** chez les femmes de 50 à 74 ans pour lequel il est prévu une mammographie tous les 2 ans. Il est généralisé à la France entière. Il devrait permettre une baisse de 20 à 50 % de mortalité par cancer du sein.
- **Le dépistage du cancer colorectal**, il repose sur la réalisation d'un test de recherche de sang occulte dans les selles hémocult II®. Il est proposé tous les deux ans aux hommes et femmes âgés de 50 à 74 ans sans symptôme apparent ni antécédent familial de cancer colorectal. Ce test souffre d'une mauvaise compliance des sujets dans sa réalisation qui doit être exécutée 3 jours de suite.

► Sur le plan méthodologique

- La mise en place d'une campagne de dépistage est très lourde car plusieurs millions de sujets sont concernés.
- Il n'est efficace que si l'ensemble des personnes concernées participe et adhère à cette démarche, ce qui n'est pas toujours le cas.
- Il concerne obligatoirement les **cancers fréquents**.

► Le dépistage individuel

- Il représente le domaine privilégié du médecin traitant et sera orienté en fonction des facteurs de risque de chacun.
- Il devra cohabiter avec le dépistage de masse le cas échéant (cancer du sein).
- C'est aussi le domaine privilégié du dépistage des cancers professionnels dans le cadre de la médecine du travail.
- Un dépistage efficace en cancérologie nécessite la collaboration étroite entre deux acteurs :
 - un « bon examen » de dépistage ;
 - un « bon cancer » à dépister.

D. Les examens de dépistage

On définit la qualité d'un test de dépistage par les paramètres suivants : les vrais positifs, vrais négatifs, faux positifs, faux négatifs.

	Malades	Biens Portants	Total Tests	Valeur Prédictive
Test Positif	Vrai Positifs (VP)	Faux Positifs (FP)	Total Positifs (TP)	VPP=VP/TP
Test Négatif	Faux Négatifs (FN)	Vrai Négatifs (VN)	Total Négatifs (TN)	VPN=VN/TN
Total Tests	Total Malades (TM)	Total Biens Portants (TBP)		

$$\text{Sensibilité} = \text{VP/TM}$$

$$\text{Spécificité} = \text{VN/TBP}$$

Qualités d'un bon examen de dépistage

- **La sensibilité** est définie par la proportion de malades porteurs d'un cancer ayant le test positif.
 - Une sensibilité de 100 % signifie une absence de Faux Négatifs.
- **La spécificité** est définie par la proportion de bien portants qui ont un test négatif.
 - Une spécificité de 100 % signifie une absence de Faux Positifs.
- Un test de dépistage doit :
 - être facile à pratiquer, non agressifs et non douloureux ;
 - être accepté par les bien portants (surtout si on doit le répéter souvent) ;
 - n'avoir que peu d'effets secondaires ;
 - avoir un coût modéré et acceptable pour la société.

Conclusion

Un bon test de dépistage devra être **sensible**, ne pas laisser « passer » de cancers (pas de faux négatif) et **spécifique** (pas de faux positif) = **fiable**. Dans le cas contraire de nombreux examens pénibles, coûteux et inutiles seront pratiqués. Ces examens sont source d'anxiété pour des sujets bien portants.

E. Les cancers dépistables

Pour qu'un cancer soit dépistable il doit :

- être fréquent car la procédure de dépistage de masse sous-entend de mobiliser des moyens importants en terme de personnes et de matériel ;
- présenter une **phase préclinique** assez longue, au cours de laquelle il pourra être dépisté.

Remarque. Le dépistage d'un cancer est inutile :

- si la phase préclinique est trop courte (cancer du poumon, leucémies) ;
- s'il n'y a pas de véritable traitement ;
- s'il est d'emblée métastatique (cancer du pancréas) ;
- s'il peut être guéri au stade symptomatique (basocellulaire) ;
- s'il est très rare.

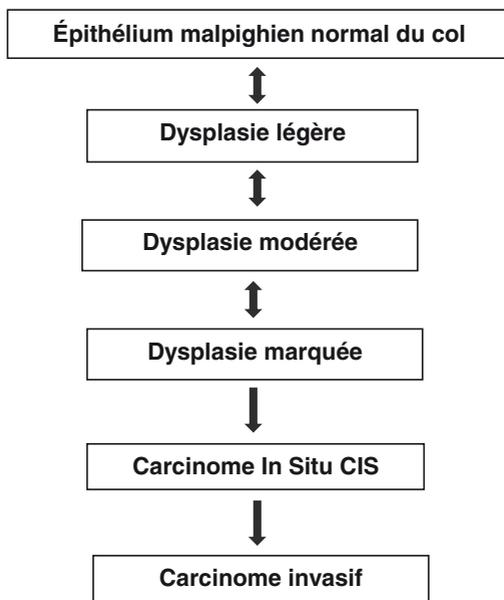
Conclusion

- Les limites du dépistage sont la survenue de cancers d'intervalle, c'est-à-dire entre 2 dépistages.
- Leur survenue peut être réduite si l'on diminue l'intervalle.
- Il faut trouver un juste milieu entre rentabilité de l'examen en terme de dépistage et de coût (humain, financier, etc.).

Exemple

Un cancer dépistable avec un bon test de dépistage : le frottis cervico-vaginal et cancer du col de l'utérus

- Le cytodiagnostics du cancer du col utérin par frottis est une technique simple :
 - sensible, **les faux négatifs** sont rares, à condition d'effectuer les frottis correctement ;
 - spécifique, **les faux positifs** sont rares.
- C'est une méthode rentable en terme de santé publique car le dépistage par frottis cervico-vaginal permet la détection de cancer *in situ*.
- Ce dépistage doit être effectué régulièrement chez les femmes et bien après la ménopause.
- Celui-ci sera pratiqué à partir de 25 ans tous les 3 ans après 2 frottis normaux à un an d'intervalle.



Histoire naturelle du cancer du col de l'utérus

Ce qui fait le grand intérêt du dépistage des dysplasies du col utérin c'est leurs **réversibilités**. Les dysplasies du col correctement traitées (traitement anti-inflammatoire et antiseptiques locaux) vont régresser et de fait **interrompre l'évolution** de celles-ci vers le cancer in situ. Il faut 10 ans d'évolution entre l'apparition d'une dysplasie légère et le CIS, ce qui laisse le temps au dépistage de passer et de jouer son rôle de prévention.

2 La prévention

La **prévention** représente l'ensemble des mesures destinées à éviter aux personnes qui pourraient y être exposées le risque de développer un cancer.

A. Prévention primaire

C'est la suppression des facteurs cancérogènes avant qu'ils aient induit la maladie.

- Elle implique la connaissance de la cause de la maladie.
- Elle est envisageable en cancérologie puisque certains facteurs cancérogènes sont connus.

Les cancers professionnels se prêtent très bien à ces actions de prévention primaire. Celle-ci sera faite dans le cadre de la médecine de la santé au travail. C'est le cas, par exemple, des molécules de chimiothérapie pour le personnel infirmier qui est amené à les manipuler.

B. La prévention secondaire

C'est la détection et le traitement des lésions précancéreuses avant qu'elles se soient transformées en cancer. Cet aspect est lié au dépistage.

C. La prévention tertiaire

C'est la prévention des complications une fois la maladie développée. Les démarches de prévention en cancérologie sont fonctions des données épidémiologiques et de la connaissance des facteurs cancérigènes. Cette démarche est difficile car dans la très grande majorité des cas le facteur cancérigène est inconnu.

Exemple

- La lutte contre certaines affections les hépatites B et C et cancers du foie.
- La lutte contre certaines MST Papilloma virus et cancer du col.
- Le tabac et l'alcool et les cancers du poumon et ORL.
- Le soleil et les cancers cutanés : spino et basocellulaires et mélanomes.
- Les cancers professionnels :
 - amiante et cancer de la plèvre ;
 - benzène et leucémie ;
 - sciure de bois et cancer de l'éthmoïde.

La meilleure action de prévention dans le domaine de la santé reste la vaccination. En cancérologie il n'y a qu'un seul exemple, le cancer du col de l'utérus.

► Vaccin anti-HPV 6-11-16-189

Les virus HPV sont à l'origine de plus de 99 % des cas de cancer du col de l'utérus, ils sont très répandus et facilement transmissibles d'une personne à une autre. Jusqu'à 70 % des femmes sexuellement actives sont susceptibles d'être infectées par ces virus à un moment ou un autre de leur vie.

• **Le Haut Conseil de la Santé Publique Français, concernant le vaccin, recommande :**

- la vaccination des jeunes filles de 12 ans ;
- vaccination à proposer en rattrapage aux jeunes filles et aux jeunes femmes de 15 à 23 ans qui n'auraient pas eu de rapports sexuels ou au plus tard, dans l'année suivant le début de la vie sexuelle.

Attention. La vaccination ne dispense pas du frottis de dépistage, car elle ne protège pas contre tous les cancers du col. La vaccination devra trouver sa place dans une démarche cohérente de dépistage et de prévention. Le risque est d'entraîner une fausse sécurité chez certaines patientes qui pourrait négliger le dépistage, se croyant totalement protégé.

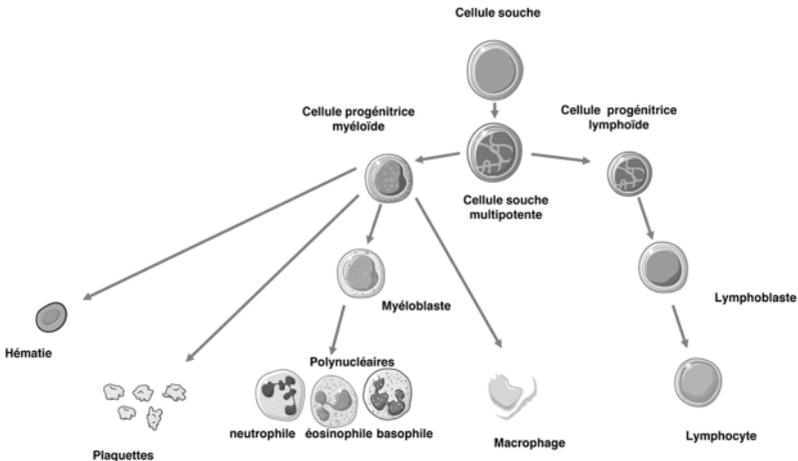
Leucémie myéloïde chronique

1 Définitions et généralités

Il s'agit d'une prolifération maligne qui prend naissance dans la moelle osseuse et qui constitue donc, étymologiquement, un **syndrome myéloprolifératif**.

La prolifération résulte d'un dysfonctionnement survenant au niveau d'une cellule-souche dite pluripotente (la cellule est dite pluripotente car elle a la capacité de se transformer en n'importe quelle cellule du sang : leucocytes, hématies et plaquettes).

Dans la **Leucémie Myéloïde Chronique (LMC)**, l'anomalie conduit à l'accumulation de leucocytes dans la moelle et dans le sang : il s'agit de polynucléaires et de tous les précurseurs du polynucléaire qui ne sont, habituellement, présents que dans la moelle (ce phénomène est appelé **myélémie**).



La leucémie myéloïde chronique est le syndrome myéloprolifératif le plus fréquent, représentant 15 à 20 % de tous les cas de leucémie. Son incidence annuelle a été estimée à 1 à 1,5 cas pour 100 000 personnes, environ 600 nouveaux cas par an en France.

L'incidence augmente au fur et à mesure que l'âge avance et l'on constate une très légère prédominance masculine.

La maladie évolue typiquement en trois phases : une phase chronique, une phase d'accélération et une phase de leucémie aiguë (LMC-CB) le plus souvent mortelle.

La majorité des patients est diagnostiquée durant la phase chronique. Le pronostic et l'évolution ont été transformés par la découverte d'une anomalie chromosomique associée à cette maladie (translocation entre

les chromosomes 9 et 22) qui a permis de comprendre sa physiopathologie et de mettre au point un traitement spécifique ou thérapie ciblée. Cette découverte est, d'ailleurs, considérée comme un modèle de leucémogénèse que l'on tente d'appliquer à d'autres maladies tumorales. Les facteurs étiologiques de la maladie ne sont pas connus.

2 Clinique

La découverte de la LMC est, dans la majorité des cas, fortuite (découverte d'une numération-formule sanguine anormale).

Sinon le début est insidieux et peu spécifique : asthénie, amaigrissement, douleurs de l'hypocondre gauche.

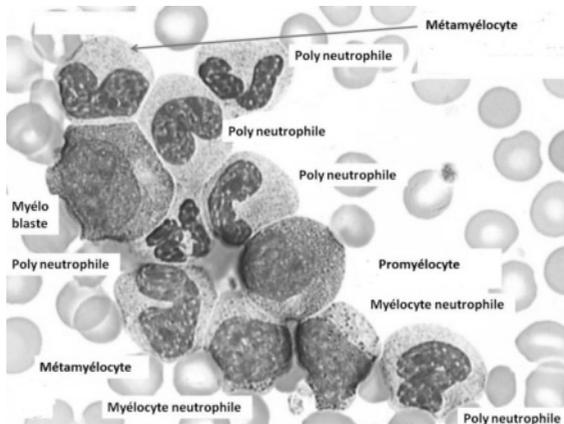
Rarement la maladie est révélée par des complications :

- thromboses veineuses ;
- crise goutteuse.

L'examen physique se résume à la découverte d'une **splénomégalie**.

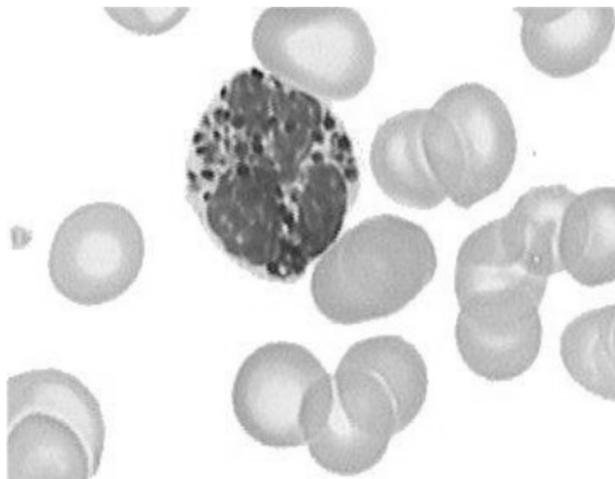
3 Biologie

- La numération retrouve :
 - une hyperleucocytose, souvent majeure, le plus souvent supérieur à 50 000/mm³ pouvant atteindre dans de rares cas 1 000 000/mm³ ;
 - parfois une anémie modérée ;
 - les plaquettes sont normales ou élevées (> 400 000/mm³).
- La formule montre :
 - une augmentation de tous les polynucléaires : neutrophiles, éosinophiles et **basophiles** (l'augmentation des basophiles n'est pratiquement observée que dans la LMC) ;
 - une **myélémie** (cellules représentant tous les stades de maturation entre le myéloblaste et le polynucléaire) : métamyélocytes, myélocytes, promyélocytes ;
 - les éléments les moins différenciés de la lignée, les myéloblastes sont < 5 %.



LMC (frottis sanguin montrant l'hyperleucocytose et la myélémie)

D'après Hematocell.fr CHU Angers



Polynucléaire basophile (granulations basophiles)

D'après Hematocell.fr CHU Angers

Le myélogramme sternal n'apporte rien au diagnostic mais permet de réaliser le caryotype c'est-à-dire l'étude des chromosomes du patient. Le caryotype montre la présence du **chromosome Philadelphie** ; il a, en effet, été identifié dans la ville de Philadelphie ; il s'agit d'un chromosome 22 un peu plus court.

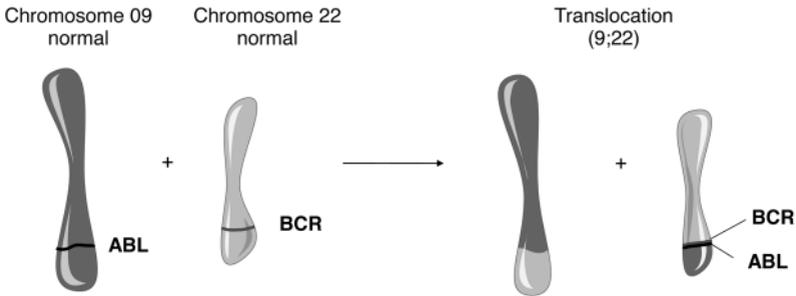
Cette anomalie résulte d'un transfert de matériel génétique déséquilibré entre le chromosome 9 et le chromosome 22. On nomme ce type d'anomalie chromosomique une **translocation**.

Translocation qui met en contact sur le chromosome 22 un fragment du gène appelé BCR et un fragment d'un gène situé sur le chromosome 9 appelé ABL.

Le gène hybride, ainsi créé, est nommé BCR/ABL ; il est transcrit en un ARN messager nommé « transcrit BCR/ABL ».

L'ARN messager est traduit en une protéine enzymatique BCR/ABL (elle a une activité de phosphorylation d'où son nom de Tyrosine Kinase) ; **elle est responsable du dérèglement cellulaire responsable de la maladie.**

Le transcrit BCR/ABL est dosable dans le sang des patients et permet une surveillance fine de la maladie pendant son traitement.



LMC (schéma de la translocation 9;22)

4 Évolution

Avec les traitements classiques l'évolution de la maladie se faisait inéluctablement vers une transformation en leucémie aiguë, de pronostic très défavorable et d'issue fatale en quelques mois.

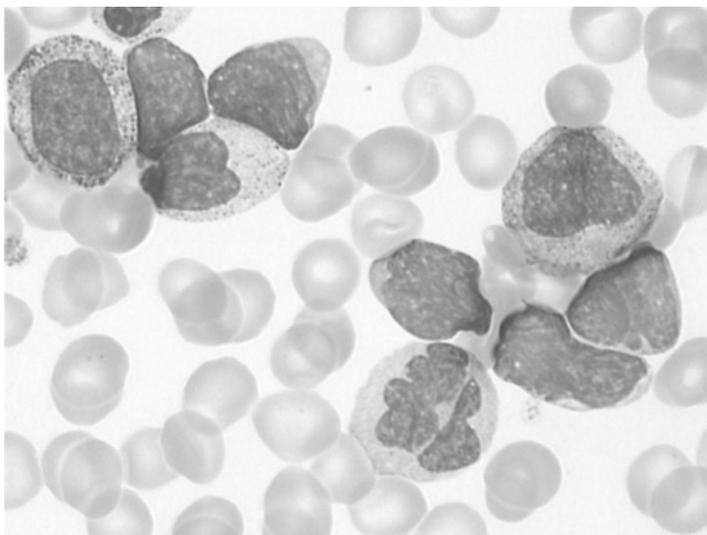
La médiane de survenue de cette complication se situait entre 4 et 5 ans.

L'évolution était caractérisée par la survenue de signes cliniques d'**insuffisance médullaire** et des manifestations tumorales :

- signes liés à l'anémie : pâleur, dyspnée, tachycardie ;
- signes liés à la neutropénie : fièvre, infections à répétition ;
- signes liés à la thrombopénie : purpura, hémorragies muqueuses ;
- augmentation de la splénomégalie, douleurs osseuses, apparition d'adénopathies.

Au plan biologique on observe :

- **NFS** :
 - anémie et thrombopénie ;
 - augmentation des basophiles ;
 - diminution de la myélémie et augmentation de la blastose.
- **Myélogramme** : il est, cette fois, indispensable au diagnostic en montrant un aspect de leucémie aiguë avec prédominance de Blastes, toujours > 20 %.
- **Caryotype** : il montre des anomalies additionnelles telles que le doublement du chromosome Philadelphie, une trisomie 8 (+ 8, un 3^e chromosome 8), une trisomie 7 (+ 7), des délétions (perte d'une partie ou de la totalité d'un chromosome).



LMC (frottis sanguin montrant un aspect de transformation aiguë, la plupart des cellules ont des blastes)

D'après Hematocell.fr CHU Angers

5 Traitement

A. Traitements classiques

- **Chimiothérapie par agents alkylants**

- Hydroxyurée (500 à 2 000 mg/j *per os*) et Busulfan (1 à 2 mg/j *per os*) : elle permettait de contrôler la numération à condition que l'administration soit continue, en adaptant les doses à la numération mais sans jamais obtenir de Rémission Complète ni éviter la transformation aiguë.
- Interféron $\alpha 2a$ (9 MUI en SC) : il a permis d'obtenir des RC.
- Intensification thérapeutique avec allogreffe de moelle : c'était le seul moyen d'obtenir des RC, au prix d'une toxicité élevée qui la faisait réserver aux patients les plus jeunes, bénéficiant d'un donneur compatible.

B. Traitements actuels

Les inhibiteurs de l'enzyme BCR/ABL (tyrosine kinase) qui réalisent une thérapie ciblée.

Imatinib ou Glivec (400 à 600 mg/j *per os*), Nilotinib ou Tasigna (600 mg/j *per os*), Dasatinib ou Sprycel (100 mg/j *per os*).

Ces traitements permettent d'obtenir une rémission complète, en phase chronique, dans la grande majorité des cas :

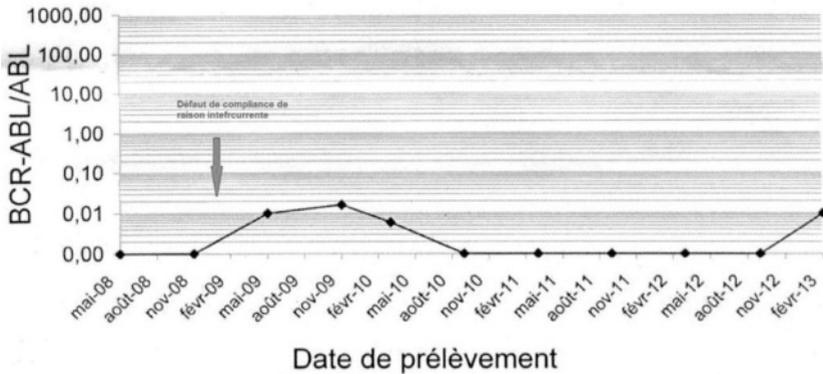
- rémission clinique avec disparition de la splénomégalie ;

- rémission hématologique avec normalisation de la numération-formule sanguine ;
- rémission cytogénétique avec disparition du chromosome Philadelphie ;
- rémission « dite moléculaire » avec disparition du transcrit BCR/ABL dans le sang.

Ces rémissions complètes sont de longue durée et le problème actuel est de savoir si le traitement peut être interrompu.

Des essais sont menés pour suivre l'évolution de la maladie chez des patients pour lesquels le traitement a été interrompu après deux années où le transcrit BCR/ABL était indétectable.

Cinétique BCR-ABL/ABL



**Exemple de cinétique du transcrit BCR/ABL
chez un patient en rémission moléculaire
La prise médicamenteuse (Glivec) a été interrompue**

1. La toux, l'hémoptysie, l'amaigrissement et le souffle court sont les symptômes les plus fréquents en cas de :

0 | 1

- ◇ A cancer du corps utérin
- ◇ B tumeur de cerveau
- ◇ C cancer bronchique
- ◇ D cancer de la langue

2. Le diagnostic du cancer du poumon est confirmé par :

0 | 1

- ◇ A le scanner thoracique
- ◇ B la scintigraphie
- ◇ C les radiographies thoraciques
- ◇ D la biopsie de la lésion

3. Le cancer du rhinopharynx est une tumeur maligne :

0 | 1

- ◇ A du larynx
- ◇ B des amygdales
- ◇ C du cavum
- ◇ D des cordes vocales

4. Une masse arrondie située en avant de l'oreille comblant le sillon rétro-mandibulaire est susceptible d'être :

0 | 1

- ◇ A une tumeur de la parotide
- ◇ B une tumeur de lobe de l'oreille
- ◇ C une tumeur de la glande sous maxillaire
- ◇ D aucune de ces réponses

5. Concernant le cancer des poumons :

0 | 1

- ◇ A le tabac n'est pas le principal facteur de risque
- ◇ B si on cesse de fumer avant l'apparition du cancer, les lésions pulmonaires causées par le tabac commenceront à guérir
- ◇ C manipuler l'amiante peut augmenter le risque de développer le cancer du poumon
- ◇ D le syndrome de compression de la veine cave supérieure peut constituer un symptôme du cancer du poumon

6. Concernant les modalités de traitement du cancer du poumon :

0 | 1

- ◇ **A** la chimiothérapie est indiquée en cas de métastases
- ◇ **B** la radiothérapie permet de traiter le cancer du poumon en empêchant la croissance de la tumeur
- ◇ **C** la chirurgie convient seulement lorsque la tumeur est petite et circonscrite
- ◇ **D** le traitement est discuté lors des réunions pluridisciplinaires des établissements de santé

7. Devant une gêne lors de la mastication, de la découverte d'un ganglion cervical, de douleur de l'oreille intermittentes en éclair chez un adulte d'âge mûr, fumeur et alcoolique : on pensera avant tout à un :

0 | 1

- ◇ **A** cancer du larynx
- ◇ **B** cancer de la parotide
- ◇ **C** cancer des lèvres
- ◇ **D** cancer de la langue

8. Quel est le type histologique le plus fréquent dans les cancers du larynx :

0 | 1

- ◇ **A** angiosarcome
- ◇ **B** adénocarcinome
- ◇ **C** carcinome épidermoïde
- ◇ **D** carcinome adénoquameux

Résultats

| 8

QCM 5 Processus néoplasiques digestifs

SCORE

1. Parmi les propositions suivantes concernant le cancer de l'œsophage, lesquelles sont exactes ?

0 | 1

- ◇ **A** il s'agit d'une affection acquise, avec une prédominance masculine
- ◇ **B** la hernie par glissement prédispose au cancer de l'œsophage
- ◇ **C** le cancer de l'œsophage peut être asymptomatique, de découverte fortuite
- ◇ **D** la dysphagie est le maître symptôme

2. Parmi les propositions suivantes concernant le cancer de l'œsophage, lesquelles sont inexactes ?

0 | 1

- ◇ **A** il en existe deux types anatomo-pathologiques essentiellement : épidermoïde et glandulaire
- ◇ **B** l'IRM est nécessaire au diagnostic
- ◇ **C** la fibroscopie gastrique est utile au diagnostic
- ◇ **D** il est favorisé par la hernie hiatale

QCM 4 Les tumeurs bronchopulmonaires et des VADS

1 ▶ ◇ A ; B : FAUX.

◇ C : VRAI.

◇ D : FAUX.

Ce sont effectivement les symptômes classiques du cancer bronchique (pulmonaire) qui selon l'OMS est la cause la plus fréquente de décès par cancer chez les hommes et après le cancer du sein chez les femmes.

2 ▶ ◇ A ; B ; C : FAUX.

◇ D : VRAI.

C'est le médecin anatomopathologiste qui confirme le diagnostic de malignité sur examen d'un échantillon biopsique prélevé sur la tumeur (par le radiologue ou le chirurgien).

3 ▶ ◇ A ; B ; C : FAUX.

◇ D : VRAI.

Le rhinopharynx appelé aussi cavum est la partie supérieure rétro-nasale du pharynx, située sous la base du crâne et caché derrière le voile du palais.

4 ▶ ◇ A : VRAI.

◇ B ; C ; D : FAUX.

La parotide est une glande salivaire majeure qui représente plus de 80 % de l'ensemble des tumeurs salivaires. La chirurgie de cette glande est difficile à cause du nerf facial qui traverse la parotide.

5 ▶ ◇ A : FAUX.

◇ B ; C ; D : VRAI.

Le tabac est le facteur de risque N° 1 dans plus de 80 % des cancers des poumons. Le syndrome cave est la conséquence du développement du cancer dans une veine qui achemine le sang de la partie supérieure du corps vers le cœur et l'obstrue avec comme conséquence le reflux du sang dans les veines du visage, du cou et de la partie haute du thorax.

6 ▶ ◇ A ; B ; C ; D : VRAI.

Selon le stade clinique du cancer, la tumeur peut être traitée par la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie. Chaque stratégie est discutée lors des réunions ou staffs pluridisciplinaires. Le traitement est choisi en fonction du stade clinique, de l'état général du malade et des conséquences des effets indésirables des médicaments.

7 ► ◇ A ; B ; C : FAUX.**◇ D : VRAI.**

Ce sont quelques-uns des symptômes du cancer de la langue qui peut siéger aussi bien à la base de la langue qu'au niveau de sa partie mobile.

8 ► ◇ A ; B : FAUX.**◇ C : VRAI.****◇ D : FAUX.**

Le carcinome épidermoïde ou malpighie est une tumeur qui se développe aux dépens d'un revêtement malpighie. Ils représentent la quasi-totalité des cancers de la sphère ORL, du col de l'utérus de la majorité des cancers de la vessie et des bronches. On notera la très forte corrélation entre ces cancers d'horizons divers et le tabagisme.

QCM 5 Processus néoplasiques digestifs**1 ► ◇ A : VRAI.****◇ B : FAUX.****◇ C ; D : VRAI.**

Il s'agit d'une affection acquise à prédominance masculine. La hernie hiatale n'y prédispose pas. La dysphagie est le maître symptôme.

2 ► ◇ A : FAUX.**◇ B : VRAI.****◇ C : FAUX.****◇ D : VRAI.**

L'IRM est inutile au diagnostic. La fibroscopie gastrique est utile. La hernie hiatale n'y prédispose pas.

3 ► ◇ A ; B ; C : VRAI.**◇ D ; E : FAUX.**

Sauf point d'appel, la scintigraphie osseuse et le scanner cérébral ne sont pas nécessaires.

4 ► ◇ A : VRAI.**◇ B ; C : FAUX.****◇ D : VRAI.**

Le pyrosis correspond à des brûlures rétrosternales mais n'est pas évocateur d'un cancer de l'œsophage.