

ONCOLOGIE

Épreuve de Vérification des Connaissances Pratiques

Sujet :

Cas Clinique N°1 :

Une femme âgée de 37 ans s'est autopalpée une masse du sein droit. Elle a consulté son médecin traitant qui l'adresse à l'hôpital dans le circuit de sénologie.

La palpation a retrouvé un nodule de 3 cm, induré, au niveau du quadrant inféro-externe avec adénopathie axillaire. La mammographie et l'échographie montrent une lésion classée ACR 5 de 34 mm de grand axe avec une adénopathie suspecte. Une biopsie est réalisée sur la masse ainsi que sur l'adénopathie.

Le résultat anatomopathologique est carcinome non spécifique de type canalaire infiltrant RO (récepteurs aux œstrogènes) négatif, RP (récepteurs à la progestérone) négatif, Her 2 négatif (expression 1+), de grade III, Ki 67 à 90%.

La biopsie axillaire est positive. Le dossier est discuté ensuite en Réunion de Concertation Multidisciplinaire.

Question N°1 :

Quel est selon vous le stade de la maladie au vu des données mentionnées ? Quelle sera la stratégie envisagée dans un premier temps si la maladie est localisée ?

Question N°2 :

La patiente est vue par l'oncologie référent. Quels sont les agents thérapeutiques envisagés et détaillez le protocole à administrer ?

Question N°3 :

En fonction du traitement que vous avez envisagé, quels sont les éléments d'interrogatoire recherchés ?

Quel bilan paraclinique et biologique demandez-vous en sachant que le TEP scanner demandé est normal ?

Question N°4 :

Elle a eu le traitement proposé. Il est réalisé une mastectomie partielle et il est noté un reliquat du carcinome infiltrant de 11 mm, ganglion sentinelle négatif RO-RP-, absence de contingent in situ, absence d'embols vasculaires, limites d'exérèse saines.

Une radiothérapie est indiquée. Donner les volumes cibles d'irradiation ?

Question N°5 :

Un traitement médical adjuvant peut être envisagé. Le ou lesquels ?

Cas Clinique N°2 :

Madame M, âgée de 76 ans présente une démarche ébrieuse depuis 15 jours avec des céphalées invalidantes. Elle n'a pas de fièvre. Elle se présente aux urgences. Dans ses antécédents, on note une œsophagite de Barrett. Par ailleurs, elle est tabagique avec une intoxication non sevrée à 40 paquets années. Le poids est de 50 Kg, pour un poids habituel de 54 Kg (- 4 Kg en 2 mois) pour 167 cm. Par ailleurs, pas d'autre symptôme. Performance status OMS 2. Un scanner cérébral sans injection est effectué aux urgences, concluant à masse cérébelleuse d'allure secondaire, mesurée à 27 x 22 mm.

Question N°1 :

Dans ce contexte, quelles sont les 2 tumeurs primitives les plus probables de cette métastase cérébelleuse ?

Question N°2 :

Quel(s) sont les 3 examen(s) d'imagerie(s) à envisager ?

Question N°3 :

Dans le cas d'une métastase cérébelleuse unique dont le primitif est connu, quels sont les deux traitements principaux possibles pour cette métastase ?

Les imageries demandées ont été effectuées dont voici les conclusions : lésion spiculée bilobée partiellement excavée de l'apex pulmonaire gauche mesurée à 15 x 10 mm de plus grand diamètre perpendiculaire en axial, hautement suspecte de néoplasie. Atteinte ganglionnaire secondaire médiastino-hilaire plurifocale ipsilatérale.

Lésion tumorale intra-axiale cérébelleuse unique gauche de 3 cm à l'origine d'un effet de masse sur le V4 et l'aqueduc du mésencéphale avec hydrocéphalie tri-ventriculaire en amont.

Question N°4 :

Quel traitement proposer vous de la métastase cérébelleuse, dans le cas précis de cette patiente ?

Le prélèvement conclut à un adénocarcinome TTF1 positif en relation avec une origine broncho-pulmonaire.

Question N°5 :

Qu'attendez-vous en plus de ce résultat du prélèvement anatomo-pathologique ?

Question N°6 :

Vous commencez par établir le score G8 pour voir si-il y a nécessité d'une évaluation onco-gériatrique. Donnez un minimum de 5 items qui compose ce test ? Et à partir de quel score faut-il adresser la patiente pour une évaluation onco-gériatrique ?

Cas Clinique N°3 :

Vous voyez en consultation Mlle L., 37 ans, fille d'une patiente que vous avez pris en charge pour un cancer du côlon diagnostiqué à l'âge 55 ans. Elle vous pose la question de savoir quel examen pratiquer dans le cadre du dépistage du cancer du côlon. Cette patiente a pour seul antécédent personnel une appendicectomie à l'âge de 13 ans. Elle ne prend comme traitement qu'une pilule contraceptive.

Question N°1 :

Que pensez-vous de l'indication de coloscopie chez cette patiente ? Décrire les modalités du dépistage du cancer colo-rectal en France en 2024.

Question N°2 :

Vous décidez de réaliser une coloscopie. La coloscopie met en évidence une lésion tumorale de la jonction recto-sigmoïdienne et le reste de l'examen est normal. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien est normal. La patiente est opérée avec exérèse de sa tumeur par colectomie gauche. Les suites sont simples. Le compte rendu anatomo-pathologique conclut à un adénocarcinome lieberkunien pT3N1.

Quel traitement proposez-vous, pour quelle durée, et de quel(s) examen(s) complémentair(es) avez-vous besoin en France avant de débiter ce traitement ?

Question N°3 :

Deux ans plus tard la patiente a un bilan de surveillance qui montre l'apparition d'un foie multi-nodulaire avec atteinte des 2 lobes du foie et métastases pulmonaires multiples. Elle est en bon état général, avec un PS à 0 et se plaint d'une fatigue sans autres symptômes. La tumeur est KRAS sauvage, BRAF V600E sauvage, HER2 non surexprimé et pMMR. Quel traitement préconisez-vous à cette patiente ? Comment évaluez-vous la réponse au traitement et à quelle fréquence l'évaluez-vous ?

Question N°4 :

Après avoir reçu l'ensemble des chimiothérapies et thérapies ciblées (Fluoropyrimides, oxaliplatine, irinotecan, anticorps anti-VEGF et anticorps anti-EGFR), quelles sont les possibilités de nouvelles lignes de traitement ?

Question N°5 :

Quels sont les deux plus fréquentes prédispositions familiales au cancer colo-rectal ? Si la tumeur de cette patiente était dMMR/MSI, quel serait le standard thérapeutique en première ligne métastatique avec le tableau décrit de métastases hépatiques et pulmonaires ?

Cas clinique N°4 :

Patiente de 77 ans, aux antécédents d'HTA traitée il y a 3 ans pour un carcinome séreux ovarien de haut grade de stade IIIc par chirurgie optimale R0 suivie de 6 cycles de Carboplatine Paclitaxel. Elle consulte récemment pour des douleurs abdominales avec ballonnements et prise de poids rapide de 3 kg. Sur le scanner thoraco-abdomino-pelvien est visualisé une carcinose sous la forme de nodules péritonéaux avec ascite de moyenne abondance avec épanchement de faible abondance. Le CA 125 est 220 UI/mL (N< 35 UI/mL) et l'ACE est normal. Score G8 16/17. Performance status à 1. Une nouvelle laparotomie exploratrice est décidée en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire, avec présence d'une carcinose diffuse au niveau de la cavité abdominale et remontant jusqu'aux coupes diaphragmatiques. Les biopsies confirment une rechute de carcinome séro-papillaire de haut grade.

Question N°1 :

Comment caractérisez vous le type de rechute et quel(s) protocole(s) de chimiothérapie proposez vous ?

Question N°2 :

Quels éléments vont vous aider à la décision du traitement systémique complémentaire ?

Question N°3 :

Quel(s) traitement(s) spécifique(s) pouvez vous associer à la chimiothérapie ou à poursuivre après la chimiothérapie ?

Question N°4:

Une aplasie fébrile survient à J5. Faut il débiter du G-GCF ? Quelle attitude retenir pour l'usage du G-CSF lors du cycle 2.

Question N°5 :

Pensez vous qu'il existe une place pour la chirurgie d'exérèse ? Argumentez.