

ONCOLOGIE

Épreuve de Vérification des Connaissances Pratiques

Sujet : 1

.....

Vous recevez un patient de 77 ans avec un diagnostic de cancer de la prostate : adénocarcinome score de Gleason 8 (4+4), ISUP 3, PSA à 23 ng/ml, métastatique osseux avec 5 localisations osseuses (grill costal 2 lésions, T3, L4 et fémur droit) sur un bilan comprenant scintigraphie osseuse et scanner TAP.

Question 1

Comment classez-vous votre patient en termes de Volume / risque ?

Question 2

Quel(s) bilan(s), en sus du bilan d'extension, ferez-vous avant de décider du traitement ?

Question 3

La RCP décide un blocage hormonal central. En complément pour ce patient, quelles sont les options thérapeutiques ayant une AMM et un remboursement (citer le nom DCI des molécules) ?

Question 4

Quel type d'accompagnement en soins de support proposez-vous (citer plusieurs items) ?

Question 5

Comment suivez-vous votre patient et à quel rythme ?

Sujet : 2

.....

Mr C. est un patient de 68 ans, ayant des antécédents d'hypertension artérielle (HTA) et de diabète non insulino-dépendant (DNID). Il consulte en urologie pour des hématuries macroscopiques évoluant depuis quelques semaines. A l'examen clinique, on ne retrouve pas d'altération de l'état général récente, taille 1,67 m, poids 76 kg, correspond à son poids habituel. L'examen cystoscopique, met en évidence une volumineuse lésion polyploïde du dôme vésical, qui est réséquée.

L'histologie est en faveur d'un carcinome urothélial de haut grade, infiltrant le chorion et le muscle vésical.

On relève la présence focale de CIS en surface

Le bilan d'extension limité à un scanner thoraco-abdomino-pelvien (TAP) est négatif. On retrouve uniquement un épaissement aspécifique de la paroi du dôme vésical.

Dans le bilan biologique, la numération formule sanguine (NFS) est normale en dehors d'un taux d'hémoglobine un peu bas à 11,5 g/dl ; la créatininémie est mesurée à 77 $\mu\text{mol/l}$; le bilan hépatique (phosphatases alcalines, bilirubine, ALAT, ASAT, gamma-GT) est normal.

Question 1

Quel est le stade de la maladie ? Pourquoi ? Quel type de traitement envisagez-vous compte tenu de ce stade ? Pourquoi ?

Question 2

Une chimiothérapie est finalement proposée. Le protocole est à base d'anthracycline et est administré toutes les 2 semaines. De quel protocole s'agit-il ? Donnez le nom des produits qui le composent ?

Question 3

Quel examen est nécessaire dans le cadre du bilan pré thérapeutique de cette anthracycline ? Donnez la dose maximale cumulée autorisée de ce produit.

Question 4

Le patient reçoit finalement 4 cycles de chimiothérapie avec une tolérance marquée notamment par une perte de poids importante (-5kgs). Il est opéré. L'histologie de la pièce retrouve un carcinome urothelial ypT2 ypN1 , avec une réponse à la chimiothérapie estimée à moins de 50% et un ganglion envahi au curage ilio-obturateur droit.

Quel traitement complémentaire pouvez-vous proposer à ce patient ? Sur quelle(s) indication(s) ?

Question 5

Après 4 injections de ce traitement, le patient décrit l'apparition d'une diarrhée invalidante (jusqu'à une douzaine de selles par jour), avec quelques épisodes d'incontinence fécale, associée à des douleurs abdominales et à deux épisodes de rectorragies peu intenses. Quel effet indésirable grave de ce traitement suspectez-vous ? De quel grade ? Quel examen spécialisé devez-vous pratiquer pour confirmer votre diagnostic ?

Sujet : 3

.....

Vous recevez une patiente âgée de 58 ans, ménopausée. Elle consulte pour la découverte d'une opacité stellaire centimétrique située à la jonction des quadrants internes du sein gauche sur une mammographie de dépistage systématique. A l'examen clinique, la lésion est classée T0N0. La micro-biopsie diagnostique un carcinome infiltrant de type non spécifique, de grade SBR 3. Une chirurgie première avec tumorectomie et prélèvement du ganglion sentinelle est pratiquée. Les résultats histologiques sont les suivants : adénocarcinome infiltrant sans autre élément de spécificité ; mesurant 12 mm de grand axe ; grade SBR 2 ; sans embole vasculaire ; récepteur des œstrogènes RE+++ (100% des cellules) ; récepteur de la progestérone RP+++ (80% des cellules) ; HER2 3+ en immunohistochimie ; Ki67 25% ; aucun ganglion envahi sur les 3 prélevés (0N+/3).

Question 1

Quels traitements adjuvants systémiques sont indiqués chez cette patiente et pourquoi ?

Quelle surveillance paraclinique spécifique est nécessaire avant et pendant ces traitements ?

Question 2

Quatre ans après la fin des traitements, sur un examen réalisé à titre systématique par le médecin traitant, on constate l'augmentation du taux du marqueur CA 15-3 à 45UI/L (N<30 U/L). Un scanner thoraco-abdomino-pelvien (TAP) retrouve 2 images hépatiques suspectes, et plusieurs lésions osseuses ostéolytiques. La scintigraphie osseuse identifie de multiples hyperfixations suspectes. La biopsie hépatique confirme le diagnostic d'adénocarcinome mammaire exprimant fortement les RE (100% 3+) et surexprimant HER2 (score 3+).

Quelle proposition thérapeutique systémique proposez-vous en priorité ?

Question 3

Pour les métastases osseuses, quel traitement pouvez-vous d'ores et déjà envisager ? quelle fréquence d'administration ? quelle surveillance biologique ? quels examens sont impératifs avant de l'initier ? Qu'en attendez-vous ?

Question 4

Le traitement que vous avez proposé permet d'obtenir une rémission complète et la mise en place d'un traitement de maintenance. Après 36 mois de rémission continue, le scanner de suivi retrouve l'apparition de nouvelles lésions hépatiques d'allure secondaires.

Quel traitement de deuxième ligne devez-vous considérer en priorité ?

Quels effets secondaires principaux sont attendus sur le plan clinique ?

Quelle surveillance mettez-vous en place en dehors de la surveillance biologique ?

Question 5

Le traitement que vous avez proposé se révèle très efficace, et la malade est à nouveau en rémission complète. Après 6 mois de traitement, vous la revoyez en consultation et elle décrit l'apparition progressive d'une dyspnée d'effort marquée avec une toux sèche, sans fièvre.

Quel diagnostic évoquez-vous en priorité ?

S'il était confirmé, quelles sont les 2 décisions thérapeutiques importantes à prendre ?

Sujet : 4

.....

Mme L., 67 ans, présente depuis 2 mois des métrorragies post-ménopausiques. Elle n'a pas d'antécédent particulier en dehors d'une obésité (IMC 32) et d'un diabète bien contrôlé. L'échographie pelvienne retrouve un épaissement endométrial de 21 mm.

Une hystéroscopie avec biopsie est réalisée pour analyse de la biopsie : Adénocarcinome endométrioïde de grade 3.

Le scanner TAP met en évidence plusieurs nodules pulmonaires bilatéraux de 5–10 mm, des adénopathies lombo-aortiques, une lésion hépatique segment VII de 16 mm.

QUESTION N°1 :

Quelles analyses moléculaires doivent être réalisées systématiquement dans un adénocarcinome de l'endomètre nouvellement diagnostiqué au stade métastatique ?

QUESTION N°2 :

L'immunohistochimie initiale montre une perte d'expression MLH1 et PMS2, une conservation MSH2/MSH6. Le test de méthylation MLH1 retrouve: absence de méthylation du promoteur de MLH1.

Concernant ce dernier point, demandez-vous une consultation oncogénétique et pourquoi ?

QUESTION N°3 :

Quels sont les bénéfices à attendre du statut dMMR/MSI-H dans le cadre du traitement systémique du cancer de l'endomètre métastatique ? Quelle est la fréquence du statut dMMR/MSI-H chez ces patientes ?

QUESTION N°4 :

Quel traitement de première ligne proposez-vous typiquement dans cette indication (nom des produits, voie d'administration, rythme d'administration, et quelle modalité de prescription) ?

QUESTION N°5 :

Dans le cadre du suivi :

5a) Comment surveillez-vous l'efficacité du traitement ?

5b) Citez les deux toxicités endocriniennes et digestives les plus fréquentes sous immunothérapie ?