

Diagnostic des cancers

2016-2017

UE 2.10 : oncologie

Plan

1. Circonstances de découverte
 - a. Symptômes cliniques
 - b. Signes d'appel paracliniques
 - c. Dépistage systématique
2. Bilan clinique initial
3. Investigations paracliniques
 - a. Caractérisation de la maladie
 - b. Confirmation diagnostique formelle
 - c. Bilan d'extension
4. Stadification et pronostic

Définition

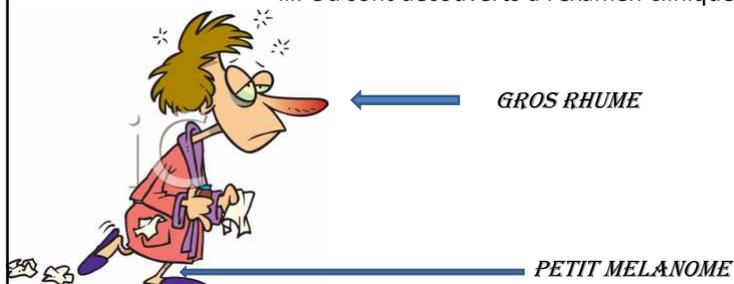
- Diagnostic = démarche aboutissant à l'affirmation d'un cancer chez un patient consultant pour un symptôme ou après dépistage systématique.
- Il résulte des données de l'anamnèse, de l'examen clinique et des données paracliniques.
- **Seul un examen anatomopathologique peut faire affirmer avec certitude le diagnostic de cancer**

Points d'appel cliniques

- Souvent non spécifiques
- Motivent la consultation....



.... Ou sont découverts à l'examen clinique pour un autre motif



Points d'appel cliniques

- Troubles locaux :
 - Syndrome tumoral de masse
 - Nodule palpable
 - Sein, testicule...
 - Induration
 - Cavité buccale, sein
 - Ulcération
 - Carcinome cutané, muqueux
 - Adénopathie palpable
 - Lymphome, sein, sphère ORL...



Signes indirects de compression par une tumeur

- Troubles fonctionnels digestifs, occlusion, dysphagie
 - Tumeurs du colon, de l'œsophage, du médiastin, du pancréas...
- symptômes urinaires : dysurie, pollakiurie, rétention
 - Tumeur prostatique, vessie
- Lymphœdème de membre
 - Sein, rectum, sarcome
- Hypertension intracrânienne
 - Tumeurs cérébrales primitives, métastases



- Syndrome cave supérieur :
 - **obstruction de la veine cave supérieure** par un thrombus, un envahissement ou une compression tumorale.
 - Œdème facial, laryngé, hypertension intracrânienne, circulation veineuse collatérale thoracique
 - tumeurs du médiastin : lymphomes, cancer à petite cellules
- Ictère : **compression du cholédoque**
 - Tumeur du pancréas, du foie, de la vésicule...
- Troubles neurologiques par compression nerveuse :
 - sciatique, cruralgie, névralgie cervico-brachiale selon localisation de la tumeur
- Douleur : souvent métastase osseuse



Signes indirect d'infiltration par des cellules cancéreuses

- Voix enrouée, toux (sphère Orl)
- Dyspnée (tumeur broncho-pulmonaire, mésothéliome pleural, épanchement)
- Saignement :
 - Hémorragie digestive (œsophage, colon, rectum)
 - hémoptysie (bronchique)
 - Hématurie (vessie, rein)
- Méno/métrorragies (endomètre)
- Modification apparente d'un grain de beauté, d'un « bouton » (mélanome)
- Plaie qui ne cicatrise pas (carcinome cutané)
- Syndrome rectal (canal anal, rectum)



- **Troubles généraux**

- Etat fébrile

- Fièvre ou fébricule oscillant, au long cours, souvent bien tolérée
- Causes potentielles de la fièvre nombreuses et souvent multiples dans le cadre d'un cancer :
 - inflammation chronique (lymphomes)
 - nécrose tumorale
 - thrombose veineuse ou artérielle
 - libération de substances pyrogènes par la tumeur
 - infection associée...

- Asthénie :

- état de faiblesse générale caractérisé par une diminution du pouvoir fonctionnel de l'organisme, non consécutive au travail ou à l'effort, et ne disparaissant pas avec le repos
- Souvent en lien avec une croissance tumorale importante ou un syndrome inflammatoire chronique

- altération de l'état général

- Asthénie, Anorexie, Amaigrissement : Témoigne d'une maladie généralement avancée

– Manifestations hématologiques

- Anémie : pâleur, hypotension, fatigabilité, dyspnée voir angor d'effort
- Thrombopénie: saignements fréquents et prolongés, hématomes, purpura pétéchial
- Leucopénie : infections à répétition
- Hypercoagulabilité : thromboses veineuses (phlébite, embolie pulmonaire)
- Pancytopénie : envahissement massif de la moelle osseuse



- Adénopathies multiples
 - Cervicales : tumeur ORL, thyroïde
 - Axillaires : sein
 - Inguinales : rectum, canal anal
 - Aires ganglionnaires multiples : lymphome



- métastases révélatrices
 - Osseuses (douleurs), cérébrales (HTIC), pulmonaires (toux, dyspnée), cutanées, hépatiques

- Carcinose péritonéale
 - Occlusion digestive, douleurs
 - Cancers gynécologiques++



Syndromes paranéoplasiques

- **Manifestations non cancéreuses observées à distance de la tumeur primitive ou des métastases.**
- Tumeurs épidermoïdes des VADS, tumeurs neuroendocrines
- **La tumeur sécrète des médiateurs biochimiques** qui agissent sur l'hôte
- Parfois ressemblent à d'autres maladies non malignes : difficile de les relier au cancer
- Peuvent avoir une influence importante sur la morbidité et la mortalité
- Evoluent avec la tumeur : régressent avec le traitement, réapparaissent en cas de récurrence

Syndromes paranéoplasiques neurologiques

- Miment des maladies neurodégénératives
- Parfois irréversibles
- Centraux ou périphériques

Encéphalite dégénérative	poumon
Leuco-encephalopathie multifocale progressive (démence, ataxie, cécité, paralysie, épilepsie)	lymphomes
Dégénérescence cérébelleuse	Poumon, prostate, ovaire
Myélopathie nécrotique	Poumon, rein
Neuropathie sensitivomotrice	Digestif, poumon, sein
Dermatomyosite (affaiblissement musculaire)	Poumon, estomac, ovaire
Myasthénie (faiblesse musculaire, paresthésies, dysesthésies)	Lymphome, thymome

Syndromes paranéoplasiques endocriniens

- Sécrétion hormonale par la tumeur
- Tumeurs endocriniennes mais aussi autres organes dont la fonction première n'est pas endocrine

Syndrome de cushing (ACTH) : HTA, œdèmes, hypokaliémie	Cancers bronchiques
Syndrome de schwartz-bartter (ADH) : hyponatrémie, confusion	CBPC, pancréas
Hypercalcémie (PTH) : nausées, confusion, somnolence voir coma	Carcinomes épidermoïdes, CBPC
Syndrome carcinoïde (sérotonine) : flush, diarrhée	Tumeurs carcinoïdes (digestives++), CBPC
Gynécomastie (BHCG)	Cancer du testicule, de foie, du poumon, de l'oesophage
Polyglobulie (EPO) : HTA, hyperviscosité sanguine, érythrose	Cancer du rein
Hypoglycémie (insuline) : malaises, syncopes	Cancer du pancréas



Syndromes paranéoplasiques cutanés

- Prurit, érythème migrant, hypertrichose, mélanose... si persistance de ces symptômes, évoquer le diagnostic de cancer



Acanthosis nigricans: hyperkératose, pigmentation des plis	Cancers digestifs
Maladie de Lesser-trélat (verrues séborrhéiques)	Lymphomes, cancers digestifs
Maladie de Bazex (prurit des paumes et plantes)	Cancer du poumon, cancers digestifs
Flushes	Tumeurs carcinoïdes

Manifestations brutales et urgentes

– Thrombophlébite

- Caillot veineux obstructif
- Peut migrer et engendrer une embolie pulmonaire
- Thrombose veineuse à répétition ou sur un site inhabituel (membre supérieur, veine porte) : toujours évoquer un cancer
- Favorisée par l'absence d'activité physique, le syndrome inflammatoire
- Souvent nécessité d'une anticoagulation au long cours, tant que la maladie cancéreuse est présente



– Épanchement péricardique

- Infiltration du péricarde par des cellules cancéreuses, avec épanchement compressif perturbant les mouvements cardiaques
- Insuffisance cardiaque, troubles hémodynamiques de survenue souvent brutale
- La ponction péricardique retrouve des cellules cancéreuses

– Obstruction respiratoire haute, dyspnée

- Par compression des VADS : tumeur du larynx, tumeur bronchique, tumeur compressive du médiastin
- Signes de détresse respiratoire, cyanose



Cyanose des ongles

– Épanchement pleural

- Envahissement par cancer bronchique ou pleural ou Extension lymphatique de cancers du sein, du tube digestif, de l'ovaire...
- Dyspnée voir détresse respiratoire par compression d'un poumon parfois unique
- Ponction(s) pleurale(s) parfois itératives



– Syndrome cave supérieur

- Obstruction de la veine cave supérieure par thrombus/ compression extrinsèque par tumeur ou ganglion/ envahissement tumoral
- Cancer bronchique, lymphome
- Souvent accompagnée d'un compression trachéale, épanchement pleural ou péricardique
- Traitement urgent : corticothérapie, chimiothérapie, irradiation médiastinale après confirmation rapide du diagnostic de cancer

– Hypertension intracrânienne

- Par développement d'une tumeur dans la boîte crânienne inextensible
- Céphalées, photophobie, nausées/vomissements, paralysie oculomotrice, raideur méningée, asthénie, ralentissement psychomoteur, confusion, coma
- Tumeur cérébrale primitive maligne ou bénigne, métastases, lymphome
- Traitement médical voir chirurgical (fenêtre crânienne) si nécessaire

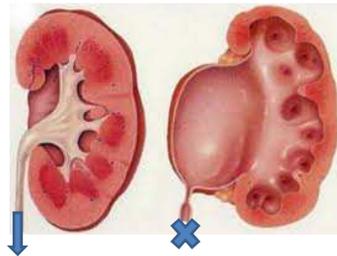
– Compression médullaire

- Troubles sphinctériens, paraparésie puis paraplégie irréversible si pas traitée dans les heures suivant son installation
- Compression dorsale+++ ou lombaire, rarement cervicale
- Par métastases osseuses rachidiennes lytiques +++
- IRM et traitement en urgence



– Uropathie obstructive

- Compression des voies urinaires par une tumeur généralement primitive locale
- Plusieurs étages de compression : urètre (cancer prostatique, cancer du col utérin) → rétention aiguë d'urine, uretère (cancer de vessie, ganglions d'un cancer ovarien ou rectal) → colique néphrétique, insuffisance rénale obstructive, hydronéphrose



Plan

1. Circonstances de découverte
 - a. Symptômes cliniques
 - b. **Signes d'appels paracliniques**
 - c. Dépistage systématique
2. Bilan clinique initial
3. Investigations paracliniques
 - a. Caractérisation de la maladie
 - b. Confirmation diagnostique formelle
 - c. Bilan d'extension
4. Stadification et pronostic

Points d'appel paracliniques

Biologiques :

Au cours d'un bilan de routine, ou ayant un autre but

- Anémie
- Syndrome inflammatoire : CRP, VS, électrophorèse des protéines
- Pancytopénie Polyglobulie, thrombocytose, hyperéosinophilie, polynucléose neutrophile...
- Troubles métaboliques : hypercalcémie, hyponatrémie, SIADH..;

- Imagerie : découverte fortuite d'un syndrome tumoral sur une image systématique



Plan

1. Circonstances de découverte
 - a. Symptômes cliniques
 - b. Signes d'appels paracliniques
 - c. **Dépistage systématique**
2. Bilan clinique initial
3. Investigations paracliniques
 - a. Caractérisation de la maladie
 - b. Confirmation diagnostique formelle
 - c. Bilan d'extension
4. Stadification et pronostic

Dépistage systématique: test positif

- La positivité d'un test de dépistage de masse implique toujours un examen clinique complet et des investigations paracliniques.
- Parfois après le test de dépistage, la tumeur est évidente (volumineux cancer du sein sur mammographies...) et des fois elle est occulte (cancer du colon haut qui a donné un test hemocult positif).
- Parfois, le test est positif mais il n'y a pas de tumeur (faux positifs). Des examens approfondis sont toujours nécessaires dans ce cas pour éliminer formellement le diagnostic de cancer.

Plan

1. Circonstances de découverte
 - a. Symptômes cliniques
 - b. Signes d'appels paracliniques
 - c. Dépistage systématique
2. **Bilan clinique initial**
3. Investigations paracliniques
 - a. Caractérisation de la maladie
 - b. Confirmation diagnostique formelle
 - c. Bilan d'extension
4. Stadification et pronostic

Examen clinique initial

- Anamnèse
 - Antécédents personnels et familiaux
 - Contexte professionnel
 - Exposition à des facteurs de risque
 - Histoire des symptômes racontée par le patient : permet souvent d'évoquer un diagnostic
 - Chronologie
 - Traitements en cours, traitement utilisés pour les symptômes et efficacité
 - Symptômes évocateurs d'autres localisations

- Examen physique

- Inspection: tumeurs sautant aux yeux parfois (consultation tardive liée à une barrière psychologique, croissance tumorale rapide, négligence dans un contexte socio-économique difficile)
- Orienté selon les symptômes : recherche d'une masse indurée et /ou irrégulière, de signes de compression, d'un syndrome paranéoplasique
- Palpation des aires ganglionnaires
- Recherche de métastases
- Parfois nécessité d'un examen sous anesthésie générale (gynécologie, ORL)

- Performance Status / Karnofsky index

0	Capable d'une activité identique à celle précédant la maladie, sans aucune restriction
1	Activité physique diminuée mais ambulatoire et capable de mener un travail
2	Ambulatoire et capable de prendre soin de soi, incapable de travailler. Alité moins de 50 % de son temps
3	Capables de seulement quelques soins personnels. Alité ou en chaise plus de 50 % du temps
4	Incapable de prendre soin de lui-même, alité ou en chaise en permanence

100 %	Vie normale
90 %	Symptomatologie, fatigue minime
80 %	Activité normale demandant des efforts
70 %	Incapacité à mener une vie normale mais possibilité de se soigner seul
60 %	Besoin d'aide de temps en temps
50 %	Besoin d'aide souvent et de soins médicaux
40 %	Impossibilité de se soigner seul
30 %	Hospitalisation nécessaire
20 %	Traitement intensif nécessaire
10 %	Moribond
0 %	décédé

Plan

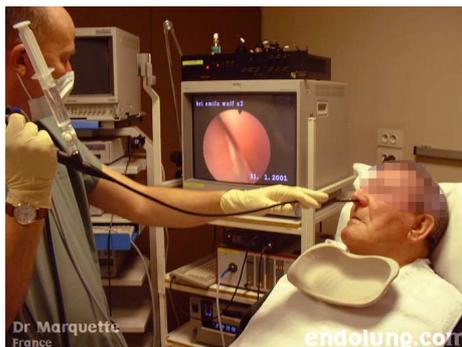
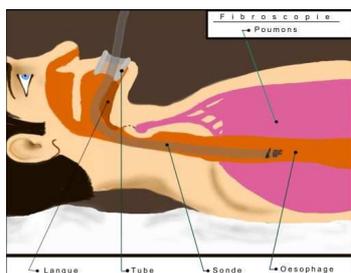
1. Circonstances de découverte
 - a. Symptômes cliniques
 - b. Signes d'appels paracliniques
 - c. Dépistage systématique
2. Bilan clinique initial
3. Investigations paracliniques
 - a. Caractérisation de la maladie
 - b. Confirmation diagnostique formelle
 - c. Bilan d'extension
4. Stadification et pronostic

Investigations paracliniques

Caractérisation de la maladie

- Examen radiologiques
 - Adaptés selon l'examen physique et l'interrogatoire
 - Thorax : Radiographie standard +/- TDM
 - Pelvis : IRM, échographie
 - Abdomen : TDM
 - Sphère ORL : TDM +/- IRM
 - Thyroïde : échographie, scintigraphie
 -
 - Confirmation de la présence d'une tumeur, précision sur sa localisation
 - Des radiographies standard simples peuvent suffire à ce stade, voir aucun examen d'imagerie

- Examens endoscopiques
 - Fibre optique combinée souvent à une sonde d'échographie
 - Permet de faire des biopsies
 - Indispensable pour les points d'appel bronchiques, gastro-œsophagien, ORL, recto-coliques, urinaires



- Biologie
 - Permettent parfois une orientation en cas de doutes
 - Bilan inflammatoire, hépatique, rénal...
 - Éliminer d'autres pathologies : sérologies virales/ antigènes bactériens, auto-anticorps
 - Rechercher des troubles hématologiques, métaboliques
 - Éventuellement marqueurs tumoraux : facilitent le suivi pour certaines tumeurs

Les marqueurs tumoraux

- **Ce sont des molécules synthétisées par certains cancers dosables dans le sang ou autres liquides biologiques.** S'ils sont présents au diagnostic, ils peuvent servir de **valeur-repère** pour suivre l'évolution de la maladie et la réponse aux traitements.
- Un marqueur tumoral idéal serait spécifique du cancer (inexistant dans un organisme sain), spécifique d'organe, présent et facilement mesurable dans un prélèvement simple et directement proportionnel à la masse tumorale. Ce n'est malheureusement pas le cas de la plupart des marqueurs utilisés actuellement: la grande majorité manque de sensibilité et de spécificité.

PSA

- Prostate-Specific Antigen
- Marqueur **sensible mais peu spécifique**, ne permet pas la distinction entre un cancer et une affection bénigne
- Utilisé comme test de dépistage individuel
- Très intéressant dans le **suivi thérapeutique** : devient systématiquement indétectable après prostatectomie radicale complète. Sa ré-élévation témoigne toujours d'une récurrence de cancer.

CA 15.3

- Cancer du sein
- Glycoprotéine spécifique présente dans l'épithélium mammaire normal comme cancéreux
- En cas de cancer, les ruptures des membranes cellulaires induisent son relargage dans le sang
- Peu sensible
- Utilisé généralement dans le suivi de l'évolution des cancers du sein métastatiques

CA 125

- Cancers ou kystes ovariens
- Peu spécifique, augmenté dans toutes les inflammations péritonéales
- Aide au diagnostic et au suivi des cancers de l'ovaire

CA 19.9

- Cancer du pancréas
- Élévation corrélée à la taille de la tumeur (permet de distinguer une pancréatite d'un cancer)

ACE

- Antigène Carcino-Embryonnaire
- Produit par le fœtus normalement
- Peu spécifique : élevé dans de nombreux cancers (sein, poumon, estomac, foie, thyroïde, testicule) et dans certaines pathologies bénignes (MICI, maladies hépato-biliaires)
- Utilisé dans le bilan initial du cancer colique, car élément pronostique

Alpha foeto-protéine

- Produite par le foie fœtal
- Corrélée à la présence et à la taille d'un carcinome hépatocellulaire chez l'adulte : utilisé pour le dépistage des patients à risque
- Souvent utilisé dans le bilan initial et la surveillance des cancers du testicule

Marqueurs tumoraux hormonaux**hCG**

- Hormone chorionique gonadotrophique
- Choriocarcinomes placentaires, tumeurs embryonnaires (taux très élevés par rapport à ceux observables au cours d'une grossesse)

Thyroglobuline

- Marqueur thyroïdien Présent normalement dans le sérum
- Utile dans la surveillance des cancers thyroïdiens après thyroïdectomie totale et/ou IRAtérapie

Calcitonine

- Spécifique des cancers médullaires de la thyroïde
- Utile au diagnostic et à la surveillance des CMT
- Dépistage des CMT familiaux: test de stimulation à la pentagastrine

- Marqueurs tumoraux dans le bilan initial

CA 15.3	Sein
PSA	Prostate
ACE	Colon/ rectum
CA 19.9	Pancréas
NSE	CBPC
CA 125	Ovaire
alphaFP	Carcinome hépatocellulaire
bhCG	choriocarcinome
alphaFP + bHCG	testicule

- Marqueurs tumoraux utilisés dans le suivi des cancers

Sein métastatique	CA 15.3, ACE
Colon-rectum	ACE
Prostate	PSA
estomac	ACE, CA 19.9
Pancréas	CA 19.9
foie	alphaFP
ovaire	CA125
testicule	alphaFP, BHCG
choriocarcinome	bHCG
Cancer thyroïdien	Thyroglobuline
Cancer médullaire thyroïdien	calcitonine

Plan

1. Circonstances de découverte
 - a. Symptômes cliniques
 - b. Signes d'appels paracliniques
 - c. Dépistage systématique
2. Bilan clinique initial
3. Investigations paracliniques
 - a. Caractérisation de la maladie
 - b. Confirmation diagnostique formelle
 - c. Bilan d'extension
4. Stadification et pronostic

- **Confirmation anatomo-pathologique absolument nécessaire dans tous les cas de cancer**
- Certaines infections, maladies inflammatoires, tumeurs bénignes peuvent mimer un cancer
- Les traitements engagés suite au diagnostic de cancer sont lourds
- Les retentissements psychologiques sont extrêmement importants

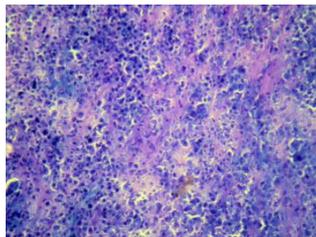
- Cytologie : frottis (col utérin, cavité buccale), liquide de ponction (ascite, LCR, épanchement pleural), ponctions d'organes pleins (thyroïde, sein, ganglion lymphatique, moelle osseuse)
- biopsie : guidée par la clinique
 - Au visuel pour les tumeurs cutanéomuqueuses
 - Guidée par l'endoscopie pour les biopsies ORL, bronchiques, digestives
 - Guidée par l'échographie pour la prostate, le sein, le foie, le rein
 - Guidée par la coloscopie pour le col utérin
 -



- pièce opératoire: pas toujours indiqué car la nature de la tumeur doit la plupart du temps être connue avant la chirurgie



- Examen extemporané : étude histologique rapide pendant l'intervention chirurgicale, pour que le chirurgien puisse orienter son geste en conséquence



Plan

1. Circonstances de découverte
 - a. Symptômes cliniques
 - b. Signes d'appels paracliniques
 - c. Dépistage systématique
2. Bilan clinique initial
3. Investigations paracliniques
 - a. Caractérisation de la maladie
 - b. Confirmation diagnostique formelle
 - c. Bilan d'extension
4. Stadification et pronostic

Bilan d'extension

- Le bilan d'extension est pratiqué immédiatement après le diagnostic de cancer, avant le traitement, pour déterminer l'extension anatomique du cancer (envahissement, masse tumorale) et d'apprécier l'état physique et psychologique du malade, pour guider et adapter au mieux les thérapeutiques à mettre en place.

- **Extension locorégionale**

- But : déterminer la taille et le rapport de la tumeur primitive avec les structure anatomiques voisines
- Adapté par localisation
- Première étape = clinique : palpation , adénopathies superficielles > 1cm (pas toujours fiable)

- **Cancer du sein**

- Palpation et mesure des dimensions cliniques
- Recherche d'une adhérence à la peau, au mamelon, au gril costal
- Recherche d'adénopathie axillaire ou sus-claviculaire
- Dimensions mammographiques
- Dimensions échographiques



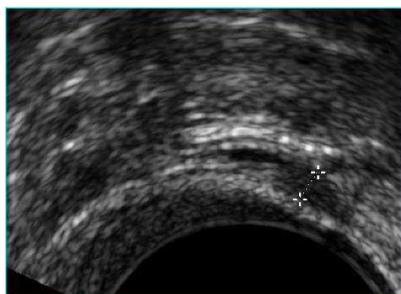
- Cancer du col utérin

- Examen gynécologique au speculum, éventuellement sous anesthésie générale
- Toucher vaginal : envahissement paroi vaginal (induration)
- Toucher rectal (fistule, envahissement)
- Colposcopie
- Échographie endovaginale
- IRM Pelvis

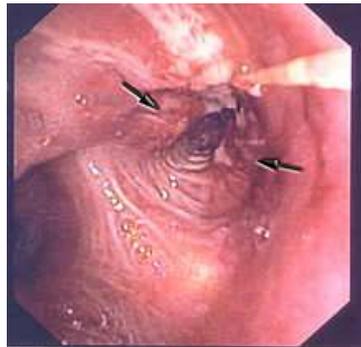


- Cancer du rectum

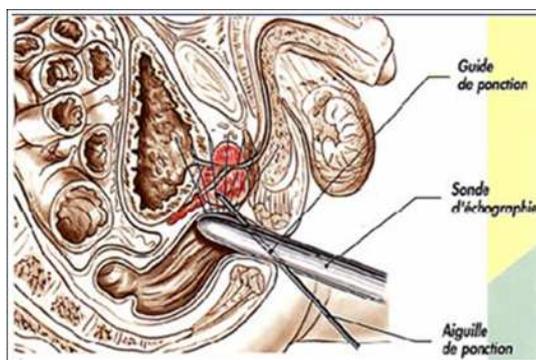
- Toucher rectal : appréciation des dimensions cliniques et de la situation en hauteur, d'un saignement au toucher
- Toucher vaginal
- Rectoscopie
- Echographie transrectale
- +/- cystoscopie, urographie intraveineuse



- Cancer bronchique
 - Radiographie thorax face + profil
 - Fibroscopie bronchique
 - TDM thoracique
 - Médiastinoscopie
 - Exploration fonctionnelle respiratoire

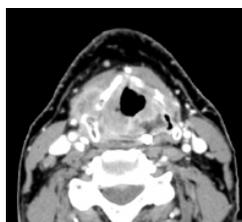


- Cancer prostatique
 - Toucher rectal
 - Echographie transrectale
 - TDM/IRM pelvienne

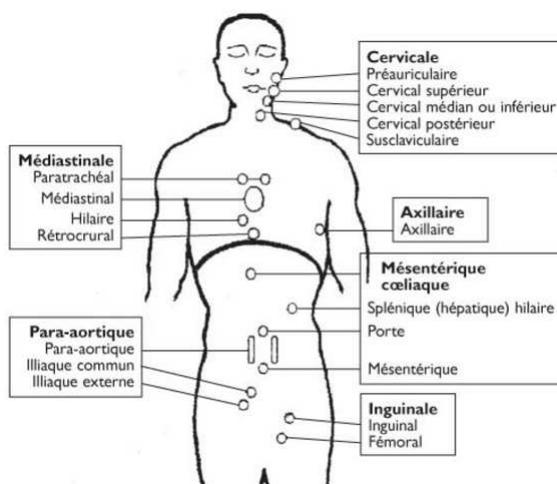


- Cancers ORL

- Examen clinique ORL avec nasofibroskopie ou optiques rigides et éclairage
- Palpation de la cavité orale
- Palpation de la région cervicale
- Recherche d'une autre tumeur+++
- Pan-endoscopie + examen clinique sous AG
- TDM crane + cervico-thoracique
- +/- IRM avec injection selon localisation (oropharynx, cavité buccale, cavum)



- Exploration des aires ganglionnaires



- Exploration des ganglions

cervicaux	Peau de la face et du crâne Organes ORL, thyroïde, glandes salivaires
Sus-claviculaires	Membres supérieurs et thorax haut, glandes mammaires Organes ORL, thyroïde Viscères sous-diaphragmatiques
axillaires	Glandes mammaires, membres supérieurs, peau du tronc
inguinaux	Organes génitaux externes, peau et muqueuses pelviennes, anus, rectum, peau des membres inférieurs
Iliques et lombo-aortiques	Utérus, vessie, prostate, canal anal, testicule, ovaire

- **Extension à distance**

Recherche systématique de métastases à distance, sauf pour les tumeurs cérébrales et les carcinomes basocellulaires

Selon la tumeur primitive, recherche +/- ciblée

- Sein → os, foie, poumon
- Bronches → poumon controlatéral, os, foie, cerveau, surrénales, base de langue
- Colon/ rectum → foie, poumon, cerveau
- Mélanome → poumon, foie
- Prostate → os, poumon
- ORL → poumon, 2^{ème} localisation

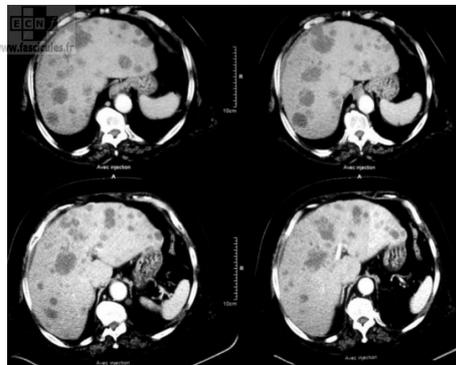
Recherche de métastases pulmonaires

- Dyspnée, signes de lutte voir distension thoracique si épanchement massif
- Radiographie thorax souvent suffisante pour détecter masses, épanchements.
- Eventuellement complétée par une TDM thoracique



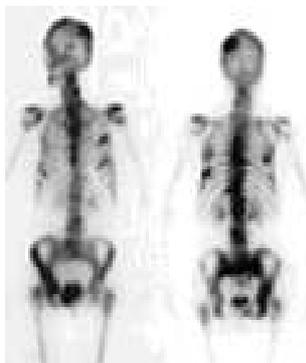
Métastases hépatiques

- Hépatomégalie si envahissement massif
- Échographie abdominale
- +/- TDM abdominale
- Biologie : transaminases, gammaGT, phosphatases alcalines



- Métastases osseuses

- Cliniquement : douleurs osseuses (non systématiques), fracture pathologique
- Clichés standard ciblés
- Scintigraphie osseuse au Tc99 : devance de 6 mois les clichés standard et permet un screening du squelette entier
- La confrontation radioscintigraphique permet de différencier les lésions métastatiques des lésions inflammatoires, rhumatismales ou bénignes



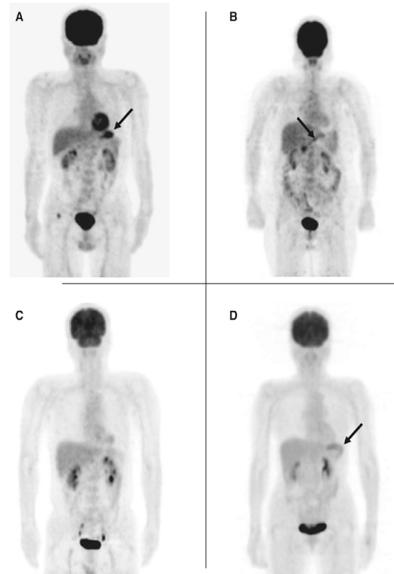
- Métastases cérébrales

- signes cliniques neurologiques : céphalées, nausées, raideur de nuque, signes de localisation....
- TDM encéphalique



Place de la TEP au 18FDG

- Généralement non indispensable
- D'une grande aide dans certaines situations douteuses
 - Identification du primitif (en cas de métastases sans tumeur primitive détectée)
 - Extension locorégionale si doute après les examens standard
 - Diagnostic de rechute
 - +/- diagnostic de métastases à distance



Plan

1. Circonstances de découverte
 - a. Symptômes cliniques
 - b. Signes d'appels paracliniques
 - c. Dépistage systématique
2. Bilan clinique initial
3. Investigations paracliniques
 - a. Caractérisation de la maladie
 - b. Confirmation diagnostique formelle
 - c. Bilan d'extension
4. **Stadification et pronostic**

Stadification de la maladie

Stadification préthérapeutique

- Sur la clinique, l'imagerie et la biologie
- TNM de la maladie d'origine qui guide la prise en charge première

Stadification post-opératoire

- tumeurs opérées uniquement...
- Stade pTNM : guide la prise en charge ultérieure

Référentiels de traitement selon les stades

Pronostic

- A éviter de donner sous formes de chiffres au patient!
- Un patient est un cas unique, il n'évoluera pas forcément comme un autre
- Pour un patient donné, ce sera soit 0 %, soit 100 %, mais jamais 43,2 %....
- On peut tout de même évoquer un « pronostic sombre » ou un « bon pronostic » à un patient une fois que le bilan complet a été réalisé
- Il faut toujours parler de la prise en charge thérapeutique après l'annonce du pronostic : rester dans une dynamique de lutte active contre la maladie et/ou ses symptômes

Cancers non métastatiques

- Pronostic lié à un risque de récurrence après traitement

- Critères cliniques :
 - Taille tumorale
 - Temps de doublement
 - Signes inflammatoires locaux et généraux

- Critères de stade (invasion locale, adénopathies)

- Critères biologiques
 - Marqueurs tumoraux, certains marqueurs géniques selon organe (HER2 pour le sein...)

- Critères histologiques
 - Grade histologique
 - Index KI67 : marqueur de prolifération cellulaire
 - Aneuploïdie (cytométrie en flux)
 - Différenciation cellulaire (sein : absence de récepteurs hormonaux)
 - Ganglions histologiquement envahis

Cancers métastatiques

- Population très hétérogène
- Selon localisation primitive (ex: cancer testiculaire métastatique toujours de bon pronostic)

- Critères de la tumeur primitive

- Nombre et/ou volume des métastases

- Délai d'apparition des métastases

- Localisation des métastases : cerveau, foie, poumon, squelette...
- Réponse au traitement

Conclusion

- Le diagnostic repose sur l'anamnèse, l'examen clinique et différents examens complémentaires adaptés selon l'organe de départ
- Preuve histologique indispensable avant mise en route d'un traitement
- Coopération nécessaire entre médecin traitant, spécialiste d'organe, radiologue, chirurgien, pathologiste, oncologue