

Oncologie

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

Vous devez traiter les deux cas cliniques

Cas clinique n°1

Homme de 65 ans, adressé pour un taux de PSA sérique à 25 ng/mL. Dans ses antécédents, on retrouve une hypertension artérielle et une hypercholestérolémie. A l'interrogatoire, il indique deux mictions nocturnes et une activité sexuelle non modifiée. Au toucher rectal, on palpe une tumeur classifiée T3. Des biopsies de la prostate sont réalisées : 9 sur 12 sont positives pour un adénocarcinome de score de Gleason 8. Le bilan d'extension métastatique est négatif.

- 1) Comment classifiez-vous le risque de ce patient ?
- 2) Sur quels arguments ?
- 3) En quoi consiste le bilan d'extension métastatique?
- 4) Quel est le traitement standard chez ce patient ?
- 5) Le patient débute le traitement le 10 janvier 2009. Au cours de son suivi, il vous consulte le 17 juillet 2010 avec des douleurs osseuses multiples (EVA de 7 sous paracétamol-codéïne). La scintigraphie indique la présence de métastases osseuses. Le PSA est en élévation à 40 ng/mL. L'IRM vertébrale confirme l'existence de métastases osseuses ostéo-condensantes sans épidurite ni compression médullaire. Quelle prise en charge thérapeutique proposez-vous sur le plan spécifique?
- 6) Quel traitement à visée osseuse envisagez-vous ? Quelles précautions prenez-vous?
- 7) Quel traitement antalgique proposez-vous ?

Cas clinique n°2

Une femme de 62 ans est hospitalisée en urgence pour douleur abdominale. L'interrogatoire révèle une augmentation du volume de l'abdomen évocatrice d'ascite à l'examen. Un scanner abdomino-pelvien indique des masses ovariennes bilatérales et confirme la présence de l'ascite. Le scanner thoracique est normal. Le dosage du CA-125 est de 2500 UI/mL. La fonction rénale est normale. Vous évoquez un cancer de l'ovaire.

- 1) Quelle est la première démarche diagnostique et thérapeutique ?
- 2) Si une chirurgie première est réalisable, que doit-elle comporter ?
- 3) Il s'agit d'un adénocarcinome papillaire séreux de stade IIIc et la chirurgie a permis une exérèse macroscopiquement complète. Que proposez-vous (hors thérapie ciblée)? Quels sont les effets secondaires et comment les prévenir ?
- 4) Après deux cycles de traitement, la patiente signale une dyspnée. Le diagnostic d'embolie pulmonaire est rapidement posé. Comment traitez-vous celle-ci ?
- 5) Dans les antécédents familiaux, on retrouve une sœur atteinte de cancer du sein à l'âge de 41 ans et une mère atteinte d'un cancer du sein à l'âge de 59 ans. Quelle(s) prédisposition(s) génétique(s) recherchez-vous ?
- 6) Les symptômes liés à l'embolie disparaissent rapidement. Au terme du traitement antitumoral, la patiente est considérée comme en rémission complète et le CA-125 est à 5 UI/mL. Après un certain délai, l'ascite réapparaît et le CA-125 augmente à 250 UI/mL. Quels sont les critères qui vous permettent de prendre une décision thérapeutique ?
- 7) En fonction de ces critères, quelles sont les options thérapeutiques ?
- 8) La maladie progresse sous traitement et la patiente est hospitalisée pour occlusion (arrêt des matières et des gaz, et vomissements). Le scanner élimine une bride et indique qu'il existe de multiples obstacles sur le grêle, sous forme d'une carcinose péritonéale. Quelle prise en charge thérapeutique proposez-vous ?