

Module 10 Cancérologie Oncohématologie		Auteur : Pr Dufour
Titre	DEMARCHE DIAGNOSTIQUE EN CANCEROLOGIE	
Objectifs pédagogiques	<ul style="list-style-type: none"> ○ Connaître la conduite d'un examen clinique chez un patient suspect de cancer. ○ Connaître les principes de la classification TNM. ○ Savoir que le diagnostic de certitude d'un cancer est anatomo-pathologique. 	
ENC Item 140	Diagnostic des cancers : signes d'appel et investigations para-cliniques; stadification; pronostic	
Objectifs ENC :	<ul style="list-style-type: none"> ○ Décrire les principes du raisonnement diagnostique en cancérologie 	

Le diagnostic de certitude d'un cancer ne peut être qu'anatomo-pathologique, la démarche diagnostique a pour but de réunir un faisceau d'arguments qui va orienter les examens complémentaires et le ou les prélèvements à visée d'un diagnostic cytologique ou histologique de certitude. L'ensemble de la démarche diagnostique doit se terminer par le bilan d'extension qui va conditionner la stratégie thérapeutique au mieux définie, au terme d'une concertation pluridisciplinaire.

A) **L'examen clinique :**

C'est l'élément fondamental, il doit être systématique et rigoureux. Il va rechercher des signes spécifiques et aspécifiques d'une pathologie tumorale maligne.

L'interrogatoire est une phase essentielle, il doit s'attarder à rechercher la nature, la date d'apparition des signes fonctionnels, les traitements qui ont été entrepris et leur résultat. Il conviendra de faire préciser les antécédents personnels, médicaux et chirurgicaux, ainsi que les antécédents familiaux à la recherche de facteurs héréditaires prédisposant au cancer (cancer du sein, cancer du colon, syndrome de Lynch, etc....)

Les facteurs de risque sont à évaluer et à quantifier avec précision (tabac, alcool, exposition à des substances cancérigènes, ...). Sur le plan professionnel il faut connaître non seulement le poste de travail actuel, mais aussi les anciens, un certain nombre de cancers sont reconnus comme maladie professionnelle.

Sur le plan fonctionnel il faut s'attacher à rechercher des signes aspécifiques mais évocateurs tel que :

- amaigrissement inexpliqué
- ulcération ne cicatrisant pas
- douleur rebelle à tous traitements
- toux traînante inexpliquée
- troubles du transit d'installation récente (diarrhée ou constipation)
- troubles de la déglutition
- céphalées accompagnées de vomissements
- modification de l'aspect d'une verrue, d'un naevus.

Aucun de ces signes ne suffit à poser le diagnostic de cancer, ils peuvent se voir au cours de nombreuses autres pathologiques non malignes. Ils sont cependant précieux pour pousser plus loin l'interrogatoire et orienter l'examen physique.

D'autres signes sont plus évocateurs et vont d'emblée orienter les examens complémentaires :

- hémoptysie
- hémorragie digestive occulte ou patente (hématémèse, melaena, rectorragie)
- symptomatologie neurologique focalisée
- hématurie.

En cas d'antécédents de cancers il est particulièrement important de faire préciser la nature exacte de la tumeur, les traitements entrepris et le résultat des derniers bilans de surveillance.

B) L'examen physique :

Il commence par l'inspection et l'appréciation de l'état général quantifié par des échelles spécifiques à la cancérologie (Index de Karnofski, index OMS, Cf annexe), il précise le poids actuel et le poids habituel, la taille.

On recherchera à l'examen physique l'existence d'adénopathies, d'une organomégalie (hépatomégalie, splénomégalie), d'une tuméfaction. Il faudra en préciser à chaque fois les caractéristiques sémiologiques :

- . consistance (dur, ferme, mou)
- . caractère régulier ou irrégulier

- . douloureux ou indolore
- . adhérence au plan superficiel ou profond
- . aspect des téguments en regard
- . dimensions en utilisant des repères précis.

En cas de mise en évidence d'une tuméfaction suspecte, on s'attardera à l'examen des ganglions de drainage dans la mesure où ils sont accessibles à l'examen clinique.

Comme tout examen physique, il sera complet (cardiovasculaire, sénologique, cutané, pulmonaire, digestif, neurologique). Les touchers pelviens doivent faire partie de cet examen.

On s'attachera de préciser, à chaque fois, les signes subjectifs et objectifs.

Au terme de cet examen clinique soigneux, on doit disposer d'éléments d'orientation qui vont permettre de choisir au mieux les examens complémentaires permettant d'aboutir à un prélèvement tissulaire dont seul l'examen anatomopathologique pourra affirmer la nature cancéreuse et ses caractéristiques biologiques.

C) Les examens complémentaires :

C-1 Biologie

Il n'y a pas d'indication à doser des marqueurs tumoraux à titre de dépistage ou de diagnostic. Ils peuvent par contre contribuer au diagnostic de certitude (cancer du sein, cancer du testicule, tumeur trophoblastique, hépatocarcinome, ...).

Le bilan habituel comprend un hémogramme, une étude des fonctions rénales et hépatiques, une calcémie, des tests de l'inflammation, un bilan martial.

C-2 Imagerie

Le type d'examen dépend des orientations données par l'examen clinique.

Ces examens ne doivent pas être redondants et on doit donner la priorité aux examens les plus performants. Les examens sophistiqués (IRM, Pet-scan) ainsi que les examens de médecine nucléaire (scintigraphie osseuse) ne font pas partie des examens de première intention sauf cas très particuliers.

C-3 Endoscopie

Les endoscopies (fibroscopie bronchique, ou oesogastrique, colonoscopie, cystoscopie) sont demandées dès qu'il y a des éléments d'orientation convaincants (hématurie sans pathologie rénale, hémorragie digestive, hémoptysie) ou en cas d'anomalies observées à l'imagerie.

C-4 Les biopsies

Elles sont indispensables au diagnostic.

Elles peuvent être guidées par les données de l'examen clinique et de l'imagerie ou faites au cours des endoscopies.

Au terme de l'ensemble de cette démarche on aura abouti au diagnostic de cancer; de plus, on aura réalisé une grande partie du bilan d'extension.

Ce bilan sera complété en fonction de la tumeur, de son type de drainage lymphatique et des sites métastatiques préférentiels.

Au terme du bilan une stadification sera établie selon des critères internationaux (classification TNM ou par stades).

Stadification

Il existe plusieurs systèmes de stadification des tumeurs :

Le **"TNM"** est le plus classique :

Le T correspond aux caractéristiques de la tumeur primitive (taille, profondeur de l'envahissement,).

Le N correspond à l'état des ganglions de drainage. On qualifie une tumeur de NO quand il n'y a pas d'envahissement, de N1 ou N2 ou N3 selon la localisation des ganglions envahis.

Le M correspond à l'existence (M1) ou non (M0) de métastases à distance.

Lorsque la classification est déterminée après les constatations chirurgicales, on parle de pTNM.

Une **classification par stade** existe dans certains cas. Elle regroupe plusieurs types de présentation qui correspondent à des TNM différents. Ces classifications par stade sont surtout utilisés pour identifier des situations cliniques associées à des stratégies thérapeutiques communes.

En pratique selon le type de tumeurs on utilise préférentiellement l'une ou l'autre des classifications.

Par exemple le TNM est utilisé dans les cancers du sein, de la prostate, les cancers ORL. La classification par stade est utilisée de préférence dans les cancers gynécologiques, du colon, du poumon.

Il existe des équivalences entre les deux, elles sont d'un intérêt considérable pour établir le pronostic et le traitement mais aussi pour comparer de façon valable les résultats des études thérapeutiques.

Exemple de stadification:

Cancer du sein de 3 cm de diamètre avec un ganglion axillaire mobile homolatérale envahi sur les vingt prélevés et sans métastase à distance:

T2 N1 M0 ou Stade IIB (qui regroupe les T2N1M0 et les T3N0M0).

La stadification quelque elle soit va déterminer la stratégie thérapeutique qui sera, au mieux, définie dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire impliquant les différents acteurs des modalités thérapeutiques potentielles (chirurgie, radiothérapie, hormonothérapie, immunothérapie).

Annexe :

ECHELLE D'EVALUATION DE L'ETAT GENERAL

Etat général	Index OMS	Index Karnofski
Normal, pas de douleur Aucun signe de la maladie	0	100
Possibilité de mener une activité normale :signes ou symptômes mineurs de la maladie	0	90
Possibilité de mener une activité normale avec efforts quelques signes ou symptômes de la maladie	1	80
Incapacité de mener une activité normale ou de travailler	2	70
Nécessité d'une aide occasionnelle	2	60
Nécessité d'une aide importante et assistance médicale	3	50
Incapacité : nécessité de soins spéciaux et d'assistance	3	40
Incapacité sévère nécessitant l'hospitalisation	4	30
Grabataire	4	20
Phase terminale	4	10
Décès	5	0