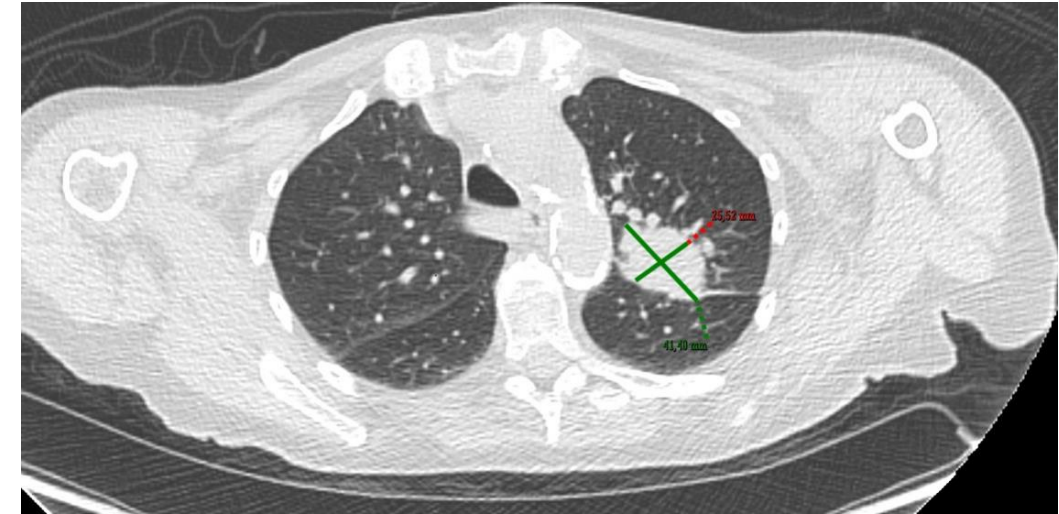




# SUSPICION DE CANCER: RÔLE DU MÉDECIN POLYVALENT?

- A. Pathologie potentiellement curable ou certainement incurable?**
- B. Patient accessible à un traitement?**
- C. Les cas particuliers**
- D. Pre-requis à une consultation en oncologie médicale**

## A. Identifier la situation thérapeutique



Lésion unique = maladie potentiellement curable  
Même si localement avancé

## A. Identifier la situation thérapeutique : situation potentiellement curative

### A. Traitement chirurgical est le traitement curatif

- **A condition d'une chirurgie complète (« R0 »)**
- **Alternative de radio-chimiothérapie exclusive dans certaines pathologies (ORL, poumon, col utérin)**

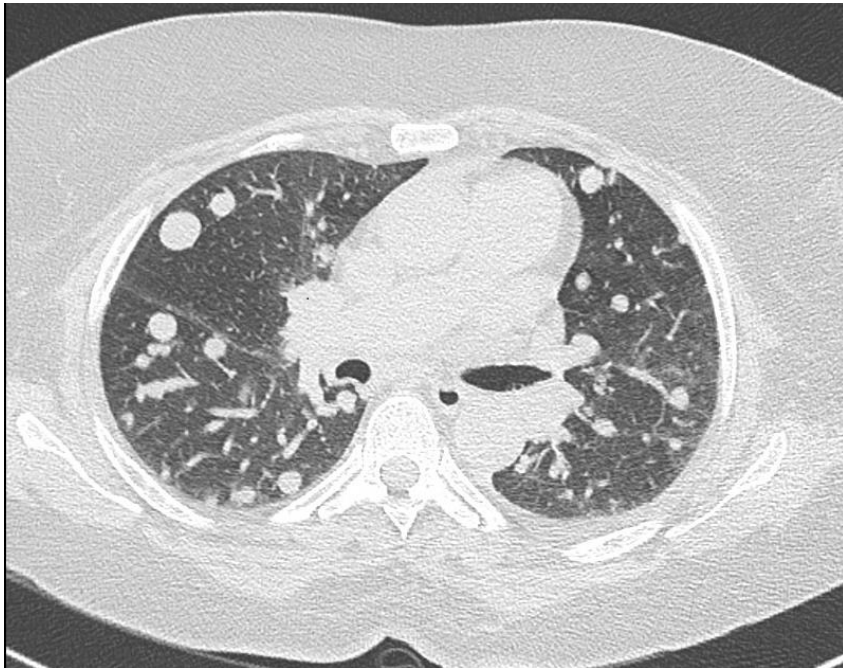
### B. Le traitement curatif peut être précédé d'un traitement systémique (chimio par exemple)

- **Objectif de réduction de la taille tumoral**
- **Permettre une exérèse de bonne qualité**
- **Diminuer le risque de rechute locale ou à distance**

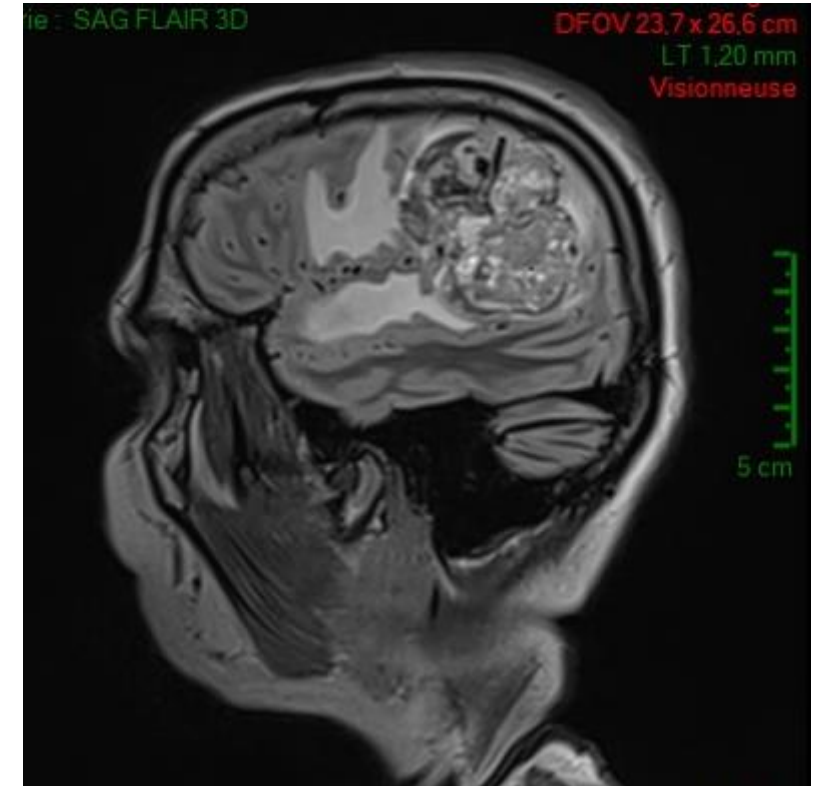
### C. Le traitement curatif peut être suivi d'un traitement local et/ou systémique

- **Objectifs de diminution du risque de rechute locale ou à distance**

## A. Identifier la situation thérapeutique



Atteinte poly-métastatique =  
situation palliative





## A. Identifier la situation thérapeutique



Faire une hypothèse sur le primitif éventuel avec des moyens simples!

- Epidémiologie : sein, poumon, prostate, colon
- PSA -> prostate
- EPS, chaîne légère -> Myélome
- aFP -> CHC
- HCG chez l'homme -> tumeur germinale
- Imagerie simple : TDM TAP
  - Rechercher la « grosse » lésion!

## A. Identifier la situation thérapeutique: situation définitivement incurable

### A. Le traitement palliatif est plutôt systémique (= global)

- **Chimiothérapie**
- **Hormonothérapie**
- **Traitements antalgiques, de la dyspnée, ...**
- **Prise en charge sociale et adaptation du domicile/ perte d'autonomie**

### B. Les traitements focaux peuvent être envisagés:

- **Radiothérapie à visée antalgique, décompressive ou hémostatique**
- **Chirurgie (levée d'obstacle, stomie de décharge, talcage pleural, laminectomie ...)**

On a le droit de mourir sans une goutte de chimiothérapie dans les veines...!

## B. Accessibilité du patient à un traitement?

Evaluation globale = médecine polyvalente

- **Comorbidités**
- **ATCD**
- **Traitements en cours**
- **Autonomie antérieure (6-12 mois) et récente**
- **Dénutrition**
- **Evaluation cognitive**
- **Evaluation sociale/ plan d'aide, aidant principal**
  
- **S'aider des ressources locales si nécessaire -> UMG, EMSP, medecin traitant**

## B. Accessibilité du patient à un traitement?

### Les freins à un traitement

- **OMS 3 ancien**
- **Dépendance importante pour les actes de la vie quotidienne**
- **IRC (cl<20 ml/min), IC (FEVG<20%), cirrhose décompensée**
- **Démence sévère**
- **Diabète multi-complicqué**
- **Dénutrition sévère**
- **Situation sociale précaire, isolement géographique**
- **Refus du patient**



**« Si le patient est non accessible à un diagnostic,  
il est non accessible à un traitement ! »**



# SAVOIR S'ARRETER !

Tout médecin est capable de faire des soins de confort

## A. Maladie métastatique (incurable) et patient non accessible à un traitement:

- **Orientation vers des soins de confort très probablement**
- **Réalisation d'imagerie uniquement sur point d'appel clinique et si modifie la thérapeutique**
- **Pas de poursuite du bilan d'extension**
- **Pas de TEP, d'IRM, d'endoscopies ...**
- **Pas de biopsie**



## B. Plus-value de l'oncologue médical?

- **Une simple coup de téléphone peut suffire!**
- **Confirmation de la prise en charge symptomatique exclusive**
- **Aide à l'équilibre symptomatique (expérience de soins palliatifs si pas d'EMSP)**
- **Consultation d'annonce non indispensable => uniquement si difficulté d'acceptation du patient ou de la famille**

## C. Cas particuliers - hormonothérapie

### A. Cancer du sein

- **Hormonosensibilité doit être prouvée si possible par une biopsie (simple) – statut RH**
- **Possible hormonothérapie d'épreuve**
- **1cp/j**
- **Efficacité réelle, longue à apparaître (3 mois) souvent durable (2 ans)**
- **Peu de toxicité prévisible**

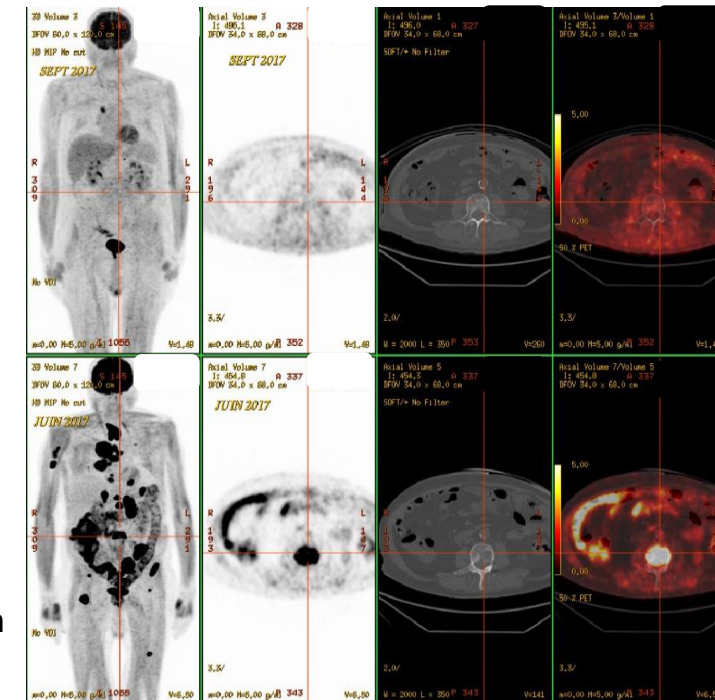
### B. Cancer de prostate

- **Biopsie non systématique si PSA > 100 et lésions osseuses osteocondensantes**
- **Pas de preuve de l'hormonosensibilité**
- **1 injection mensuelle/trimestrielle ou semestrielle d'analogue LHRH**
- **Efficacité réelle, longue à apparaître (2-3 mois) souvent durable (plusieurs années)**
- **Peu de toxicité prévisible**

## C. Cas particuliers – thérapies « ciblées » et immunothérapie

### Mélanome

- **Atteinte polymétastatique souvent diffuse (sous-cutanée, musculaire) et symptomatique**
- **Pas de lésion primitive vraiment identifiée**
- **ATCD mélanome (« grain de beauté pas joli »)**
- **Biopsie nécessaire et indispensable**
- **Mutation BRAF V600E -> thérapie ciblée anti BRAF anti MEK**
  - ❑ avec efficacité rapide (7 jours)
  - ❑ parfois durable (20% de répondeurs longs > 5 ans)
  - ❑ Profil de toxicité favorable y compris chez des patients agés polypathologiques
- **Absence de mutation -> immunothérapie**
  - ❑ Efficacité retardé (2 mois)
  - ❑ Parfois durable (> 50% de survivants à 5 ans), discussion même d'une possible guérison
  - ❑ Profil de toxicité favorable y compris chez des patients agés polypathologiques



## C. Cas particuliers – thérapies « ciblées » et immunothérapie

### Adénocarcinome pulmonaire avec profil mutationnel ou PDL 1 > 50%

- **Atteinte polymétastatique souvent diffuse (sous-cutanée, musculaire) et symptomatique**
- **lésion primitive pulmonaire identifiée**
- **Patient petit ou non fumeur**
- **Biopsie nécessaire et indispensable**
  
- **Mutation identifiée-> thérapie ciblée**
  - ❑ avec efficacité rapide (7 jours)
  - ❑ parfois durable
  - ❑ Profil de toxicité favorable y compris chez des patients agés polypathologiques
  
- **Absence de mutation mais PDL1 > 50% -> immunothérapie (sans chimio)**
  - ❑ Efficacité retardé (2 mois)
  - ❑ Parfois durable (> 50% de survivants à 5 ans), discussion même d'une possible guérison
  - ❑ Profil de toxicité favorable y compris chez des patients agés polypathologiques

## C. Cas particuliers : cancer de primitif indéterminé

A. Pas de lésion primitive évidente

B. Atteinte poly métastatique

C. Epidemiologie : pancréas, poumon, melanome, lymphome

D. Réaliser un diagnostic sans perte de temps

- Pas d'examens morphologiques multiples (ex: TAP-> scinti os -> TEP -> TEP choline...)
- Pas d'endoscopie multiple en l'absence de point d'appel
- Aucun examen morphologique ne permet d'obtenir le diagnostic
- Identifier une cible accessible pour une biopsie facile (plusieurs biopsies du meme site)

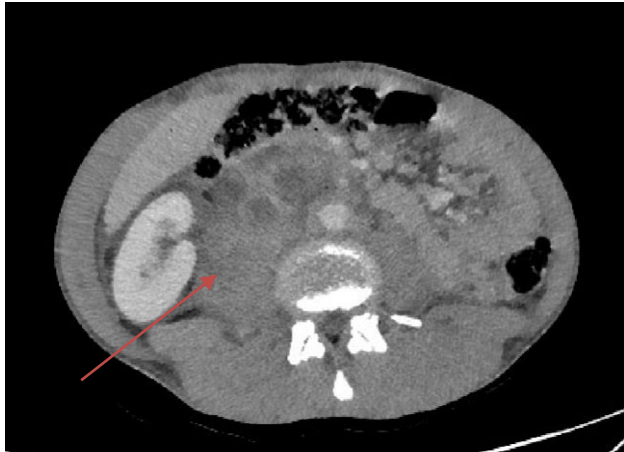
E. Contacter l'anatomopathologiste:

- Souvent profil tumoraux très indifférencié
- Nécessité de marquages IHC complémentaires
- Le diagnostic anapath n'est pas infallible ... (confronter au contexte clinique!)



## C. Cas particuliers : tumeur germinale métastatique

- A. La seule urgence cancérologique!
- B. Sujet jeune (moins de 40 ans)
- C. Atteinte poly-métastatique : ganglions, poumon ++
- D. Complications locales : thrombose profonde, embolie pulmonaire, péricardite ...
- E. Palpation testiculaire (surprise!)
- F. Marqueurs tumoraux: aFP, HCG et LDH
- G. Diagnostic différentiel : lymphome (même urgence)
- H. Objectif de **traitement curatif**



**APPEL ONCOLOGUE SANS DELAI**



## D. Pré-requis à une consultation d'oncologie médicale

### A. PREVENIR le patient

### B. Diagnostic de cancer = diagnostic anatomopathologique

- **Biopsie indispensable**
- **Lésion primitive ou secondaire**
- **Site facilement accessible et peu risqué (ex: foie, nodules sous-cutanés, ganglions)**
- **Technique mini-invasive -> radiologie interventionnelle, endoscopie**
- **Si possible éviter l'os (décalcification = perte d'information) sauf si geste thérapeutique associé (cimentoplastie)**

### C. Bilan d'extension simple: TDM TAP souvent bien suffisant

- **TEP si suspicion d'hémopathie (lymphomes)**
- **Scinti os si cancer ostéophile -> sein, prostate, poumon, rein**

### D. Bilan pré-thérapeutique simple

- **Num, iono, BH, albumine, prealbumine, calcémie corrigée**

### E. La RCP?

- A. Suspicion de cancer = angoisse du médecin ou du patient?
- B. Un oncologue peut-être sollicité simplement pour un avis.
- C. Rôle du med polyvalent: Prendre le temps de se poser les bonnes questions
  - **Situation curative ou palliative**
  - **Patient accessible à un traitement (selon la situation identifié)**
  - **Informer le patient de la suspicion diagnostic**
  - **Connaitre les souhaits du patient (Etat d'esprit du patient / à la PEC potentielle en particulier chimio)**
  - **Gérer les complications immédiates ou menaçantes (même en l'absence de diagnostic)**
- D. Un bilan d'extension simple : TDM TAP peut souvent suffire
- E. Une preuve anatomopathologique « facile »