

Tour d'été d'oncologie – 2024 Lyon Est

Bonjour à tous,

Voici les QI à préparer pour le tour d'été d'oncologie. Il y a un plus grand nombre de questions que pour les tours habituels ; cela est lié au fait que les temps junior teacher et senior seront mixés, ce qui nous laisse le temps d'aborder plus de sujet.

La correction commencera très probablement par l'oncologie d'organe ; ne vous inquiétez pas en tous cas si on ne suit pas l'ordre exacte des questions tel que ci-dessous lors de la correction.

A lundi, et bon courage !

Quentin et Léa

Oncologie générale

Quel est le facteur de risque de cancer de vessie le plus fréquent en Europe ?

- Exposition professionnelle
- Tabagisme
- Antécédent personnel de radiothérapie pelvienne
- Voyages en zone d'endémie de la bilharziose
- Antécédents familiaux de cancers urologiques

Quels sont les facteurs de risque du cholangiocarcinome ?

- Tabagisme
- Contraception oestro-progestative
- Cholangite sclérosante primitive
- Cirrhose
- Lithiase biliaire

Quel est le principal facteur de risque de cancer du pancréas ? (réponse attendue en 1 à 5 mots sans abréviation)

Réponse :

Concernant les agents infectieux favorisant les cancers, quelles associations sont justes ? (une ou plusieurs réponses exactes)

- Treponema pallidum et cancer du pénis
- Helicobacter pylori et cancer de l'œsophage
- Virus de l'Hépatite B et carcinome hépato-cellulaire
- Papillomavirus Humain et cancer de l'ovaire
- Virus Epstein Barr et carcinome indifférencié du nasopharynx

Quels sont les facteurs de risque professionnels de cancer bronchique ?

- L'exposition aux poussières d'amiante
- L'exposition à la silice cristalline chez un tailleur de pierres
- L'exposition aux hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP)
- L'épandage de pesticides chez un viticulteur
- L'exposition aux poussières de farines chez un artisan boulanger

Vous recevez en consultation de médecine générale un patient de 54 ans pour renouvellement de ses traitements habituels. Au décours de la consultation, vous souhaitez faire le point sur le dépistage des cancers chez ce patient. Il présente comme antécédent une maladie de Crohn globalement équilibrée depuis dix ans et une maladie de Lyme primaire traitée. Il est tabagique actif, estimé à 40 paquets années. Il ne rapporte pas d'antécédent familial de cancer. Il est non consommateur d'alcool, et travaille comme ingénieur dans les data données. Il est originaire du Vietnam, où il a vécu jusqu'à ses 22 ans avant de venir en France.

Chez ce patient, quel(s) examen(s) est ou sont recommandé(s) dans le cadre du dépistage individuel et organisé ?

- Cytologie urinaire
- Dosage de PSA avec toucher rectal
- Test FIT sur selles
- Scanner thoracique low-dose
- Nasofibroskopie

Concernant ce même patient, pour quel(s) cancer(s) possède-t-il une augmentation du risque relatif de survenue par rapport à la population générale ?

- Cancer de prostate
- Cancer urothélial
- Cancer du nasopharynx
- Carcinome hépatocellulaire
- Glioblastome

Parmi les cancers suivants, lesquels sont les trois plus fréquents en France (hors tumeurs cutanées) ?

- Cancer du sein
- Cancer du poumon
- Cancer de l'estomac
- Cancer colorectal
- Cancer de la prostate

Vous discutez en RCP du dossier de Mme KENOBI, s'étant récemment vue diagnostiquée un cancer du sein métastatique osseux et ganglionnaire, classé pT4cN2aM1. Le dernier scanner a notamment mis en évidence des lésions osseuses L3-L4 et l'atteinte d'un ganglion mésentérique supérieur.

Concernant sa classification TNM, quelle(s) réponse(s) est ou sont exacte(s) ?

- La classification « N2a » est lié à l'atteinte du ganglion mésentérique
- Cette tumeur est de stade IV
- Cette classification a été permise par les données de l'imagerie seule
- La lésion primitive envahit une ou plusieurs structures adjacentes au sein
- La prise en charge de cette tumeur sera probablement non curative

Un patient de 79 ans est hospitalisé dans votre service de pneumologie dans le cadre d'une toux avec hémoptysie - sans gravité et spontanément résolutive - ayant fait découvrir une image suspecte du lobe inférieur droit, juxtabronchique, sur un scanner thoracique. Cette dernière a été ponctionnée par voie écho-endoscopique, confirmant la présence d'un adénocarcinome. Le patient a également pu bénéficier d'un scanner abdominopelvien et d'une IRM cérébrale ne retrouvant pas de lésions suspectes

Vous souhaitez compléter le bilan d'extension de cette tumeur. Quel examen vous manque-t-il ? (réponse attendue en 1 à 5 mots sans abréviation)

Réponse :

Vous recevez en consultation une femme de 52 ans, non tabagique, s'étant vue diagnostiquer une tumeur épidermoïde de l'oropharynx, p16+, étendue sur 2,5 cm de hauteur. Le prélèvement a été réalisé en panendoscopie sous anesthésie générale, qui n'a pas visualisé d'autres lésions suspectes. Votre examen clinique ne met pas en évidence d'autre anomalie que l'induration connue.

Concernant cette patiente, quel(s) examen(s) va ou vont constituer son bilan d'extension ?

- IRM cervico faciale
- Orthopantomogramme
- PET au 18FDG
- Echographie transthoracique
- TDM thoracique
- Dosage de l'albumine
- Epreuve d'effort
- Scanner cervico-facial injecté
- Imagerie cérébrale
- Fibroscopie bronchique
- Dosage du SCC
- Épreuves fonctionnelles respiratoires

Vous recevez en consultation une femme de 77 ans s'étant vue diagnostiquer une tumeur épidermoïde du col utérin dans un contexte d'écoulement génital suspect. La colposcopie a permis de mettre en évidence une lésion bourgeonnante de l'exocol infiltrant le fond vaginal, qui a été biopsiée ; et l'échographie endovaginale montre une extension paramétriale.

Concernant le bilan d'extension, quelle(s) réponse(s) retenez-vous comme exacte(s) ?

- La tomодensitométrie est équivalente à l'IRM pour l'extension locale
- Un TEP au 18FDG est nécessaire
- Une coelioscopie doit être proposée
- Le premier relai ganglionnaire à explorer est le relai lombo-aortique
- L'échographie est suffisante au bilan d'extension locale

Vous recevez en hospitalisation un homme de 67 ans chez qui un diagnostic de carcinome épidermoïde de l'oesophage métastatique d'emblée a été posé dans un contexte de dysphagie. Il présente un tabagisme actif estimé à 50 PA, un antécédent d'ulcère de l'estomac sur infection à H. pylori traité et d'urticaire sous CETIRIZINE au besoin.

Cliniquement, il présente une asthénie majeure avec difficultés à faire sa toilette seule ; et se fait aider par sa femme pour la plupart des actes quotidiens. Il a perdu sept kilos sur le dernier mois, pour un poids de forme à 60 kg. La prise de sang objective une créatinine à 57 $\mu\text{mol/l}$, une hémoglobine à 11 g/l, et des lymphocytes à 0.3 G/l.

Une chimiothérapie est envisagée chez ce patient. Chez lui, quel(s) critère(s) de mauvais pronostic concernant l'évolution de sa tumeur retenir-vous ?

- Le statut nutritionnel
- L'antécédent d'ulcère
- L'état général
- La prise de CETIRIZINE
- Le stade au diagnostic

Une biopsie d'une tumeur fixée dans du formol tamponné et incluse en paraffine :
(une ou plusieurs réponses exactes)

- Est nécessaire pour affirmer le diagnostic de cancer
- Permet de préciser le type histologique du cancer
- Permet de faire des examens de biologie moléculaire
- Permet un archivage du tissu
- Permet de réaliser des immunomarquages

Quelles sont les tumeurs devant impérativement être adressées à l'état frais au laboratoire d'anatomie et cytologie pathologiques ? une ou plusieurs réponses exactes

- Tumeurs pédiatriques
- Tumeurs du sein
- Suspicion de lymphome
- Tumeurs de la prostate
- Tumeurs du rein

Quels sont les organes pour lesquels les carcinomes épidermoïdes et les adénocarcinomes sont les deux principaux types histologiques ?

- La prostate
- Le col utérin
- L'oesophage
- Le côlon
- Le poumon

Quelle est la tumeur maligne du rein la plus fréquente chez l'adulte ? (réponse attendue en 1 à 5 mots sans abréviation)

Réponse :

Quelle est la famille de tumeur osseuse maligne la plus fréquente chez l'adulte ? (réponse attendue en 1 à 5 mots sans abréviation)

Réponse :

Indiquez les organes pour lesquels les carcinomes épidermoïdes font parties des principales tumeurs malignes primitives

- Le larynx
- Le col utérin
- La peau
- L'oesophage
- Le poumon

Parmi les cancers du corps utérin, quel type histologique est le plus fréquent ?

- Carcinome séreux
- Leiomyosarcome
- Carcinome endométrioïde
- Carcinome à cellules claires
- Carcinosarcome

Vous recevez en consultation une femme de 28 ans s'étant faite opérée d'une tumeur mammaire par tumorectomie. Vous disposez du compte-rendu suivant.

Nature de prélèvement : Tumorectomie sein gauche et ganglion sentinelle

Renseignements cliniques : Nodule ACR 4 de 21 mm du quadrant supéro-interne du sein gauche. Carcinome mammaire infiltrant sur biopsie. Pas d'antécédent de cancer du sein.

Compte rendu :

1. Ganglion sentinelle.

Deux ganglions de 1,2 et 1,4 cm sont adressés. Ils ont été recoupés et inclus en totalité. L'examen de coupes sériées ne montre pas d'envahissement métastatique.

2. Tumorectomie.

La pièce de tumorectomie du quadrant supéro-interne interne du sein gauche mesure 5 x 4,5 x 2,5 cm et pèse 32 g. La pièce a été marquée à l'encre de chine noir en profondeur, violette en superficie, bleu en externe, verte en interne, jaune en inférieur, rouge en supérieur. A la coupe, on retrouve un nodule tumoral blanchâtre spiculé de 1,6 x 1,8 x 1 cm affleurant la limite supérieure.

Prélèvements : 2A à 2D tranches médianes complète, 2E2F tranches médianes complète, 2H bord profond, 2G bord superficiel.

L'examen microscopique montre une prolifération carcinomateuse infiltrante mal limitée. Les cellules tumorales sont agencées en amas et en travées, avec très rares ébauches de lumière glandulaire (différenciation 3). Les noyaux ont un nucléole proéminent. Certains d'entre eux sont très volumineux et irréguliers (pléomorphisme nucléaire 3). Les mitoses sont comptées à 11 mitoses pour 10 champs au fort grossissement (mitoses 2). La stroma réaction est fibreuse, peu inflammatoire. Il n'est pas observé d'image d'embolie vasculaire franc.

Il existe un contingent de carcinome canalaire in situ. Les canaux sont comblés d'une prolifération d'architecture solide. Les noyaux sont volumineux. Il existe des plages de comédonécrose.

Les limites d'exérèse chirurgicale sont passées en tissu sain.

EVALUATION IMMUNO-HISTOCHEMIQUE DES RECEPTEURS HORMONAUX

- récepteurs des œstrogènes RE (clone SP1 - Ventana) : 100% des cellules (intensité ++)
- récepteurs de la progestérone RP (clone 1E2 - Ventana) : 30% des cellules (intensité ++)

EVALUATION IMMUNOHISTOCHEMIQUE DU STATUT HER2-neu

Résultats : Score 2 (++) ou équivoque : marquage membranaire complet faible ou modéré de plus de 10 % des cellules

Concernant ce compte-rendu :

- La tumeur est RO
- Le marqueur HER 2 a une valeur pronostique
- Le marqueur RE a une valeur théranostique
- Le score Scarff - Bloom - Richardson (SBR) est calculable sur la base de ce compte-rendu
- Cette tumeur sera classée pN0

Quel examen complémentaire doit demander l'anatomopathologiste concernant le statut HER 2 ?

Réponse :

Vous recevez en hospitalisation un patient de 77 ans présentant une altération de l'état général avec perte de poids et fébricule vespéral avec bilan infectieux négatif. Un scanner TAP a permis de mettre en évidence une masse colique droite avec métastases hépatiques, pulmonaires et ganglionnaires. Vous retrouvez notamment à la palpation un ganglion de Troisier, pour lequel vous programmez une cytoponction.

Quel(s) élément(s) pertinent(s) allez-vous rechercher sur le compte-rendu anatomopathologique ?

- Une perte de cohésion des cellules tumorales entre elles
- Une instabilité des microsatellites
- Un franchissement de la membrane basale
- La présence de nécrose
- L'aspect cytologiques des cellules prélevées

Thérapeutique

Quels marqueurs sont prédictifs de réponse (ou de non réponse) à une thérapie ciblée ? (une ou plusieurs réponses exactes)

- Amplification de MDM2 dans le liposarcome
- Mutation d'EGFR dans l'adénocarcinome broncho-pulmonaire
- Expression de TTF-1 dans l'adénocarcinome broncho-pulmonaire
- Mutation de BRAF dans le mélanome
- Mutation de KRAS dans le cancer colo-rectal

Un patient de 42 ans est traité pour un carcinome épidermoïde du nasopharynx par CISPLATINE - DOCETAXEL - 5 FU puis radiothérapie locale. Quelles toxicités surveiller ?

- Neuropathie périphérique
- Ostéoradionécrose mandibulaire
- Neutropénie fébrile
- Complication cardiaque
- Cataracte

En fin de radiothérapie post-opératoire d'un cancer du sein, une patiente consulte pour un oedème du MSD lentement progressif. Depuis quelques jours, elle est fébrile. Quelle est l'hypothèse diagnostique la plus probable expliquant l'aspect du membre supérieur ?



- Zona
- Fasciite nécrosante
- Lymphangite
- Radiodermite
- Larva Migrans

Vous recevez en hospitalisation conventionnelle un patient de 27 ans sans antécédent notable, s'étant récemment vu diagnostiquer une tumeur germinale du testicule pour laquelle une chimiothérapie par Bléomycine – Etoposide – Cisplatine a été décidée. Il entre ce jour pour sa première cure où il doit recevoir ces trois molécules.

Quel(s) élément(s) devez-vous vérifier avant de pouvoir lancer la chimiothérapie chez ce patient ?

- La présence d'une voie veineuse centrale
- Un DFG stable et supérieur > 60 ml/min
- L'absence de thrombopénie inférieure à 100 G/l
- L'absence de déficit en DPD (dihydropyridine peroxydase)
- La réalisation d'un dépistage sérologique VIH, VHB et VHC

Vous recevez en consultation une patiente de 67 ans ayant récemment été opérée par tumorectomie d'un carcinome infiltrant non spécifique RH+ HER 2 non surexprimé de 3 cm. Une indication de chimiothérapie adjuvante par adriamycine, cyclophosphamide et paclitaxel a été posée.

Parmi les suivants, quels sont les 4 effets indésirables dont vous pouvez prévenir la patiente concernant cette association ?

- Risque de neutropénie fébrile
- Insuffisance rénale tubulaire
- Fibrose pulmonaire
- Alopécie
- Thyroïdite
- Angor à l'injection
- Neuropathie périphérique
- Syndrome cholinergique
- Maladie vaso-occlusive hépatique
- Insuffisance cardiaque
- Encéphalopathie

Vous souhaitez proposer un traitement par PEMBROLIZUMAB, une immunothérapie anti PDL1, à un homme de 67 ans présentant un adénocarcinome pulmonaire métastatique.

Dans cette situation, quelle(s) réponse(s) est ou sont exacte(s) ?

- En cas d'effet indésirable grave, une corticothérapie forte dose peut être initiée
- Ce traitement vise à induire une immunodépression
- Des thyroïdites peuvent être observées
- L'expression du PDL1 sur une biopsie est un facteur prédictif de la réponse au traitement
- Il existe un fort risque de neutropénie fébrile

Vous recevez en consultation un patient de 67 ans présentant un carcinome épidermoïde de la base de la langue avec atteinte ganglionnaire cervicale haute associée chez qui une prise en charge par radiothérapie a été décidée. Il recevra une dose de 66 Gy en 33 fractions sur l'ensemble des lésions repérées avec une dose plus faible au niveau des zones à risque d'extension.

Vous souhaitez lui expliquer les effets indésirables de ce traitement. Que pouvez-vous citer ?

- Dénutrition
- Dysphonie
- Pneumopathie radique
- Radiodermite
- Ostéonécrose de mâchoire

Vous souhaitez initier un traitement par CETUXIMAB – un anticorps monoclonal anti-EGFR – chez un patient atteint d'une tumeur épidermoïde ORL. Concernant ce traitement, quelle(s) réponse(s) est ou sont exacte(s) ?

- Ce traitement vise l'angiogénèse
- Il s'agit d'un traitement intraveineux
- Il agit par pénétration au sein de la cellule tumorale
- Il nécessite la présence d'une mutation du gène EGFR pour être utilisé
- Il existe une toxicité hématologique importante

Vous recevez en hôpital de jour une femme de 67 ans suivie pour un adénocarcinome du poumon et bénéficiant d'une chimiothérapie par Cisplatine Pémétréxed ; protocole à très haut risque émétisant. Vous souhaitez pouvoir prévenir les nausées chez cette patiente.

Quelle(s) molécule(s) pouvez-vous proposer dans une optique préventive ?

- Ondansétron
- Oxazepam
- Métoprolole
- Prednisone
- Aprepitant

Vous recevez en consultation une femme de 62 ans en cours de chimiothérapie adjuvante par ADRIAMYCINE CYCLOPHOSPHAMIDE pour frissons. La dernière cure a eu lieu il y a 9 jours. A l'interrogatoire, elle rapporte quelques brûlures mictionnelles depuis 3 jours, sans autre élément discriminant.

A l'examen clinique, la température est à 39,2°, FC 112 bpm, associé à une tension à 82/56 et à une asthénie intense. Il n'y a pas de défaillance sur le plan neurologique ou respiratoire. La chambre implantable est propre sans signe d'inflammation.

La prise de sang vous montre les éléments suivants : PNN 0,21 G/l, CRP 266 mg/l. Quel(s) va ou vont être le(s) élément(s) de votre prise en charge ?

- Hospitalisation en urgence
- Hémostats sur chambre implantable seules
- Antibiothérapie comprenant de la Vancomycine
- Adjonction d'un aminoside
- Prévention secondaire de la neutropénie fébrile par G-CSF pour la prochaine cure

Soins de support

Vous recevez aux urgences un homme de 72 ans pour douleur abdominale d'apparition rapide, associée à un arrêt du transit. Il présente des vomissements depuis hier. A l'examen clinique, vous constatez un abdomen distendu, sensible, avec tympanisme à la percussion. Vous apprenez qu'il a été pris en charge il y a 8 mois par hémicolectomie droite dans le cadre d'un cancer du colon, avec chimiothérapie adjuvante.

Vous demandez un TDM abdominal injecté, qui retrouve ces images. Le radiologue vous précise ne pas observer de torsion sur bride ou de signe de souffrance digestive.



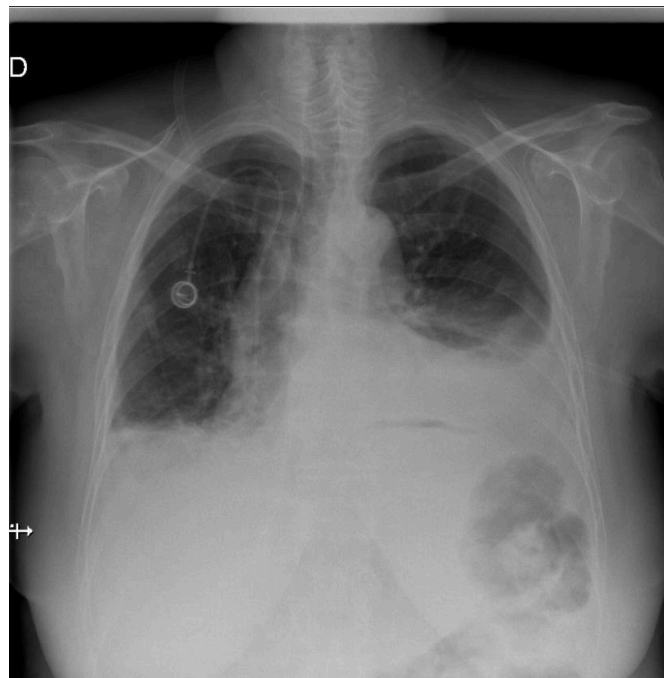


Quel(s) élément(s) va ou vont faire partie de votre prise en charge ?

- Corticoïdes intraveineux
- Laparotomie en urgence
- Anticholinergiques
- Mise à jeun
- Lavement évacuateur

Une patiente en soins de confort exclusif dans les suites de l'évolution non contrôlée d'un adénocarcinome de l'ovaire métastatique au niveau ganglionnaire, péritonéal et pulmonaire est hospitalisée dans votre service. Elle présente une tachypnée avec discrets signes de tirages sus-claviculaire.

A l'examen clinique, vous objectivez une diminution du murmure vésiculaire gauche jusqu'au 2^e tiers champ, sans crépitations ou sibilants associés. La saturation en air est à 96%. Il n'existe pas de signe de cœur droit. Il existe un abdomen gonflé avec matité à la percussion. Vous disposez de la radio pulmonaire suivante.



Quel traitement symptomatique médicamenteux de la dyspnée peut être envisagé ?

Réponse :

Vous recevez en hospitalisation un homme de 57 ans, suivi pour une tumeur urothéliale métastatique au niveau osseux, pour équilibrage antalgique. Ce dernier est actuellement traité par morphine LP 40 mg matin et soir, associé à des interdoses de 10 mg. Il présente des douleurs essentiellement au niveau lombaire et de l'hémibassin droit, continues, insomniantes ; associées à des douleurs en « éclair » dans la jambe, comme des décharges, sur un trajet que vous identifiez comme celui du nerf sciatique.

Les douleurs lombaires sont cotées entre 3 et 6 sur 10 en fonction des moments, mais il rapporte des pics douloureux à 10/10, notamment à la mobilisation, durant en général moins de 30 min. Il prend jusqu'à 9 interdoses par jour, mais il vous explique que le soulagement est de courte durée avec ces dernières, et surtout ne sont pas efficace sur sa jambe.

Il ne présente pas de signes de mauvaise tolérance de la morphine ou de franc effet indésirable par ailleurs.

Concernant les douleurs lombaires et de l'hémibassin du patient, que pouvez-vous proposer pour optimiser sa prise en charge antalgique ?

- Passage à une PCA de morphine
- Adjonction de tramadol
- Adjonction d'anti-inflammatoire en l'absence de contre-indication
- Remplacement des interdoses par du Fentanyl transmuqueux
- Radiothérapie antalgique

Concernant ce même patient, vous souhaitez également proposer une prise en charge adaptée pour les douleurs de sa jambe. Que pouvez-vous proposer ?

- Augmentation de la dose de fond de morphine
- TENS
- Initiation d'un traitement benzodiazépine
- Initiation d'un traitement par antiépileptique gabapentinoïde
- Adjonction de NEFOPAM

Oncologie d'organe

Quel est le type de tumeur solide, le plus fréquent chez l'enfant ?

- Neuroblastome
- Tumeur cérébrale
- Néphroblastome
- Tumeur osseuse
- Rétinoblastome

Vous recevez une patiente de 62 ans s'étant vue diagnostiquer un carcinome infiltrant non spécifique du sein gauche sur biopsie réalisée suite à une mammographie de dépistage. La taille de la tumeur est estimée à 13 mm sur l'imagerie. La biopsie montre les éléments suivants : RE 95%, RP 80%, HER2 +++. Le Ki67 est à 25%.

Quelle(s) modalité(s) thérapeutique(s) vont pouvoir être discutée(s) chez cette patiente ?

- Anti-aromatases
- Trastuzumab
- Chimiothérapie
- Radiothérapie
- Chirurgie

Vous recevez en consultation d'oncogénétique une patiente de 42 ans ayant récemment été traitée pour un cancer du sein HER2 surexprimé. A l'interrogatoire, vous apprenez que sa mère a déjà été traitée pour un cancer du sein. Vous suspectez une mutation BRCA.

Concernant cette consultation, quelle(s) information(s) pouvez-vous apporter à la patiente ?

- Le principal syndrome de prédisposition familiale suspecté est le syndrome de Lynch
- En cas de mutation BRCA, la patiente pourra bénéficier d'une annexectomie prophylactique
- La présence de cette mutation rend les traitements par anti-PARP envisageables
- L'absence de mutation exemptera la patiente de suivi post-thérapeutique
- Le gène BRCA est un oncogène

TCS

Vous recevez en consultation une patiente suivie pour un cancer du sein triple négatif

Si vous pensiez à...	Et que...	Alors...	
proposer une consultation d'oncogénétique	la patiente a 34 ans	Quelle est la pertinence de cet examen/consultation ?	
faire un dosage étudiant l'activité de la dihydropyrimidine déshydrogénase	la patiente va recevoir une association de chimiothérapie comportant anthracyclines, cyclophosphamide et paclitaxel		<ul style="list-style-type: none"> • Complètement inutile • Inutile • Ni plus ni moins utile
proposer une conservation de gamètes	la patiente, de 34 ans, va recevoir un traitement par chimiothérapie à visée curative		<ul style="list-style-type: none"> • Utile • Très utile

Vous recevez une femme de 57 ans s'étant vue découvrir, sur un bilan de métrorragies dans un contexte de traitement hormonal de la ménopause type continu, un kyste de l'ovaire d'aspect hétérogène, de 4 cm, plutôt irrégulier. L'échographie a également mis en évidence une fine lame d'épanchement dans le cul de sac de Douglas.

Concernant cette lésion, quelle(s) réponse(s) retenez-vous comme exacte(s) ?

- Un complément d'exploration par IRM est nécessaire

- Le dosage du CA 125 a ici un intérêt diagnostique et pronostic
- Ce genre de lésion correspond le plus souvent à une tumeur germinale
- La petite taille du kyste exclut une étiologie maligne
- Une documentation histologique peut être obtenue par voie génitale

Vous recevez en consultation une femme de 82 ans pour métrorragies. Elle décrit des saignements intermittents, non douloureux, survenant maintenant depuis six mois. Elle est traitée pour une hypertension et a été victime d'un infarctus il y a 3 ans, avec pose de stent et insuffisance cardiaque séquellaire.

Elle a bénéficié d'un traitement hormonal de la ménopause oestroprogestatif pendant cinq ans après ménopause à 55 ans. Cliniquement, elle présente une obésité avec IMC à 32. L'examen gynécologique au spéculum ne montre pas d'anomalie évidente, pas d'issue de sang.

Dans cette observation, quel(s) élément(s) est ou sont en faveur d'une tumeur de l'endomètre ?

- L'âge de la ménopause
- La chronicité des saignements
- Le traitement hormonal substitutif
- L'âge de la patiente
- L'obésité

Vous recevez en consultation un homme de 52 ans, présentant une intoxication alcoolo-tabagique chronique, qui se plaint d'otalgie évolutive depuis maintenant plusieurs semaines. Cette dernière est capricieuse, déclenchée notamment par la prise alimentaire, alternant dans le temps, ne cédant pas sous antibiotique ou anti-inflammatoire local. A l'interrogatoire, il vous rapporte également une gêne à la déglutition depuis quelques semaines.

Vous suspectez une tumeur ORL. Quelle localisation vous semble la plus probable au vu du tableau clinique ?

Réponse :

Vous recevez en consultation un homme de 52 ans s'étant vu diagnostiquer une tumeur du côlon gauche d'emblée métastatique hépatique, correspondant à la biopsie à un adénocarcinome lieberkühnien. A l'interrogatoire, vous apprenez que son père et un de ses frères plus âgé ont également été diagnostiqués d'un adénocarcinome colique il y a plusieurs années

Vous disposez du compte rendu d'anatomopathologie suivant :

COMPTE RENDU COMPLEMENTAIRE

Etude immunohistochimique

Les cellules tumorales expriment la CK7 expriment pas la CK20. Expression de CDX2.

Recherche de l'expression des protéines MMR

Une étude immunohistochimique a été réalisée sur la lésion tumorale, fixée et incluse en paraffine, utilisant les anticorps anti-MSH2 (Clone G219-1129 Ventana®), anti-MH1 (clone M1 Ventana®), anti-MSH6 (clone SP93 Ventana®), anti-PMS2 (clone A16-4 Ventana®). Le tissu normal a été utilisé comme témoin positif de la bonne réactivité de ces anticorps dans les conditions de fixation des prélèvements.

Les résultats, dans la limite de sensibilité de cette technique, sont les suivants :

- MSH2 : perte d'expression.
- MSH6 : persistance de l'expression de cette protéine par les cellules tumorales.
- MLH1 : perte d'expression.
- PMS2 : persistance de l'expression de cette protéine par les cellules tumorales.

Concernant ce patient, que pouvez dire ?

- Il existe un syndrome de Lynch confirmé
- Le phénotype de cette tumeur est dit "MSI"
- Ce profil immunohistochimique n'est retrouvé que dans les tumeurs coliques
- Une altération de la réparation de l'ADN a pu favoriser l'oncogenèse chez ce patient
- Les gènes du système MMR sont dits "suppresseurs de tumeur"

Vous recevez aux urgences une femme de 66 ans pour syndrome occlusif. Elle présente cliniquement un abdomen distendu avec tympanisme, associé à un arrêt des gaz depuis la veille. Le scanner injecté réalisé montre une occlusion avec niveau jonctionnel en regard d'une masse rectale haute. Il n'existe pas de signe de souffrance digestif, et il n'est pas identifié de lésion secondaire sur l'examen.

Quelle prise en charge peut être proposée dans cette situation ?

- Chirurgie de Hartmann
- Endoprothèse rectale
- Colostomie de proche amont
- Résection de la masse d'emblée avec conservation du sphincter externe
- Traitement médical seul avec mise à jeun

Vous souhaitez programmer le bilan pré-thérapeutique d'un patient atteint d'un carcinome épidermoïde de l'oesophage envahissant la séreuse, sans atteinte ganglionnaire. La RCP a validé une prise en charge par chirurgie seule selon Lewis-Santý.

Quel(s) examen(s) devez-vous prévoir ?

- EFR
- Albuminémie
- Sérologie VIH
- ECG
- Echo-doppler hépatique

Vous recevez en consultation une patiente s'étant vue diagnostiquée sur gastroscopie - réalisée dans un contexte d'hématémèse - un probable adénocarcinome de l'estomac. L'endoscopie a permis de mettre en évidence une lésion ulcéreuse de l'antré, étendue sur deux centimètres, non sténosante, sans autre anomalie notable de l'estomac.

Vous avez demandé un scanner TAP, qui montre une absence d'invasion ganglionnaire ou métastatique, mais qui a du mal à estimer l'atteinte locale. Vous êtes en attente de l'histologie. Que pouvez-vous dire à la patiente ?

- L'aspect endoscopique est très évocateur de linite
- Le principal facteur de risque de cette tumeur est le reflux gastro-oesophagien
- Vous demandez une écho-endoscopie complémentaire
- Une des thérapeutiques envisageables est la gastrectomie
- Le premier relai métastatique de cette tumeur est principalement le foie

Vous recevez en consultation un homme de 62 ans, suivi pour une tumeur du pancréas localement avancé considérée comme non résécable et sous chimiothérapie par GEMCITABINE.

Cliniquement, quel(s) élément(s) peu(ven)t vous faire évoquer une progression de la tumeur **locale** de ce patient ? Et une progression à **distance** ?

- L'apparition d'un diabète
- Une neutropénie fébrile
- Un ictère
- Une prise de poids
- Une fièvre avec bilan infectieux négatif
- Un amaigrissement
- Une masse en fosse iliaque gauche
- Un prurit
- Des selles décolorées
- Une augmentation du périmètre abdominal
- Une hépatosplénomégalie
- Une splénomégalie
- Un astérix
- Des oedèmes des membres inférieurs
- Des angiomes stellaires
- Une alternance diarrhée et constipation
- Des vomissements
- Des douleurs épigastriques

Vous recevez en consultation un homme de 67 ans s'étant vu découvrir une lésion hépatique suspecte sur un TDM abdominopelvien réalisé dans un contexte de suivi de lithiase urinaire.

Concernant cette lésion, quelles sont les 3 caractéristiques qui vous orienteraient en 1ère intention vers un carcinome hépatocellulaire plutôt qu'une lésion secondaire ?

- Un antécédent de VHC sans cirrhose
- Une consommation tabagique active
- Un antécédent de pancréatite chronique

- Un antécédent de cholangite sclérosante
- Une cirrhose CHILD C
- Une élévation du CA 15.3 à la prise de sang
- Une élévation de l'AFP à la prise de sang
- Un rehaussement intense de la lésion au temps artériel
- Un rehaussement intense de la lésion au temps portal
- La présence d'une fièvre
- La présence d'une hépatomégalie
- La présence d'un ictère

Vous recevez en consultation un patient de 32 ans présentant une grosseur du testicule et dont l'échographie est en faveur d'une masse tumorale, sans effraction de l'albuginée. Vous souhaitez prévoir la suite du bilan le concernant. Que pouvez-vous dire ?

- Il sera intéressant de doser le CA 19-9
- Les tumeurs du testicule sont souvent chimiorésistantes
- Il est nécessaire de proposer un bilan d'extension
- Une biopsie testiculaire doit être programmée
- La recherche d'une invasion ganglionnaire doit se concentrer sur les relais inguinaux

Vous recevez en consultation un homme de 72 ans s'étant vu réséquer un polype vésical découvert dans un contexte d'hématurie. Vous disposez du compte-rendu suivant :

Nature du prélèvement : résection de vessie

Renseignements cliniques :
Carcinome ?

Examen microscopique :

6g. Inclusion en quatre cassettes.

Les lambeaux de résection de vessie sont tous le siège d'une prolifération atypique et mitotique infiltrante. On observe des cellules cohésives aux noyaux augmentés de volume irrégulier parfois nucléolés. Cette prolifération se présente sous différents contingents : parfois les cellules sont jointives avec ponts d'union cytoplasmique, cadre clair et formation de globes cornés. Certaines de ces structures ne présentent pas de kératinisation ou des noyaux et cellules plus allongés.

Toutes les structures, sous forme d'amas, infiltrent les prélèvements jusqu'à la musculature. Absence d'embolie vasculaire. Présence d'engainement nerveux.

Muscle vu infiltré.

Conclusion : Résection de vessie :

Le phénotype histologique est plutôt en faveur d'un carcinome urothélial avec différenciation épidermoïde que d'un carcinome épidermoïde pur.

Absence d'embolie vasculaire. Présence d'engainement nerveux.

Muscle vu, infiltré. pT2

NB : immunohistochimie par l'anticorps anti-CK14 en cours.

Quelle(s) réponse(s) retenez-vous comme exacte(s) ?

- Il y a nécessité de demander un second-look
- Ce patient doit bénéficier d'un bilan d'extension
- Le carcinome épidermoïde et le carcinome urothélial sont deux entités histologiques différentes
- Ce patient ne nécessite pas de prise en charge complémentaire
- Le risque de récurrence de cette lésion est élevé

Vous recevez en consultation un homme de 65 ans s'étant vu découvrir un cancer de prostate dans le cadre d'un dépistage individuel avec élévation de PSA à 6.2 ng/ml. Le TR était normal, l'IRM repère une lésion suspecte dans le lobe prostatique supérieur droit, sans atteinte extraprostatique, et la biopsie confirme un adénocarcinome ISUP 1 sur un prélèvement dans cette même localisation.

Concernant ce patient, quelle(s) est/sont la/les réponse(s) exacte(s) ?

- L'IRM a été réalisée après biopsie
- Ce patient est à faible risque de récurrence selon la classification d'Amico
- Il sera nécessaire de compléter le bilan par un scanner TAP
- La biopsie a été réalisée par voie transurétrale
- Le score ISUP est un reflet de la différenciation des cellules tumorales

Concernant ce même patient, quelle(s) modalité(s) thérapeutique(s) peu(ven)t être discutée(s) en RCP ?

- Hormonothérapie
- Chirurgie
- Surveillance active
- Curiethérapie
- Radio-hormonothérapie

Vous suivez un patient atteint d'un cancer de prostate métastatique au niveau osseux récemment diagnostiqué sur un syndrome algique, chez qui a été décidé une première ligne de traitement par DEGARELIX - un antagoniste de LH-RH - et ACÉTATE D'ABIRATÉRONNE – une hormonothérapie de seconde génération.

Concernant cette prise en charge, quel(s) effet(s) indésirable(s) attendez-vous ?

- Effet flare-up
- Aggravation d'une cardiopathie préexistante
- Troubles de l'érection
- Epilepsie
- Nausées et vomissements

Vous recevez en hospitalisation une femme de 58 ans hospitalisée pour découverte de métastase cérébrale sur syndrome cérébelleux. La patiente a bénéficié d'une neuro-chirurgie en urgence pour résection de la lésion devant le risque d'engagement cérébral, qui a permis de retrouver une localisation secondaire d'un carcinome rénal à cellules claires.

Concernant cette tumeur, quelle(s) proposition(s) reteniriez-vous comme exacte ?

- Il est nécessaire de demander un examen à la recherche de lésions osseuses associées
- Cette tumeur a pu être favorisée par un antécédent d'hypertension
- Le primitif a pu se développer aux dépens des voies urinaires
- Ces lésions sont facilement résécables car peu vasculaires
- Il s'agit du premier cancer urologique chez la femme

Indiquez les deux tumeurs intra-crâniennes intra-axiales les plus fréquentes chez l'adulte :

- Méningiome
- Glioblastome
- Métastase
- Neuroblastome

Quelle tumeur intracrânienne de l'adulte est dérivée des neurones ?

Réponse :

Vous recevez en consultation une patiente de 57 ans, traitée il y a 8 ans par chirurgie et radiothérapie pour un cancer du sein G RH + HER 2 -. Elle décrit une faiblesse de la main droite, apparue depuis environ un mois et s'aggravant progressivement. Quels diagnostics devez vous évoquer parmi les suivants ? (3 réponses attendues)

- Déficit neurologique séquellaire de la radiothérapie
- Neuropathie liée au taxol
- Séquelle de la mastectomie
- Métastase cérébrale du cancer du sein
- Accident vasculaire cérébral
- Tumeur cérébrale primitive
- Compression d'un nerf par une métastase vertébrale
- Algodystrophie
- Sclérose Latérale Amyotrophique

En creusant l'interrogatoire, elle décrit une perte de force sans atteinte sensitive, sans douleur. De plus, elle décrit des difficultés pour marcher depuis quelques jours avec une sensation de dérobement de la jambe droite.

Quel examen paraclinique demandez-vous ?

Réponse :

Vous recevez en consultation un homme de 62 ans, fumeur actif à 50 paquets-années, s'étant vu découvrir une masse suspecte du lobe supérieur gauche de 4 cm, spiculée, sans contact pleural et se développant aux dépens d'une bronche segmentaire. Il a été proposé en RCP de biopsier cette masse.

Quelle(s) proposition(s) reteniriez-vous comme exacte(s) ?

- La ponction transpariétale sera le meilleur examen pour obtenir l'histologie
- La localisation est suspecte de tumeur épidermoïde
- Vous demandez une fibroscopie
- Vous annoncez au patient le diagnostic de cancer
- En cas d'histologie retrouvant une tumeur pulmonaire, il faudra demander un scanner TAP et une imagerie cérébrale

Vous recevez en hospitalisation une femme de 77 ans s'étant vue diagnostiquer un adénocarcinome du poumon gauche d'emblée métastatique au niveau surrénalien et hépatique. Une preuve histologique a pu être obtenue par fibroscopie.

Des compléments d'analyse sont en cours sur le prélèvement ; quelle(s) donnée(s) allez vous demander sur ce complément d'analyse qui serai(en)t susceptible(s) de modifier votre prise en charge thérapeutique ?

- Mutation EGFR
- Statut MSI
- Expression du PDL1
- Expression de CK 20
- Mutation BRAF