Université Salah Boubnider Constantine 3

Centre hospitalo-universitaire Benbadis Constantine

Cours de 4ème année de médecine

**Module onco-hématologie**

**TD :**

**Diagnostic des cancers**

Le : 19/04/2022

**Dr. BENSEHAMDI. A**

Maître assistante

Oncologie médicale

**Plan :**

I/ Introduction

1. Définitions

2. objectifs

II/ Diagnostic positif

1. Circonstances de découverte

*2*. Diagnostic clinique

3. Diagnostic para clinique

A/Diagnostic biologique

B/Diagnostic radiologique

C/Diagnostic endoscopique

D/ Diagnostic histologique

III/ Diagnostic différentiel

IV/ Diagnostic pré thérapeutique et pronostique

1. Bilan d’extension:

2. Bilan général et fonctionnel

V/ Pronostic

VI/ Conclusion

**I/ Introduction :**

* 1. **Définitions:**
* Le diagnostic de cancer est établi devant un symptôme d’alerte, cette définition s’oppose à celle du dépistage ; où on recherche à découvrir une tumeur en absence de symptôme (surtout sujet à risque).
* démarche aboutissant à l’affirmation d’un cancer chez un patient consultant pour un symptôme.

**2. Objectifs** :

* Arriver le plus rapidement possible au diagnostic.
* Connaissance histologique précise.
* Faire le bilan complet de la pathologie cancéreuse.
* Définir le stade du cancer que l’on va devoir traiter.
* Mettre en route un projet thérapeutique concerté

**II/ Diagnostic positif :**

1. **Circonstances de découverte :**

* **Symptôme révélateur +++** : douleur, hépatomégalie, lésions nodulaire, masse palpable.
* **Syndrome inflammatoire** : (fièvre persistante’ vs augmentée)
* **Signes généraux :** (A, A, A)
* **Métastase révélatrice** : ganglionnaires, osseuses, pulmonaires, hépatiques, cérébrales
* **Syndrome paranéoplasique** : ensemble de modification biologique et anatomoclinique non cancéreuse associée au développement d’un cancer

1. **Diagnostic clinique :**

**a/Anamnèse (interrogatoire) :**

* Histoire de la symptomatologie : début des symptômes, caractère, évolution…
* Antécédents personnels et familiaux.

**b/Examen clinique :**

(Inspection, palpation, percussion, touchers pelviens)

* examen de la zone d’appel.
* Les territoires ganglionnaires régionaux +++(ADP satellites)
* Les éventuelles métastases à distance
* noter (mobilité ou fixité, aspect), mesurer, photographier…

**3. Diagnostic para clinique :**

**A/Diagnostic biologique :**

* **Examens utiles pour le Diagnostic positif: / Marqueurs Tumoraux:** 
  + Ag onco-fœtaux (ACE, AFP)
  + Ag spécifiques d’organes (CA 125, CA 15.3, CA 19.9, SCC, PSA)
  + Enzymes (PAP, NSE)
  + Hormones et métabolites (HCG et βHCG, Calcitonine, Thyroglobuline
* **Examens utiles pour le bilan d’extension:**
  + Bilan phosphocalcique
  + Bilan hépatique
  + Bilan hématologique
  + LDH
  + Marqueurs Tmx: AFP, HCG =>> Tm germinales, AFP =>> CHC, PSA, =>> Kc prostate, TG =>> Kc différencié de la thyroïde

**B/ Diagnostic radiologique :**

1**. Radiologie conventionnelle :**

* garde une place malgré les progrès des techniques d’imagerie.
* Radio osseuses : tumeur primitive ou secondaire, myélome multiple
* Mammographie : ex de 1ère intention pour le sein.
* Télé thorax : kC Bronchiques médiastinales, thymiques

**2. Echographie et écho-endoscopie** :

* Examen peu coûteux, simple, non invasif
* A demander en 1ère intention pour une masse abdomino-pelvienne (VB, foie ,rein, pancréas, et même péritoine….)
* Echo rectale, vaginale
* Permet Biopsies ou cyto écho guidées.

**3. TDM :** Examen de choix

* Permet de rechercher des tumeurs dans tous les territoires  et bilan extension :
* (Cérébral, rachidienne, thoracique, abdominal, pelvienne…)

**4**. **IRM :**

* Meilleur contraste tissus mous avant l’injection de produit iodé.
* **Ci** : présence d’1 stimulateur cardiaque ou de clips chirurgicaux

**5. La tomographie par émission de positons: Le PET scan** :

* méthode d'imagerie médicale obtenue par injection d’un traceur faiblement radioactif par voie intraveineuse.
* Le marqueur est le plus souvent le **fluor 18** (18F) incorporé dans une molécule de **glucose** formant le 18F-fluorodésoxyglucose ( 18F-FDG) .
* permet de mesurer l’activité métabolique ou moléculaire d'un organe grâce aux émissions produites par les positons issus du produit radioactif.

**6. Scintigraphie osseuse au technetium 99m:**

Repose sur la fixation dans les structures osseuses de molécules phosphatées marquées au **technétium**-**99m**.

**7. Scintigraphie thyroïdienne:**

Elle fournit des informations morphologiques et fonctionnelles de la glande thyroïde.

**8. Imagerie interventionnelle:**

* C’est un examen qui permet d’apporter la preuve histologique cancers.
* Le guidage et le suivi des aiguilles s’effectuent par échographie ou par TDM.

**C/Diagnostic endoscopique :**

* Pour organes creux: Pan endoscopie, fibroscopie, coloscopie, cystoscopie
* Cœlioscopie ou laparoscopie visé diagnostic et thérapeutique
* Avantage: visualisation directe des lésions prélèvement biopsiques

**D/Diagnostic histologique** :

**1. La cytologie (étalement)*:***

* Par exfoliation (Col, Cavité buccale, lavage broncho alvéolaire)
* Liquidienne : par ponction d’un épanchement (Pleurésie ascite, LCR)
* ponction d’une masse
* Souvent moins performante (faux négatifs) : **une cytologie n’a de valeur que+**

**2. La biopsie +++ (fragment) :**

* Chirurgicale -Endoscopique (ORL, Branche, estomac, Colon)
* Radiologique (Sein, Foie, Rein, Prostate, Poumon, Gg Lombo-aortique)

**3- Immunohistochimie :**

* technique d'histologie visant à localiser une protéine donnée dans un tissu.
* Le principe repose sur la reconnaissance d'un antigène par un anticorps spécifique et la révélation de ce complexe antigène-anticorps par une réaction chimique grâce à une enzyme et son substrat.

**4-Le compte rendu anatomo-pathologique +++ :**

* **Aspect macroscopique**

**1. Formes classiques:**

**a. au niveau des revêtements:** (malpighien cutané, malpighien des muqueuses, cubocylindriques et excréto-urinaire):

* Cancer végétant ou exophytique;
* Cancer ulcéré;
* Cancer infiltrant;
* Cancer ulcéro-végétant ou ulcéro-infiltrant.

**b. dans les viscères et organes pleins:**

* Cancer nodulaire;
* Cancer massif;
* Cancer kystique;
* Cancer cavitaire;
* Cancer encéphaloide;
* Cancer squirrheux.
* **Aspect microscopique +++ :**

-variété histologique : ADK , carcinome , lymphome , sarcome …

-infiltration ou non au-delà de la membrane basale

-Différenciation -Grade -Limites de résection

-Envahissement ganglionnaire +++, Ruptures capsulaire

Elle permet de classer les cancers en fonction du tissu dont ils sont issus:

**1. Tumeurs solides:**

**a. carcinome:** Leur point de départ est un épithélium

**\* carcinomes malpigiens ou épidermoides**: ils ressemblent à l’épithélium de malpighi

\* adénocarcinome: leur point de départ est un épithélium glandulaire

\* carcinome excréto-urinaires ou transitionnels: (paramalpigiens ou urothéliaux) elles se trouvent seulement au niveau des voies urinaires excrétrices

**b. sarcomes:**

Ce sont des tumeurs de structure mésenchymateuse le plus souvent unitissulaire;

Selon leur tissu d’origine, on distingue les fibrosarcomes, liposarcomes, ostéosarcome…

**c. tumeurs à structure neuroectoblastique**

- Tumeurs neuroectoblastique proprement dites:ce sont des Tm de la névralgie(gliome) et du revêtement des cavités cérébrospinales SNC

- Tumeurs mésectodermiques:

* Tumeurs des méninges( méningiome)
* Ganglions nerveux sympathiques et parasympathique (ganglineurome, chémodectome)
* Gaines de schwan (schwannome)
* Système mélanogènique (mélanome malin)

**d. tumeurs de structure embryonnaire, uni ou pluritissulaires:**

* Plus ou mois matures: dysembryome
* Mois matures (Tm indifférencies): neuroblastome, néphroblastome(surtout chez l’enfant), choricarcinome d’origine placentaire, testiculaire, ou rarement ovarienne.
* Matures (très indifférenciées): forment des tératomes

**e. Tumeurs de structure composite uni ou pluritissulaire:**

* Elles sont formées de structures diverses associées: ex carcinome mixte épidermoide et glandulaire

**2. Tumeurs hématopoïétiques :**

**a. lymphome malin:**

* Non hodgkinien et la maladie de hodgkin

**b. leucémies:** leur point de départ se situe au niveau des cellules hématopoïétiques d’origine médullaire

**TRIADE:**

**Clinique – Radiologie – Histologie**

**=>>>**

**Diagnostic de certitude**

**III/ Diagnostic différentiel :**

* **Pathologies infectieuses:** virale, parasitaire, bactérienne
* **Pathologies bénignes :** lipome…
* **Pathologies malignes:** du même organe, en général ou métastase des autres cancers dans l’organe

**IV/ Diagnostic pré thérapeutique et pronostique :**  
  
**1. Bilan d’extension:**

**Clinique :**

* Extension locale : diamètre de la tumeur
* Extension régionale : extension aux organes voisinage, gg régionaux.
* A distance : HPM, SPM, épanchement pleural.

**Para clinique :**

* Radiologique : échographie, scanner, IRM
* Radio isotopique : scintigraphie, PET scan

**TNM, stadification :**

**Classement TNM:**

* **T**: tumeur, /**N**: nodes : ganglion, /**M**: métastases
* Le système TNM est une description abrégée de l’extension d’un cancer , il comporte deux classifications:

\* une classification clinique pré-thérapeutique, appelée TNM ou cTNM ( c pour clinical)

\*Une classification histo-pathologique postopératoire , appelée pTNM ( p pour pathological )

* le pTNM est plus pertinent que le cTNM pour l’évaluation du pronostic .

**Stades:**

* **Stade I**: T1 N0 M0( locaux) contrôle local aisé ,potentialité de guérison dans 70% a 90% des cas .
* **Stade II**: T2 et/ouN1 M0( extension loco-régionale avec risque de métastases occultes ) contrôle loco régionale possible , potentialité de guérison voisine de 50% des cas .
* **Stade III**: T3 et/ou N2 M0 ( extension aux organes de voisinage et forte probabilité de métastases occultes ) contrôle loco-régionale aléatoire , potentialité de guérison de l’ordre de 20% des cas .
* **Stade IV**: T4 et /ou M+, contrôle local impossible , guérison exceptinnelle.

**2. Bilan général et fonctionnel :** **Bilan du patient :**

* Evaluation des co-morbidités
* Etat général selon l’échelle OMS
* Etat cardiovasculaire: ECG; échocardiographie.
* Etat respiratoire: EFR.
* Etat rénal
* Etat neurologique
* Etat psychologique
* Etat nutritionnel

**V/ Pronostic :**

* A évaluer durant toutes les phases de la maladie.
* Dépend de 3 facteurs : Tumeur (siège, classification, histologie), patient (âge, tares, symptômes, EG) et Thérapeutique (qualité de la chirurgie).

**VI/ Conclusion :**

* Le diagnostic des cancers a bénéficié des progrès de l’imagerie moderne, notamment pour ce qui est du bilan d’extension préalable a tous traitement.
* Le diagnostic individuel précoce a une influence majeur sur le pronostic global améliorant les possibilités de contrôle local et diminuant le risque de métastase à distance.