

Oncologie  
Professeur Eric Raymond  
Lundi 31 janvier  
8h30-10h30  
BEN JAMAA sofia/ CACHEN laurie

## ED n °2 d'Oncologie Manifestations cliniques des cancers

### Plan du TD:

I-Introduction.

II-Premier cas clinique.

III-Second cas clinique

IV- Le Bilan d'extension.

V-Troisi ème cas clinique.

VI-Quatri ème cas clinique.

VII- Cinqi ème cas clinique.

Normalement ce TD est une suite de cas cliniques, mais le prof se servait de ceux-ci pour reprendre des notions importantes, je l'ai donc annoté en italiques tout au long de ce TD.  
Les résumés écrits sur les diapos, sont écrits comme ça!

## I- Introduction (à savoir++++)

Le diagnostic positif du cancer (sauf rares exceptions) nécessitera toujours un diagnostic de **certitude** reposant sur une **preuve formelle anatomopathologique**, en faisant une **biopsie**.

*Dans les questions, si on nous le demande, on doit absolument avoir indiqué ça, et pas parler d'autres examens paracliniques, ou autres....*

Après mise en évidence de la tumeur maligne, le **bilan d'extension est impératif** pour établir une classification du cancer. La classification (ou cartographie) que l'on utilise est le **TNM**:

- T ou tumeur pour l'extension local (par rapport aux gros vaisseaux par exemple, son siège, est-elle infiltrante, limitée? Globalement va-t-on pouvoir la retirer?).
- -N ou nœuds pour l'extension ganglionnaire (y'a-t-il des ganglions? Pourquoi? Peut-on les retirer?).
- -M ou métastases pour l'extension métastatique (y'a-t-il des métastases à distance? Les sièges sont le foie, le cerveau, l'os et les poumons).

Cette classification permet de **définir la situation sur le plan pronostic**, et de **proposer un programme thérapeutique adapté**. Ainsi, plus le T, le N et le M est élevé, plus le pronostic est réservé.

*Par exemple: Pour le même T2, si l'on a M0, on mettra en place un traitement local-régional (chirurgie ou radiothérapie), alors que si l'on a M1, ce sera un traitement systémique (chimiothérapie), car la maladie est disséminée dans l'organisme.*

## II- Premier cas clinique.

Un homme de 57 ans vient consulter pour une altération de l'état général, et une gêne respiratoire (dyspnée). A l'interrogatoire, on retrouve chez ce patient un tabagisme important avec 60 Paquets/Année (soit deux paquets par jour pendant 30 ans dans ce cas là), des bronchites récurrentes chaque hiver.

*Remarques:*

*-Dès qu'on a un tabagisme, le pronostic de cancer n'est pas bon, et il n'a pas de limite seuil, mais le risque de cancer devient assez important à partir d'une consommation de tabac de 10-15 PA.*

*-La bronchite chronique est fréquente lors de la consommation de tabac, et on retrouve des toux grasses avec un aspect verdâtre durant l'hiver, cela est accompagné par des épisodes de fièvre.*

*En effet, le Tabac va abîmer les bronches, et en particulier les cils, ce qui entraîne l'accumulation d'infections, qui fragilise alors le parenchyme. Ce problème limite ainsi l'utilisation d'un traitement local adapté dans le cas du cancer du poumon, car on ne peut pas retirer le poumon du patient.*

Question 1: Décrire classiquement la triade retrouvée dans l'altération de l'état général, et décrire brièvement les signes généraux.

On appelle altération de l'état général, le regroupement de l'**Asthénie** (= fatigue), de l'**Anorexie** (perte d'appétit), et de l'**Amaigrissement** (perte de poids chiffrable).

*Dans beaucoup de cas, et surtout les métastases hépatiques, les patients ne veulent plus manger de viande, c'est un signe assez pathognomonique, mais attention on ne s'en sert pas pour un diagnostic de cancer.*

L'altération de l'état général se retrouve dans un grand nombre de pathologies, donc ils ne suffisent pas au diagnostic de cancer, mais il faut y penser.

*N'oubliez de renoter les 3 éléments de l'altération de l'état général, dans les questions au partiel.*

Question 2: Quels autres paramètres cliniques pouvez-vous attendre pour que les signes ci-dessus s'intègrent dans un syndrome inflammatoire?

Sur le plan clinique?

On peut s'attendre à une **fièvre modérée**, qui ne dépasse pas les 38 ° ou 38,5 dans le cadre du cancer que l'on oppose à une fièvre infectieuse qui monte, elle, à plus de 40 °.

Cette fièvre est **chronique**, et ne **disparaît pas avec une prise d'antibiotiques**.

On n'aura pas de frissons lors de la fièvre du cancer, car il n'y a pas de décharges dû à des molécules passant dans le sang. Par contre, lors du cancer, les patients se plaignent souvent de **sueurs**, et en particulier de sueurs nocturnes.

*Lors des lymphomes, la sueur est profuse, et oblige le patients à se changer et à changer les draps. Certaines personnes souffrent aussi de **Prurit** (ça gratte).*

Sur le plan biologique?

Pour la numération formule sanguine, on aura une **légère hyperleucocytose**, et une **CRP discrètement élevée** (c-réactive protéine qui joue un rôle dans les réactions inflammatoires).

De plus, il y'aura une discrète anémie, avec en général, un taux d'hémoglobine à 10/11 g/dl de façon **chronique** avec un taux de globules rouges plus bas. C'est une **anémie inflammatoire**. Enfin, il y'aura une augmentation légère des plaquettes, commun dans un syndrome inflammatoire.

*Ces éléments sont à rechercher avec des signes d'altération de l'état général pour s'orienter vers le diagnostic de cancer.*

L'interrogatoire du patient révèle, depuis trois ou quatre mois, la survenue d'hémoptysie (= émission de sang par les expectorations), et de douleurs lombo-sacrées insomniantes, résistantes à la prise d'antalgiques, s'étant accentuées récemment.

Question 3: Parmi ces éléments, lister les arguments en faveur d'une pathologie maligne.

L'**hémoptysie** est un des arguments, à différencier de l'épistaxis (saignement d'origine nasale) et de l'hématémèse, et qui traduit le saignement d'une tumeur au niveau des bronches (le fait de saigner dans ses bronches est mal toléré et provoque un effort de toux). L'association avec le tabac doit vraiment faire penser au cancer, même si l'hémoptysie est fréquente dans des pathologies comme les bronchites ce dont souffrent le patient.

**Les douleurs lombo-sacrées insomniantes** sont différentes d'un lumbago qui n'empêche pas de dormir. Elles sont assez caractéristiques d'un cancer.

**La résistance aux antalgiques** fait aussi penser au cancer. En effet, le cancer est un processus évolutif, qui lorsqu'il n'est pas traité spécifiquement, augmente de taille et empêche au fur et à mesure l'effet des antalgiques. Ces douleurs vont en plus s'aggraver.

Question 4: que recherchez-vous à l'examen clinique pour orienter votre diagnostic? Quel est le diagnostic le plus probable?

**Inspection:**

Les patients vont avoir de **l'emphysème** donnant un thorax distendu. Il y'a aussi présence de **hippocratisme digital** qui est apparue (= doigts en forme de baguettes de tambour avec des ongles biconcaves ou biconvexes ressemblant à des loupes).

On peut mesurer la fréquence respiratoire, et on a souvent une trace de la consommation de tabac au niveau des mains.

**Palpation:**

Au niveau des **vibrations vocales**, on aura une augmentation dans le cas d'une obstruction des bronches par une tumeur (atelectasie), ou une diminution si on a un épanchement pleural.

**Percussion:**

Lors de la percussion, il y'a soit un **tympanisme** lorsque l'on est en présence d'air dans le cas d'un pneumothorax, soit une **matité** si il y'a du liquide, ce qui est le cas lors d'épanchements pleuraux.

**Auscultation:**

Le **murmure vésiculaire** sera souvent **diminué** dans la zone du cancer, et on retrouvera éventuellement des **souffles bronchiques** si le calibre de la bronche est rétréci, correspondant à un sifflement à l'inspiration ou l'expiration.

Remarque: Selon l'autre professeur, pour l'examen clinique il faut examiner plus précisément sa douleur lombo-sacrée:

-**par la percussion des vertèbres:** à l'aide d'un marteau, on percute les vertèbres une par une à la recherche d'une douleur exquise au niveau d'une vertèbre particulière. La localisation de cette douleur nous permet de savoir où est la métastase.

-en **recherchant une complication** comme la compression d'un nerf par la tumeur. Pour cela on recherche un déficit neurologique.

Ainsi, le diagnostic le plus probable est celui du cancer, et en particulier celui du cancer bronchique. Pour le confirmer, on effectue une **biopsie par fibroscopie bronchique:** on descend dans la trachée, avec un tuyau souple constitué de fibres optiques, on sort une petite pince de ce même tuyau qui va récupérer un morceau de ce que l'on va analyser, et on rentre cette pince à l'intérieur de ce tuyau que l'on remonte. On peut alors effectuer une analyse **anatomopathologique** sur le morceau biopsié.

Si cette méthode n'est pas utilisable, on effectue une **biopsie transparietale sous scanner** en utilisant une aiguille que l'on insère à travers du poumon, mais il y'a un risque de pneumothorax. En ultime recours, on se sert de la **chirurgie**.

*La règle est de graduer l'agressivité d'une méthode permettant de porter le diagnostic positif de cancer. Il est important d'être sûr du diagnostic, car les traitements qui en découlent sont très importants.*

Question 5: Que vous font évoquer les douleurs lombo-sacrées insomniantes?

Elles évoquent la présence de **métastases osseuses**, car ce patient a déjà un cancer bronchique qui s'est sûrement disséminé dans son organisme.

Il est fréquent d'avoir ce cas de figure, ainsi si l'on a des métastases osseuses, on peut penser à la présence d'un cancer bronchique.

***Les points d'appel:***

Manifestations cliniques évocatrices : signes fonctionnelles et symptômes inhabituels et durables, d'aggravation progressive, d'intensités évê et résistants aux traitements symptomatiques.

Modifications morphologiques, syndromes hémorragiques ou algiques liés à la localisation tumorale.

Parfois, Altération de l'état général dans le cas de tumeurs avancées ou métastatiques,

Attention aux complications:

fractures métastases osseuses qui sont des fractures pathologiques survenant sans véritable cause.

Hypertension intracrânienne, qui se manifeste par des maux de tête, et devant amener à la prescription d'un IRM ou un scanner. Si il y' a 3 lésions nodulaires dans le cerveau, on doit penser à un cancer bronchique.

**III- Second cas clinique.**

Une femme de 43 ans souffre d'une Altération de l'état général, avec asthénie, anorexie et amaigrissement (perte récente de 5 kg), associé à un ictère (=coloration jaune de la peau).

Question 1: Devant cet ictère, quels autres signes cliniques allez vous rechercher dans le cadre d'un syndrome tumoral hépatique.

*Remarque: il existe 2 grands types d'ictère:*

**-les ictères choléstatiques** (cholestases= la bile stagne), dû à une obstruction sur le trajet des voies biliaires. La bile ne peut donc plus s'écouler dans le duodénum, et elle va donc stagner au niveau du foie et passer directement dans le sang, d'où la coloration jaune.

De plus, **les urines vont être foncées** dû à l'action des reins qui filtrent la bile du sang, et **les selles seront décolorées** comme la bile de passe plus au niveau du colon.

**-les ictères non choléstatiques, le plus souvent hémolytiques**, apparaissant lorsque le sujet fabrique trop de bilirubine (=produit de la destruction des hématies par la rate). Dans ces cas-là, les urines ne seront pas foncées et les selles ne seront pas blanches.

*Les choliques hépatiques sont des douleurs, dû à des calculs biliaires, créant une mise en tension dans la voie biliaire (elles sont pathétiques), que l'on différencie des choliques néphrétiques, qui elles concernent les voies urinaires( elles sont frénétiques, car le sujet bouge tout le temps pour essayer d'évacuer le calculs).*

Devant un **ictère**, on doit poser certaines questions concernant les **urines et les selles** (voir ci dessus), pour savoir quel est le type d'ictère.

On se renseigne sur la consommation d'alcool.

On cherche les signes d'**altération de l'état général**, si il y'a des **signes hémorragiques associés comme l'hématémèse et le maelena** (= «elles sont noires et sentent vraiment très mauvais »).

On peut avoir une rectorragie, lorsque il y'a un cancer sur l'extrémité du tube digestif.

Question 2: Quels éléments de l'énoncé et quels symptômes recherchez-vous pour évoquer une pathologie maligne?

L'**altération de l'état général** est citée dans l'énoncé et on recherche également un **prurit** (= ca gratte) due à une accumulation de bilirubine dans la peau.

La cirrhose n'est pas un signe indirect de cancer, elle peut être un terrain favorisant, comme l'insuffisance hépato-cellulaire.

L'**hépatomégalie** du cancer est **dure, bosselé, avec un son mat**. On mesure la distance hépatique en cm. ( il faut faire attention aux personnes avec un foie bas).

À l'interrogatoire, la patiente dit avoir découvert un nodule du sein gauche, existant depuis plusieurs mois, ayant notamment augmenté de volume.

Question 3: Au niveau du sein, quels éléments allez-vous rechercher à l'examen clinique, pour ce syndrome tumoral mammaire.

#### **Inspection:**

Pour la peau, on cherche la **peau d'orange** (les pores sont attirés par la masse, ils peuvent être marqués), **un épaissement, une rétraction du mamelon, une dépression en regard de la tumeur, une rougeur et une chaleur en regard de la tumeur, voire de tout le sein, lié à un syndrome inflammatoire.**

#### **Palpation:**

Le nodule est **dure**, plus ou moins bien limité, il n'est **pas douloureux** le plus souvent, on essaye de rouler le nodule pour voir si il est attaché à la peau ou sur le plan profond (au muscle grand pectoral).

On recherche aussi des **ganglions** en examinant le **creux axillaire**, et aussi sur l'ensemble du corps pour voir si il y'a d'autres métastases, ce qui a l'air d'être le cas chez cette patiente.

Question 4: que recherchez-vous à l'interrogatoire pour vous orienter vers un cancer du sein?

On demande à la patiente si sa famille présente des cancers du sein dans sa **parenté au 1er degré l'âge de ses premières règles et de sa ménopause, ses grossesses ou nulliparité si elle a allaité et si elle a pris la pilule.**

**Tout ce qui est oestrogénique augmente le risque de cancer:** l'absence d'allaitement, de grossesse, la longueur de la vie génitale.

Le diagnostic positif de cancer du sein étant hautement probable, il est confirmé par une **biopsie**.

Question 5: Quelles autres localisations traduisent les éléments recherchés à l'examen clinique?

La patiente est très suspecte d'avoir des métastases hépatiques, on recherche en plus des douleurs liées à des métastases osseuses, et on vérifie l'existence de métastases au niveau du cerveau et des poumons.

## Les points d'appel

Patient asymptomatique, lors d'un examen clinique ou paraclinique systématique, orienté ou non dans le cadre du dépistage du cancer par des techniques comme le toucher rectal pour la cancer de la prostate, la mammographie pour le cancer du sein ou le frottis cervico-vaginal pour le cancer du col de l'utérus.

*Le dépistage est très important, car il permet d'identifier le cancer avant d'être à un stade trop avancé, ou il n'y a pas de possibilité de guérison.*

Lors du diagnostic de cancer positif, on doit faire un examen clinique complet pour rechercher le TNM, et en particulier les signes au niveau loco-régional et à distance. On recherche aussi bien les signes directs et indirects (compression vasculaire et nerveuse, douleurs).

### IV- le Bilan d'extension.

*Celui-ci s'explique souvent par l'anatomie.*

Pour les **cancers digestifs** (colon, rectum, estomac, pancréas), l'extension va dans le **foie** en premier lieu, car c'est le premier endroit qu'atteint la circulation à travers le système porte.

Pour les cancers des **bronches**, les métastases vont surtout dans le **système nerveux central** ( lors de la sortie du poumon, les métastases suivent le trajet des carotides), les surrénales, les os et d'autres endroits.

Pour le cancer du **sein**, elles vont dans les **poumons, le foie, le cerveau, les os** et d'autres lieux.

Pour le **cancer de la prostate et de la vessie**, on a des **métastases osseuses**.

*Les métastases osseuses sont souvent souvent ostéolytiques, mais pour les cancers de la prostate, elles sont ostécondensantes ( elles apparaissent en taches de bougie et pas sous forme de trous).*

Pour le **cancer des ovaires**, elles vont dans la **cavité péritonéale**.

Pour les **cancer ORL, sarcome, testis et col utérin**, les métastases iront dans les **poumons**.

Pour les **mélanomes, dans le système nerveux central**.

Pour le cancer du **rein**, elles seront dans les **os, le SNC, le tissu sous-cutané et le poumon**.

Pour les techniques, on se sert pour les différents sites métastatiques:

- l'échographie ou le scanner pour le foie.
- le scanner pour le poumon.
- la scintigraphie osseuse pour les os.
- le scanner cérébrale pour le SNC.

### V-Troisième cas clinique.

Une femme de 62 ans d'origine portugaise, consulte pour des douleurs épigastriques, associées à une asthénie, amaigrissement, et une perte d'appétit, et plusieurs épisodes de vomissements depuis 1 mois, certains avec des traces de sang. Vous remarquez une plaie cutanéo-muqueuse. Vous apprenez que son père est décédé à l'âge de 66 ans d'un cancer de l'estomac.

Question 1: Quels éléments cliniques évoquent une pathologie maligne?

On a une **altération de l'état général** (asthénie, amaigrissement, anorexie), des **douleurs épigastriques**, des saignements dans les vomissements donnant une **hématemèse et un saignement chronique**, une **pâleur signalant une anémie**.

Question 2: Quels cancers évoquez-vous?

Question 3: Sur quels arguments?

On évoque un **cancer de l'estomac** en reprenant les réponses de la question 1, de plus cette femme est d'origine **portugaise** et elle a des **antécédents familiaux**.

Question 4: Quelle complication évoque la pâleur cutanéo-muqueuse? A quoi peut-être lié?

Elle évoque l'**anémie** par saignement chronique ou inflammatoire.

*Les chimiothérapies entraînent également des anémies.*

Question 5: Quel examen devez-vous proposer pour affirmer le diagnostic?

On réalise une **biopsie** par voie **endoscopique** (en passant par l'oesophage), afin de faire un examen **anatomopathologique**.

Question 6: Connaissez-vous des circonstances favorisantes environnementales ou génétiques favorisant ce cancer?

Au Portugal, la **salaison et la fumaison** sont encore d'actualité pour conserver les viandes (et surtout la morue ou **BACALAO** pour votre culture). Ces méthodes amènent à des carcinogènes dans l'alimentation, et en particulier les nitrates. On retrouve aussi ce problème dans des pays comme le Japon, où des fibroscopies annuelles sont organisées en médecine du travail.

*En France, on est protégé par le frigo et le congélateur ; )!!*

Diagnostic de certitude.

Le diagnostic positif de cancer repose sur une preuve anatomopathologique:

-Confirmation du diagnostic de malignité sur l'aspect des cellules (morphologie, mitose, différenciation...).

-Identification du type histologique tumoral (carcinome, sarcome, lymphome, mélanome) sur des critères morphologiques et/ou immunohistochimiques.

-Evaluation des critères histologiques pronostiques (anomalie nucléaires et cytoplasmiques, différenciation et mitoses), notamment dans les cancers du sein et de la prostate.

Rarement, on peut avoir un diagnostic établi sur une concordance radiologique et biologique typique sans preuve anatomopathologique (tumeurs germinales malignes avec élévation majeure des marqueurs b $\beta$ -HCG ou l'alpha-foeto protéine, dans le cas d'hépatocarcinomes avec élévation de l'AFP).

*Ici, le professeur a ressorti des diapos du cours n°1 d'oncologie (et de pcm1 aussi) qui sont:*

*-les courbes des cancers.*

*-les chiffres des nouveaux cas de cancer chez l'homme et la femme.*



## VI-Quatrième cas clinique.

Un homme de 55 ans vous consulte pour sensations de blocage alimentaire au niveau du thorax apparus depuis 2 mois et s'aggravant progressivement. Il ne peut plus se nourrir que de purée et de liquide. Il fume 1 paquet de cigarettes par jour depuis 35 ans et dit consommer de l'alcool « comme tous le monde ». L'interrogatoire soigneux vous permet d'estimer sa consommation de vin à 2 litres par jour. Il a maigri de 10 kg en 2 mois.

Question 1: Quels carcinogènes majeurs sont consommés par ce patient?

En premier lieu, le **tabac avec 35 Paquets/année**. Et ensuite, on a l'**alcool** qui joue le rôle d'adjuvant à la consommation de tabac. Le tabac provoque beaucoup de cancers différents, mais ici l'alcool va favoriser la transformation tumorale de la muqueuse ORL et de l'oesophage.

*Remarque: on peut chiffrer la consommation d'alcool du patient: dans un verre d'alcool servit dans un bar il y a environ 10g d'alcool, le patient avec deux bouteilles de vin consomment donc environ 120g d'alcool par jour. Il existe un risque important pour la santé à partir d'une consommation d'alcool de 50-60g par jour.*

Question 2: Quels cancers évoquez-vous?

On évoque le **cancer de l'oesophage**.

Question 3: Sur quels arguments?

En plus des **signes généraux** (altération de l'état général), on a la **dysphagie** qui s'aggrave, et qui reste incomplète, sans doute à cause du cancer qui obstrue la lumière oesophagienne. La consommation d'alcool et de Tabac est aussi à prendre en compte.

*Attention, pour certaines personnes, le vin et la bière ne sont pas considérés comme de l'alcool.*

Question 4: Quel est le type histologique habituellement rencontré sur ce terrain?

On rencontre l'**épithélium malpighien kératinisé** qui va donner un **carcinome épidermoïde** sur la partie haute. Dans la partie basse, ce sera des **épithéliums** donnant des **adénocarcinomes**. Entre les deux localisations, on va retrouver les deux types de cancer.

*Le plus probable est un carcinome épidermoïde, avec la dysphagie.*

Question 5: Que devez-vous rechercher prioritairement à l'examen clinique?

*Si on ne sait pas, on se remet en tête le TNM.*

T: On recherche la **tumeur local et son extension anatomique**.

N: On recherche des **ganglions cervicaux, susclaviculaires par la palpation**.

M: On recherche des **métastases sur les sites connus** (foie, os, poumons.....).

Question 6: Quels autres cancers doivent être dépistés dans ce contexte?

UN CANCER PEUT EN CACHER UN AUTRE.

Le tabac et le cancer, ce patient peut avoir, en particulier, un **cancer bronchique, un cancer hépatique ou un cancer de vessie** (le tabac s'accumule dans la vessie amenant à un risque de cancer lors de son excréation), un cancer ORL, voire un cancer du pancréas, et pour une femme, un cancer du col de l'utérus.

On peut avoir un **cancer métachrone** (successivement) ou **synchrone** (en même temps).

Question 7: Quel examen vous permettra de faire le diagnostic?

**Une fibroscopie oesophagienne, avec biopsie et examen anatomopathologique.**

### VII-Cinquième cas clinique.

Un homme âgé de 54 ans consulte pour apparition d'un ictère et d'une fatigue intense. Il a maigri de 6 kg en 3 mois. Il a comme seul antécédent un accident de la voie publique avec fracture du fémur en 1985. Il fume 5 cigarettes par jour et boit deux verres de vin rouge le soir.

Il vous dit que ses tests biochimiques hépatiques sont perturbés depuis plus d'un an et le centre de transfusion sanguine lui a fait part de l'impossibilité de donner son sang. Sur les examens d'imagerie faits récemment, et qu'il vous rapporte, on note la présence d'un nodule du foie mesurant 6 cm de diamètre.

Question 1: Quelles sont les principales causes d'un ictère?

On a soit des ictères choléstatiques (selles décolorées, urines foncées) ou non choléstatiques. Pour les ictères choléstatiques, **la bilirubine conjuguée est élevée sur le plan biologique.**

*Remarque: On a deux types de bilirubine, libre et conjuguée. La conjugaison est un mode de transformation de la bilirubine pour la rendre éliminable.*

Un ictère à bilirubine conjuguée est un ictère où le foie a détoxifié la bilirubine. Ainsi la bilirubine est passée par le foie qui fonctionne, mais il y a obstruction sur les voies efférentes. Cela peut correspondre aux cancers du foie, de la vésicule biliaire, des voies biliaires (ou cholécystocarcinome), de la tête du pancréas, et de l'ampoule de Vater (valve qui empêche le retour).

Question 2: Quelle maladie chronique du foie, antérieure à la tumeur, devez-vous suspecter? Sur quels arguments?

**Une hépatopathie chronique ou cirrhose.**

Question 3: Quel(s) est (sont) le(s) facteur(s) probablement responsable(s) de la maladie chronique du foie?

Les facteurs sont:

– **une consommation d'alcool chronique** (certains patients sont capables de déclencher une cirrhose pour de faibles quantités d'alcool).

– Le fait que le sujet ne puisse plus donner son sang peut faire penser à **l'existence d'une hépatite b ou c**, provoquant des fibroses hépatiques amenant à des cancers.

Les deux facteurs s'accumulent.

Question 4:Quels sont les principaux types de tumeur du foie?

Les cancers peuvent être **primitifs ou secondaires**:

Pour les primitifs: On a les **hépato carcinomes** ( cellules glandulaires sur les hépatocytes) ou les **cholango-carcinomes** (cellule des voies biliaires).

Pour les secondaires ou métastases: les **cancers digestifs** sont les **plus fréquents**.

Question 5:Comment prouver qu'il s'agit d'une tumeur maligne du foie, avant de discuter le traitement?

**Par une coloscopie, guidés sous scanner ou échographie, avec biopsie et examen anatomopathologique.**

Diagnostic positif de cancer:

Bilan biologique

-signes indirects non spécifiques (syndrome inflammatoire, dysfonctionnement d'organe par exemple hépatique, hypercalcémie en cas d'atteinte osseuse étendue entraînant des confusions mentales et déshydratation, cytopénie sanguine en cas d'atteinte médullaire...)

-signes spécifiques: élévation de marqueurs tumoraux sériques (ils sont sécrétés par la tumeur).

Marqueurs tumoraux:

ACE: carcinomes (glandulaires)

CA19.9: cancer pancréas (et digestifs)

CA15-3: cancer du sein

CA125: cancer de l'ovaire et séreuses.

PSA ( prostat specific-antigen): cancer de la prostate ( très spécifique++)

NSE (neuron specific enolase): cancer bronchique à petites cellules.

AFP: Hépatocarcinome

Béta-HCG: Tumeur marginal (chorlo-carcinome).

Diagnostic du cancer:

On peut faire un bilan radiologique (scanner, échographie, IRM, scintigraphie, autres...).

Cela permet de renforcer les arguments en faveur d'une pathologie maligne mais ne dispense pas d'obtenir une preuve formelle anatomopathologique dans la majorité des tumeurs.

## *D édicaces!!!!*

aaaaahhh enfin!!! Apr ès m'ê tre arrach é les cheveux sur cette ron éo, voici ma partie pr é é éé!!

-On commence par la famille:

- àmaman qui m'a support é pendant ces deux longues P1, et qui balance des vanne comme seul une daronne rebeu sait le faire!
- A mon frangin, qui pendant ces 2 P1 n'a pas arr ê té de voyager et de me foutre la haine avec un grand sourire ( « ah au fait je pars un mois au br ésil, bon courage pour ton concours!).
- A mon neveu que j'ai envie de croquer tellement il est tout mignon et tout beau, et qui est n é 3 semaines avant mon concours l'ann ée derni ère, et à sa maman qui commence à perdre son accent pointu de parisienne!

-Aux Habitants du 20 éme ( c'est super quartier, je vous jure!)

-Aux assocs qui font vivre Bichat, et à ma marraine Bouchra.

-Aux gens que j'ai connu durant mes P1, qui sont en P2 ou qui sont all és vers d'autres horizons, et en particulier, Catherine, avec qui j'ai eu de gros d éires et qui m'appri s à prendre mon temps dans le m étro!

Mais aussi, Marjorie, Isma, Sabrina, Ghita (si tu la connais pas, va en amphi et rep ère un rire qui te fait sourire malgr étoi, c'est elle!!), L éa, Pauline et aux autres...

-Aux gens qui font vivre le tuto, Adnan (travailleur de l'ombre), Momo, Nicolas, Romuald ( tu ne dois pas te couper les cheveux au fait!), Mathieu, Adrien(s), Cl ément, é éna, melissa ( Am édie et Marine aussi), Juliette,et aux autres.

Mais aussi, PE, Leatitia ( la MARRAINE d'ana ë), Anne-flore, Victoire, Ana ë qui ont particip é à mon sauvetage m énorable au ski, Niels qui pense qu'on devrait enlever les cautions des gens ne faisant pas de d édicaces....: )!

-A la troupe d'impro: Quentin, Juliette, Myriam, ludovic, marie-victoire, victor....

-A mes super colocs du ski, Tr écy (qui a pas arr ê ter de me lancer des vanne pendant ma lecture des anita blake ; )! ), Amina, Ana ë ( ce qui s'est pass é au ski restera au ski!!) et aussi Bilal.

-Aux gens connus en P2: Sonia, In ès, Sarah,.....

-A mes co-stagiaires pass é (le stage inf de Bretonneau), pr ésent (Victor, Bilal) et futur, condann és à vivre des ann ées difficiles!!

-A Ana ë ANTIQUARIO, la boulette de cette fac, dont la seule vue me fait sourire. Pourquoi? Parce que je sais que d'ici quelques minutes, elle va faire ou sortir un connerie dont elle seul a le secret!

-Au gens qui lisent les d édicaces avant de lire les ron éos, et qui vont commencer à bosser un peu avant les partiels!!! A nous septembre, de toute fa çon, on est en P2 qu'une fois!! (ou pas)

- à Gad Elmaleh!