

ECHELLES D'ÉVALUATION ET CLASSIFICATIONS DES CANCERS

Dr N. Laouar ; Pr T. Filali
Service d'oncologie médicale
Centre Hospitalo-Universitaire de Constantine

Le Plan :

- I. Introduction
- II. Objectifs
- III. Définition
- IV. Étapes d'évaluation
- V. Classification histologique
- VI. Échelles d'évaluation
 - A. De l'état cliniques
 - B. De l'extension tumorale
 - C. De la toxicité des traitements médicamenteux anti-cancer
 - D. De la réponse aux traitements médicamenteux anti-cancer
- VII. Conclusion

I/ INTRODUCTION.

Le parcours de prise en charge des patients atteints de cancer relève de plusieurs paramètres : comorbidités, état clinique et psychologique, diagnostic histologique, bilan d'extension, facteurs pronostiques, toxicité des traitements et réponses aux traitements. Tout au long de ce processus les échelles d'évaluation sont utilisées afin de :

- Donner à ces paramètres la **valeur la plus objective possible et de les quantifier en fonction d'un ordre croissant ou décroissant**
- **Simplifier et d'homogénéiser** le langage à l'échelle internationale et au sein de la communauté des personnels soignants.

Le but final étant d'optimiser au mieux la prise en charge de ces patients.

II/ OBJECTIFS :

- Comprendre l'intérêt d'une échelle d'évaluation.
- Comprendre le but de chaque échelle
- Identifier les éléments nécessaires à l'utilisation de chaque échelle

III/ DEFINITION :

- L'évaluation est le processus qui consiste :
 - 1) à recueillir un ensemble d'informations pertinentes sur une situation,

- 2) Puis à les classer en fonction d'une échelle de valeur
- Cette échelle de valeur est constituée de suite de niveaux hiérarchisés, le plus souvent numérique.

Les échelles d'évaluation en oncologie médicale s'organisent :

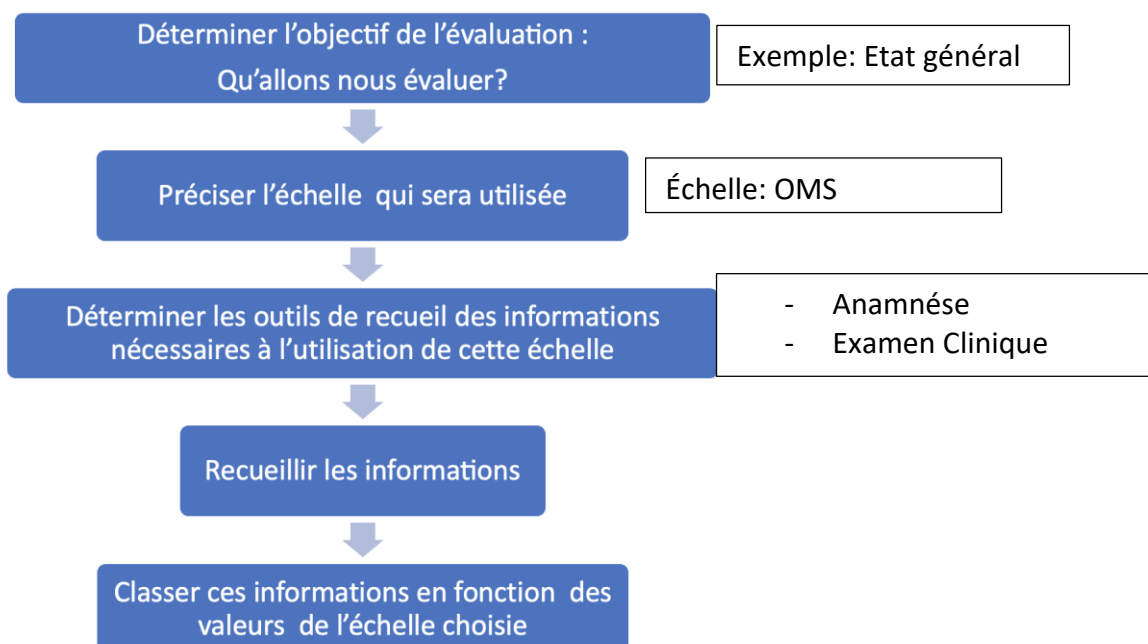
- En série : en fonction de l'objectif de l'évaluation (état général, extension tumorale, intensité de la douleur, ...)
- Puis en degrés hiérarchisés : croissant ou décroissant.

Paramètres à évaluer :

Que peut-on évaluer ?

1. L'état clinique du patient :
 - Etat général
 - Douleur
 - Dénutrition
 - Gériatrique
2. Extension tumorale:
 - Classification TNM
 - Stadification des cancers
3. Toxicité des traitement
 - Classification **CTCAE**
4. L'efficacité d'un traitement en oncologie médicale
 - RECIST

IV/ Étapes d'évaluation :



Outils de recueil des informations nécessaires à l'utilisation d'une échelle d'évaluation :

1. Interrogatoire : donne des informations sur les comorbidités, sur le degré de dépendance et les conditions socio-économiques.
2. Examen clinique : apprécier le degré de fragilité du patient, permet la détection de certains cancers, d'apprécier l'extension locales, ganglionnaire (exp : cancer du sein), et métastatiques du cancer(exp : ganglion de troisier et cancer du côlon), détecter les complications secondaires à l'évolution de la maladie (exp : syndrome cave supérieur) ou à la toxicité du traitement (exp : mucite).
3. Examens complémentaires :
 - Biologiques : Permettent de détecter les insuffisances fonctionnelles de certains organes (rein, foie, ...) secondaires à l'évolution de la maladie ou à la toxicité du traitement, et d'apprécier l'état nutritionnel.
 - Radiologique :
 - ✓ Oriente le diagnostic,
 - ✓ Guide certaines biopsie
 - ✓ Détecte des lésions organiques secondaires à la toxicité de certains traitement médicamenteux anti-cancer (exp : toxicité pulmonaire).
 - ✓ Éléments indispensables au bilan d'extension et au bilan d'évaluation de la réponse au traitement en oncologie médicale.
4. Examen histopathologique : Permet de :
 - Confirmer le diagnostic du cancer.
 - Déterminer le Pronostic.
 - Orienter le choix du traitement.

V/ Classification histologique :

Le diagnostic de certitude d'un cancer est avant tout : HISTOLOGIQUE

1/ Le type histologique : le tissu à partir duquel le cancer a pris naissance :

- **Carcinome** : Tumeur **maligne** épithéliale :
 - ✓ Épithélium glandulaire : adénocarcinome.
 - ✓ Épithélium malpighien (peau, muqueuse) : carcinome épidermoïde.
- **Sarcome** : Tumeur **maligne** des tissus de soutien ou musculo-squelettique (os, muscles, tissu conjonctif).
- **Blastome** Tumeur **embryonnaire** (ex : néphroblastome ou neuroblastome).

2/ Le degrés de différenciation:

- Les cellules cancéreuses **peu différenciées** ou **indifférenciées** ont une apparence et un comportement très différents de ceux des cellules normales du tissu dans lequel elles ont commencé à se développer. Elles sont les plus agressives.
- Les cellules cancéreuses **bien différenciées**: ont une apparence et un comportement proches de ceux des cellules normales du tissu dans lequel elles ont commencé à se développer. Elles sont moins agressives.

- Les cellules cancéreuses **modérément différenciées** ont une apparence et un comportement qui se situent à mi-chemin entre ceux des cellules cancéreuses bien différenciées et ceux des cellules cancéreuses indifférenciées.

VI/ ECHELLES D'ÉVALUATION

A. ECHELLES D'ÉVALUATION DES ÉTATS CLINIQUES

1) Echelles d'évaluation de l'état général (performance status PS) :

Objectif :

Permettent au médecin d'évaluer le degré d'autonomie et de dépendance d'un patient, dans le but d'apprécier :

- Le pronostic : plus l'état général est altéré, plus le pronostic est mauvais
- Les besoins en soins médicaux :

- Chimiothérapie : les patients ayant un score OMS de 0, 1 ou 2, peuvent recevoir une chimiothérapie cytotoxique

- Soins de support : les patients ayant un score OMS de 3 ou 4, ne sont pas éligibles pour recevoir une chimiothérapie cytotoxique et leur prise en charge thérapeutique relèverait plutôt d'un traitement symptomatique.

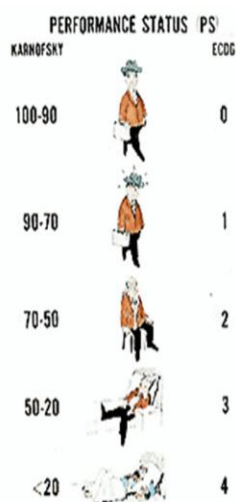
Échelles :

- L'échelle de Karnofsky va de 0 à 100, cent représentant « l'état normal »
- L'échelle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), va de 0 à 4, zéro étant la valeur « normale », son avantage sur l'échelle de Karnofsky réside dans **sa simplicité**.

Outils:

Interrogatoire et examen clinique

Echelle OMS



Cotation	État général du patient
0	Activité normale.
1	Capable de réaliser des petits travaux, ambulatoires.
2	Incapable de travailler, capable de s'occuper de lui-même, debout plus de 50 % du temps de veille.
3	Confiné au lit ou au fauteuil plus de 50 % du temps de veille.
4	Confiné au lit et incapable de s'occuper de lui-même.

Indice de Karnofsky

100 % Normal, pas de signes de maladie

90 % Peut mener une activité normale, symptômes ou signes mineurs de la maladie. Totalement autonome.

80 % Peut mener une activité normale mais avec effort, symptômes ou signes mineurs. Totalement autonome.

70 % Peut se prendre en charge, Incapable de mener une activité normale. Autonomie mais à stimuler.

60 % Nécessite une aide occasionnelle, mais peut prendre en charge la plupart de ses besoins. Semi-autonomie.

50 % Nécessite une aide suivie et des soins médicaux fréquents. Semi autonome.

40 % Handicapé, Nécessite une aide et des soins particuliers. Dépendant.

30 % Sévèrement handicapé. Dépendant.

20 % Très malade, soutien actif, Absence totale d'autonomie.

10 % Moribond, processus fatal progressant rapidement.

2) Echelles d'évaluation de la douleur

➤ Objectif :

Evaluer :

- **L'intensité** de la douleur chez les patients atteints de cancer

➤ dans le but:

D'adapter le **traitement antalgique** en fonction de l'intensité de la douleur.

1. Les échelles d'auto-évaluation :

L'évaluation de douleur chez les **patients communicants**, elle se fait par **le patient lui-même**.

- **Échelle Visuelle Analogique (EVA)**

Se présente sous forme d'une réglette munie d'un curseur :

➤ **Sur la face présentée au patient**, l'une des extrémités correspond à "**Absence de douleur**", et l'autre à "**Douleur maximale imaginable** » :

Le patient doit, positionner le curseur à l'endroit qui situe le mieux sa douleur

➤ **Sur l'autre face**, vue par le soignant,

La position du curseur mobilisé par le patient permet de lire l'intensité de la douleur.

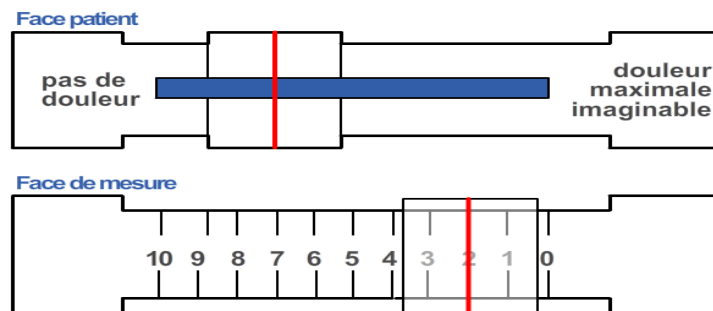
Intensité :

1 à 3 : Douleur légère

4 à 7 : Douleur modérée

8 à 10 : Douleur intense

EVA : ECHELLE VISUELLE ANALOGIQUE



- Échelle Numérique (EN)

Le patient doit noter l'importance de sa douleur.

La note 0 correspond à « pas de douleur ». La note 10 correspond à la « douleur maximale imaginable ».

Intensité :

1 à 3 : Douleur légère

4 à 7 : Douleur modérée

8 à 10 : Douleur intense

- Échelle Verbale Simple (EVS) :

Pour ceux chez qui l'évaluation par l'échelle visuelle analogique ou l'échelle numérique n'est pas possible : sujet âgé, mal voyant, ...

On propose au patient une série de qualificatifs hiérarchisés

- 0 - pas de douleur
 - 1 - douleur faible
 - 2 - douleur modérée
 - 3 - douleur intense
 - 4 - douleur extrêmement intense
- A l'avantage d'être moins abstraite pour certains patients.

2. Les échelles d'hétéro-évaluation

Chez les patients **âgés qui présente un trouble de la communication verbale**,

l'évaluation de la douleur se fait **par le soignant** en utilisant **des échelles**

comportementales :

- Algoplus : pour les douleurs aiguës score sup ou égal à 2/5 = présence de douleur
- DOLOplus pour les douleurs chroniques score sup ou égal à 5/30 = présence de douleur.

3) EVALUATION DE LA DENUTRITION

- Objectif:

Evaluer la sévérité de la dénutrition :

Dans un but :

De la prendre en charge

Lorsque le diagnostic de dénutrition est établi, il faut déterminer sa sévérité.

Une dénutrition est soit modérée, soit sévère.

Un seul critère de dénutrition sévère prime sur un ou plusieurs critères de dénutrition modérée.

<u>Dénutrition modérée</u> (un seul critère suffit) :	<u>Dénutrition sévère</u> (un seul critère suffit) :
<ul style="list-style-type: none"> ➤ $17 < \text{IMC} < 18,5 \text{ kg/m}^2$ ➤ Perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ou $\geq 10\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ➤ Mesure de l'albuminémie par immunonéphélométrie ou immunoturbidimétrie $> 30\text{g/l}$ et $< 35\text{g/l}$. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ $\text{IMC} \leq 17 \text{ kg/m}^2$ ➤ Perte de poids $\geq 10\%$ en 1 mois ou $\geq 15\%$ en 6 mois ou $\geq 15\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ➤ Mesure de l'albuminémie par immunonéphélométrie ou immunoturbidimétrie $\leq 30\text{g/l}$

4) EVALUATION GERIATRIQUE

- Le vieillissement se caractérise par une **perte progressive des capacités d'adaptations physiologiques** en raison de la diminution des réserves fonctionnelles de nombreux systèmes (cardiaque, hématologique, rénal...) :
- L'approche du sujet âgé se doit, d'être globale. Elle doit intégrer tous les éléments pouvant interférer avec l'efficacité ou la tolérance du traitement spécifique :
- Les outils utilisés classiquement en oncologie pour évaluer l'état de santé des patients (performance statu), sont mal adaptés aux patients âgés

Objectif:

Identifier, parmi les patients atteints de cancer, ceux qui devraient bénéficier d'une évaluation gériatrique approfondie.

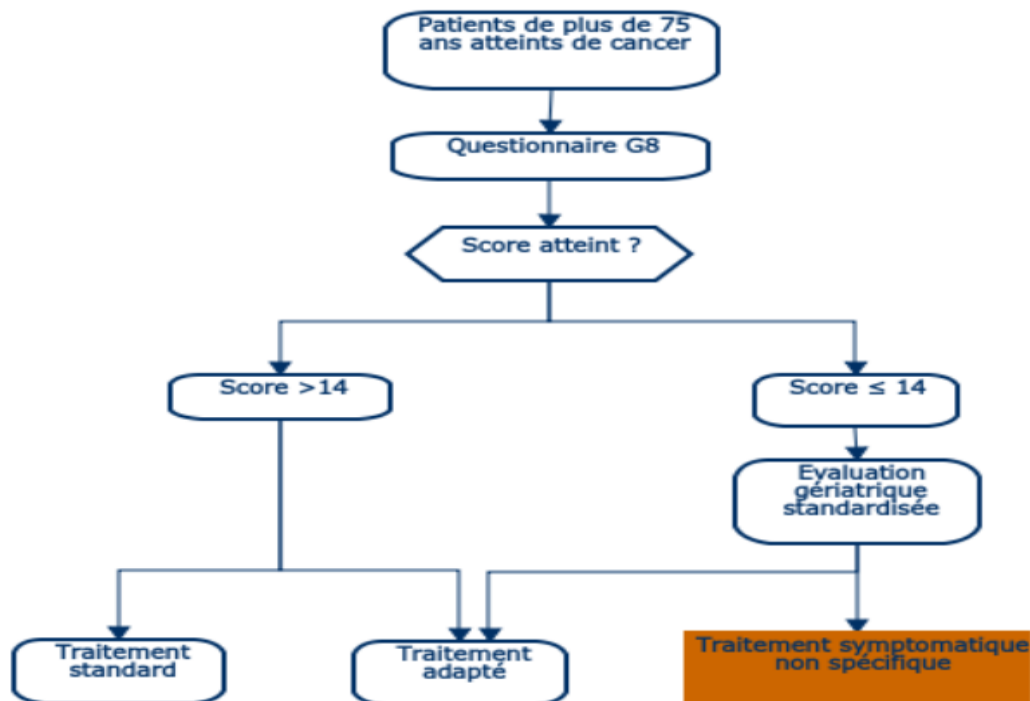
Dans un but :

Choisir le traitement le plus approprié en fonction de l'âge fonctionnel et du mode évolutif de la maladie

Items	Réponses possibles (score)
Le patient présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?	0 : anorexie sévère 1 : anorexie modérée 2 : pas d'anorexie
Perte récente de poids (< 3 mois).	0 : perte de poids > 3 kg 1 : ne sait pas 2 : perte de poids entre 1 et 3 kg 3 : pas de perte de poids
Motricité.	0 : du lit au fauteuil 1 : autonome à l'intérieur 2 : sort du domicile
Problèmes neuro-psychologiques	0 : démence ou dépression sévère 1 : démence ou dépression modérée 2 : pas de problème psychologique
Indice de masse corporelle (IMC)	0 : $\text{IMC} < 18,5$ 1 : $\text{IMC} = 18,5 \text{ à } \text{IMC} < 21$ 2 : $\text{IMC} = 21 \text{ à } \text{IMC} < 23$ 3 : $\text{IMC} = 23 \text{ et } > 23$
Prend plus de 3 médicaments	0 : oui 1 : non
Le patient se sent-il en meilleure ou moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?	0 : moins bonne 0.5 : ne sait pas 1 : aussi bonne 2 : meilleure
Age :	0 : >85 1 : 80-85 2 : <80
TOTAL SCORE =	0 - 17

- Outil : Questionnaire G8

Interprétation du questionnaire G8



- L'adaptation du TRT se fera en fonction :
 - De l'espérance de vie du patient
 - Du pronostic du cancer

Si l'espérance de vie du patient est supérieure au pronostic du cancer : traiter la maladie cancéreuse

Si l'espérance de vie du patient est inférieure au pronostic du cancer : surveillance de la maladie cancéreuse.

Exp : cancer de la prostate localisé chez un patient avec une espérance de vie réduite (plusieurs comorbidités) : surveillance

B. EXTENSION TUMORALE

- 1) Classification TNM
- 2) Stadification (découle de la classification TNM)

Objectif :

Permet aux médecins d'avoir un langage universel pour décrire l'état évolutif du cancer.

Apprécier le pronostic de la maladie

But

Orienter la prise en charge en fonction de l'extension de la maladie cancéreuse

1) Classification TNM

Est un système international de classement des cancers **soldes** selon leur **extension anatomique**, proposé par le chirurgien français Pierre Denoix de l'Institut Gustave-

Roussy entre 1943 et 1952, plusieurs versions ont été publiées (évolution des connaissances), la dernière en 2017.

C'est le système de classification le plus fréquemment utilisé en oncologie.

Outils de recueils des informations :

- Examen clinique : pour les lésions superficielles, on précisera la taille, le nombre et le degré de fixation au plan profond
- Imagerie radiologique :
 - ✓ Radiographie standard : Examen simple et rapide
 - Radiographie pulmonaire : permet de détecter des tumeurs thoraciques (pulmonaires, pleurales, médiastinales) primitives ou métastatiques,
 - Radiographie osseuse : permet de détecter des tumeurs primitives ou métastatiques, et des lésions préfracturaires (à traiter en urgences).
 - ✓ Échographie : Détection des métastases hépatique, de certains cancers primitifs, et la réalisation de biopsie échoguidée
 - ✓ TDM : Le plus utilisé en oncologie médicale, permet de détecter tumeurs primitives ou secondaires, et des réaliser des ponction biopsie scannoguidée, outil incontournable dans l'évaluation de la réponse aux traitements
 - ✓ IRM : utilisée surtout pour l'exploration des tissus mous, cerveau, sein, colonne vertébrale, rectum et sphère gynécologique :
- Imagerie nucléaire :
 - ✓ Scintigraphie osseuse : Demandée systématiquement dans le cadre du bilan d'extension de certains cancers à fort tropisme osseux ou en présence de symptomatologie osseuse (pour les autres tumeurs).
Faux positifs : arthrose et fractures
 - ✓ Pet Scan : **Tomographie par Emission de Positons couplé au scanner, est un examen d'imagerie médicale fonctionnelle.**
L'image est obtenue par injection d'un traceur marqué au fluor radioactif couplé au glucose (FDG) par voie intraveineuse.
Ce traceur est semblable au glucose, il se fixe au niveau des tissus qui consomment de grandes quantités de sucre : au cours du cancer, infection, inflammation .
 - ✓ Faux positifs: infection, inflammation

Les trois lettres symbolisent la propagation de la maladie cancéreuse sur le site:

T pour tumeur

N pour ganglion (nodes en anglais)

M pour métastases

La tumeur primitive est définie en fonction de sa taille et de son extension aux tissus avoisinants et est classée de T0 à T4 : T0 (quand la lésion primitive n'est pas localisée) à T4 pour les tumeurs les plus étendues

Les ganglions sont classés en fonction du territoire ganglionnaire, plus ou moins proche de la tumeur, des dimensions des adénopathies, de leur nombre et de leur éventuelle fixation aux tissus voisins. Ils sont classés de N0 à N3.

Les métastases sont classées en fonction de leur absence ou de leur présence et se classent de M0 à M1.

Préfixes:

- c TNM: classification Clinique (examen clinique et/ou radiologique)
- u: classification échographique (ultrasound)
- pTNM: < P > pour pathology, c'est-à-dire que l' évaluation de l'extension tumorale sur pièce opératoire s'est faite selon la classification TNM .
Certaines tumeurs peuvent être classées pTis qui signifie « in situ », c'est-à-dire non invasives.
- ypTNM: veut dire que le patient a reçu un traitement néoadjuvant avant la résection chirurgicale

Suffixes:

- Des lettres « a, b, c » peuvent être ajoutées aux chiffres pour donner plus de précision de l'étendue de la tumeur. Exemple : T1aN0M0
- La lettre X peut être ajoutée aux lettres T, N, ou M pour signifier que cet élément est non évaluable (exp : Tx,)
- (m) : lorsqu'il y'a plusieurs tumeurs primaires de la même histologie dans le même organe, (m) désigne le nombre de ces tumeurs

T Tumeur primitive	
Tx	Renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive
T0	Pas de signes de tumeur primitive
Tis	Carcinome <i>in situ</i> : intra-épithélial ou envahissant la lamina propria
T1	Tumeur envahissant la sous-muqueuse
T2	Tumeur envahissant la musculéuse
T3	Tumeur envahissant la sous-séreuse ou les tissus péricoliques et péri-rectaux non péritonéalisés
T4	T4a : Tumeur perforant le péritoine viscéral T4b : Tumeur envahissant directement les autres organes ou structures
N Adénopathies régionales	
Nx	Renseignements insuffisants pour classer les adénopathies régionales
N0	Pas de métastase ganglionnaire régionale
N1a	Métastase dans 1 ganglion lymphatique régional
N1b	Métastase dans 2 à 3 ganglions lymphatiques régionaux
N1c	Nodule(s) tumoraux, c-à-d satellite(s) dans la sous-séreuse, ou dans les tissus non péritonéalisés péricoliques ou périrectaux sans métastase ganglionnaire régionale
N2a	Métastase dans 4-6 ganglions lymphatiques régionaux
N2b	Métastase dans 7 ou plus ganglions lymphatiques régionaux
M Métastases à distance	
M0	Pas de métastases à distance
M1a	Métastase localisée à un seul organe (foie, poumon, ovaire, ganglion(s) lymphatique(s), autre que régional)
M1b	Métastases dans plusieurs organes ou péritonéales

Exemple: classification du cancer du colon

2) Stadification :

la combinaison des trois repères TNM permet d'établir un stade de la maladie (de I à IV) plus synthétique

Un seul stade peut regrouper plusieurs sous groupe de la classification TNM, ayants un meme pronostic et relevant d'un traitement spécifique +/-identique

- Il existe 4 stades qu'on peut décrire ainsi :
 - Le stade 1 qui correspond à une **extension locale** : une **tumeur unique et de petite taille** (ex : T1N0M0)
 - Le stade 2 qui correspond à une **extension locale** : un **volume local plus important** (ex. : T2N0M0)
 - Le stade 3 qui correspond à une **extension régionale** : un **envahissement des ganglions lymphatiques et/ou des tissus avoisinants** (ex : T1N1M0 ou T4N0M0)
 - Le stade 4 qui correspond à présence de **métastases** dans d'autres organes à **distance** de la tumeur d'origine. (ex : T2N1M1)

Stade 0	Tis	N0	M0
Stade I	T1, T2	N0	M0
Stade II	T3, T4	N0	M0
Stade IIA	T3	N0	M0
Stade IIB	T4a	N0	M0
Stade IIC	T4b	N0	M0
Stade III	tous T	N1, N2	M0
Stade IIIA	T1, T2	N1	M0
	T1	N2a	M0
Stade IIIB	T3, T4a	N1	M0
	T2, T3	N2a	M0
	T1, T2	N2b	M0
Stade IIIC	T4a	N2a	M0
	T3, T4a	N2b	M0
	T4b	N1, N2	M0
Stade IVA	tous T	tous N	M1a
Stade IVB	tous T	tous N	M1b

Exemple : Stadification cancer du colon

C. EVALUATION DES TOXICITÉ DES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX ANTICANCER

Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE)

- Objectif:

Déterminer le degré de toxicité d'un traitement médicamenteux anticancer

But:

Traiter et/ ou prévenir la survenue de cette toxicité

Adapter le traitement spécifique : Poursuite du traitement, réduction des doses ou arrêt.

Grades :

Les grades font référence à la sévérité de l'évènement indésirable (EI).

Ils sont au nombre de 5 et sont basés sur les grandes lignes suivantes :

- Grade 1 : Leger ; asymptomatique ou symptômes légers ; diagnostic à l'examen clinique uniquement ; ne nécessitant pas de traitement
- Grade 2 : Modéré ; nécessitant un traitement minimal, local ou non-invasif ; interférant avec les activités **instrumentales** de la vie quotidienne
- Grade 3 : Sévère ou médicalement significatif mais sans mise en jeu immédiate du pronostic vital ; indication d'hospitalisation ou de prolongation d'hospitalisation ; invalidant ; interférant avec les activités **élémentaires** de la vie quotidienne
- Grade 4 : Mise en jeu du pronostic vital ; nécessitant une prise en charge en urgence
- Grade 5 : Décès lié à l'EI

Activités de la vie quotidienne :

- Les activités **instrumentales** de la vie quotidienne font référence à la capacité à préparer ses repas, faire les courses (alimentation, vêtements), utiliser un téléphone, gérer son argent...
- Les activités **élémentaires** de la vie quotidienne font référence à la capacité de faire sa toilette, de s'habiller et se déshabiller, manger seul, aller aux toilettes, prendre ses médicaments et ne pas rester alité.

D. EVALUATION DE L'EFFICACITÉ D'UN TRAITEMENT

RECIST ((Response Evaluation Criteria in Solid Tumors):

La méthode de référence d'évaluation de la réponse aux traitements :

Elle se base sur la mesure **du plus grand diamètre** des lésions tumorales d'un patient.

Objectif:

Évaluer le degré de réponse tumorale au traitement médicamenteux anticancer

But

Guider l'attitude thérapeutique

Outils : En général l'évaluation de la réponse aux traitements en oncologie médicale se fait tous les 2 à 3 mois

- ✓ L'examen clinique :
- ✓ Imagerie radiologique et /ou nucléaire : sont des examens reproductibles, qui permettent d'effectuer des évaluations objectives, avec une traçabilité, et possibilité de relecture en cas de besoin.

Condition :

- Délai entre l'examen radiologique et l'instauration de la chimiothérapie ne doit pas dépasser : 1 mois :
- Lors de l'évaluation on utilisera le même examen radiologique que celui utilisé avant le traitement (Baseline)

1ère étape : Déterminer les cibles à évaluer sur l'examen clinique et / ou radiologique initiale :

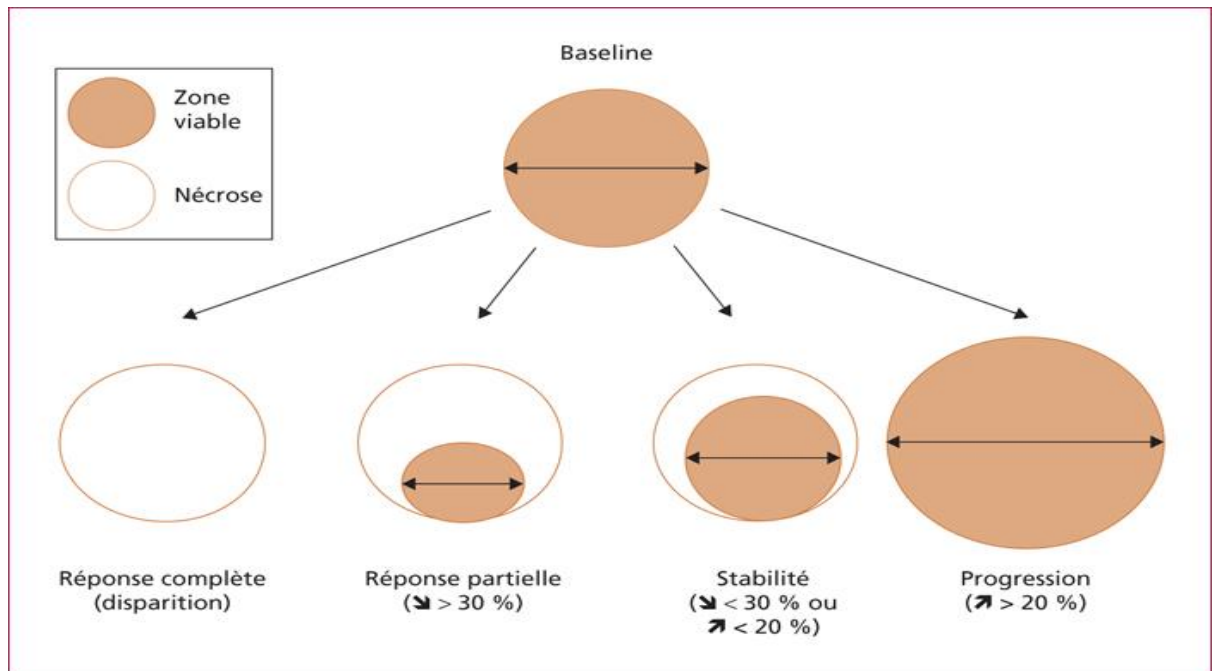
- a. Lésions cibles :
 - Lésion dont le plus grand axe est sup à 10 mm
 - Pour les ganglions : dont le plus petit diamètre est sup à 15 mm

On fera la somme des plus grands diamètres des lésion cibles (max 5 lésions cibles, dont 2 lésions par organe).

- b. Lésions non cibles : non mesurable (épanchements).

2ème étape: Comparer la taille des lésions avant et après traitement

- A. Lésion cibles : Calculer le % de différence entre les sommes des lésions cibles
- B. Lésion non cibles : Comparer les lésions non cibles : de façon approximative (augmentation, diminution, stabilité)
- C. Chercher l'apparition d'une nouvelle lésion



Les patients sont classés en trois catégories principales en fonction du degré de leur réponse au TRT :

- Les patients ayant une **réponse objective : complète ou partielle** (CR et PR) ;
- Les patients ayant une **progression tumorale** (PD) ; ;
- Les patients n'ayant ni réponse ni progression : **maladie stable**,

Les patients classés **CR, PR ou SD** ont un **bénéfice du traitement**, puisqu'on considère qu'en l'absence de traitement, l'histoire naturelle serait une progression tumorale.

VII Conclusion

Les échelles d'évaluations et classifications des cancers sont indispensables dans la prise en charge des patients en oncologie médicale.

Leur objectif est de simplifier et d'homogénéiser le langage entre praticiens de la santé ; de quantifier, classer et de rendre objectifs les paramètres qui caractérisent le cancer et l'état du patient.

Le but final étant d'optimiser au mieux la prise en charge globale diagnostique et thérapeutique du patient atteint de cancer.