

Université Salah Bounider Constantine 3  
Centre hospitalo-universitaire Benbadis Constantine  
Cours de 4<sup>ème</sup> année de médecine  
**Module onco-hématologie**

**Principes diagnostiques et bilan pré  
thérapeutique en oncologie**

Le : 06/01/2022

**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

### **2. 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  $\beta$ HCG, 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** ( $^{18}\text{F}$ ) incorporé dans une molécule de **glucose** formant le  $^{18}\text{F}$ -fluorodésoxyglucose ( $^{18}\text{F}$ -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 encéphaloïde;
- 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 épidermoïdes:** 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 méséctodermiques:

- Tumeurs des méninges (méningiome)
- Ganglions nerveux sympathiques et parasympathique (ganglioneurome, chémodectome)
- Gaines de schwan (schwannome)
- Système mélanogène (mélanome malin)

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

- Plus ou moins matures: dysembryome
- Moins matures (Tm indifférenciées): 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 épidermoïde 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 à tous traitements.
- Le diagnostic individuel précoce a une influence majeure sur le pronostic global améliorant les possibilités de contrôle local et diminuant le risque de métastase à distance.