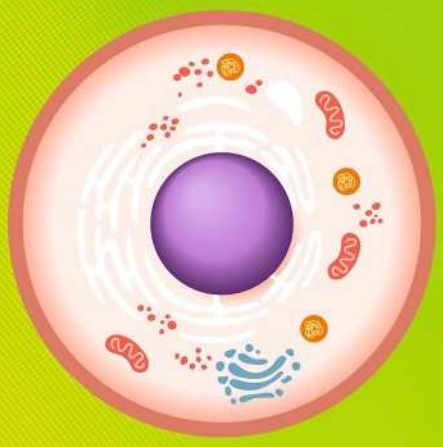
LES DOSSIERS

ECNi

30 dossiers progressifs
+ 10 dossiers en ligne



Cancérologie

Guillaume Vogin | **Aurélien Lambert**

PH en oncologie médicale
Responsable de la docimologie des i-ECN

Interne en oncologie médicale

- Dossiers et questions isolées type concours
- 100 % QRM
- Corrigés détaillés et commentés
- Illustrations type concours

OBJECTIF ECNi

ACCÈS GRATUIT

10 dossiers dans les conditions réelles du concours sur tablette numérique

estem

Objectif ECNi

L'application créée par Théo Pezel, David Deutsch et Jeremy Lupu

Nouveau concours : **Nouvelle application !**

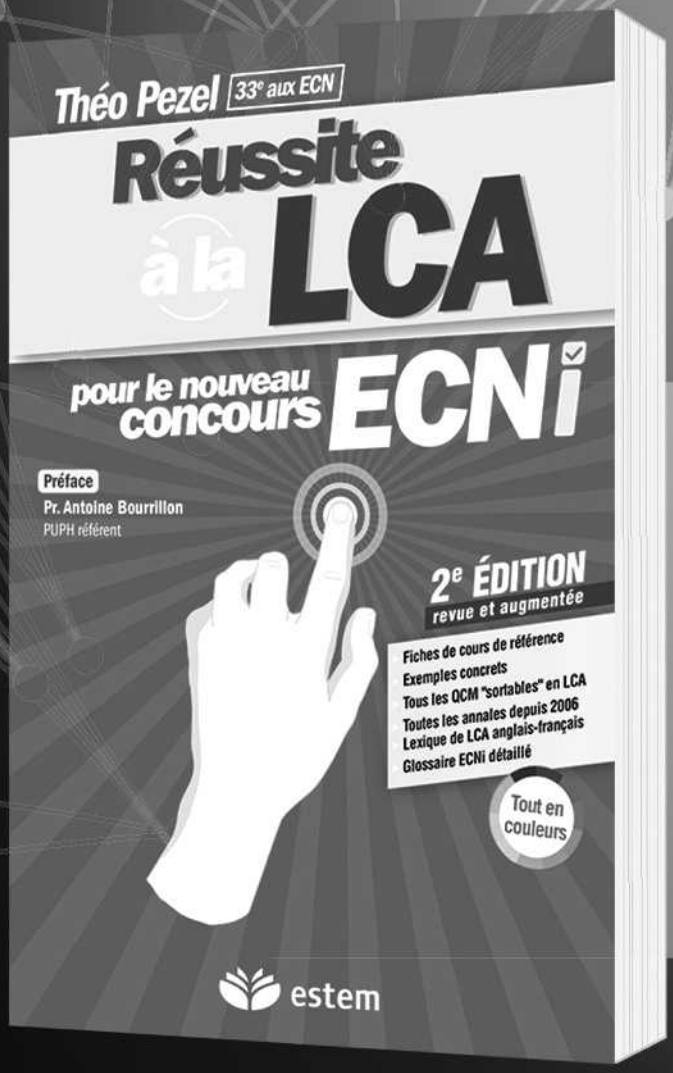
15 spécialités à **4,99 € chacune,**
avec 10 dossiers progressifs et des questions isolées

Disponibles sur :

Available on the App Store

ANDROID APP ON Google play

estem



192 p. • 20 € • Octobre 2015

Le seul ouvrage sur la LCA nouvelle formule en couleur !

- Les modalités du nouveau concours ECNi clairement expliquées
- Des fiches de cours de référence, traitant de la totalité des notions du nouveau programme ECNi, classées selon les 24 objectifs pédagogiques officiels du CNCI
- Tous les QCM « sortables » en LCA
- Toutes les annales ECN depuis 2006 intégrées aux fiches
- Un lexique de LCA anglais/français des mots incontournables
- Un glossaire ECNi détaillé avec toutes les définitions à connaître

estem

En librairie et sur estem.fr

LES DOSSIERS ECNi
CANCÉROLOGIE

Guillaume Vogin
Aurélien Lambert

estem

Éditions ESTEM
4, rue de la Michodière, 75002 Paris
Tél. : 01 72 36 41 60
Fax : 01 72 36 41 70
E-mail : info@estem.fr

@ www.estem.fr

ISBN 978-2-84371-823-6
© 2015, Éditions Estem

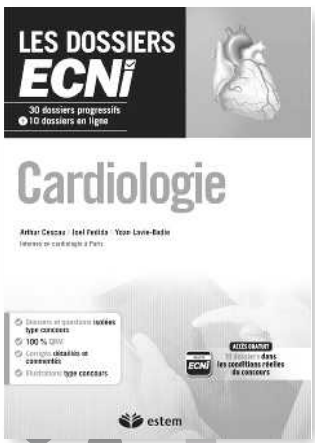
Toute représentation ou reproduction, intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur, ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite (loi du 11 mars 1957, alinéa 1er de l'article 40). Cette représentation ou reproduction par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal.

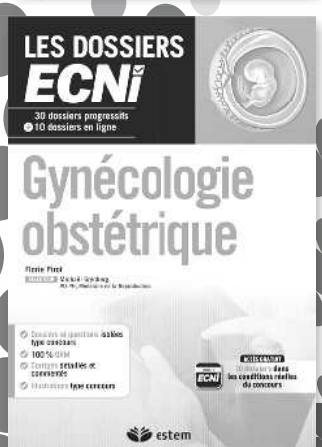
Présentation des auteurs

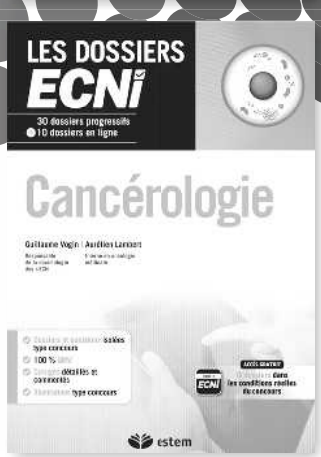
Guillaume Vogin est MD, PhD, MCU-PH, oncologue radiothérapeute à l'Institut de Cancérologie de Lorraine – Alexis Vautrin. Il fait partie de la commission SIDES et de docimologie de la faculté de médecine de Nancy.

Aurélien Lambert est interne en oncologie médicale (8e semestre) à l'Institut de Cancérologie de Lorraine – Alexis Vautrin.

TOUT POUR RÉUSSIR !



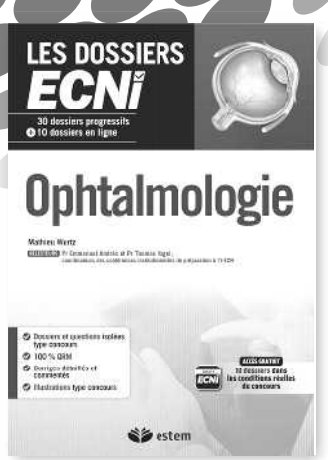




La collection les Dossiers ECNi

Après avoir brillé aux ECN, les auteurs de la collection « Les dossiers ECNi » ont rédigé pour vous ces ouvrages qui vous permettront de vous entraîner pour qu'à votre tour vous puissiez accéder au sommet du classement !

Grâce à ces ouvrages vous pourrez vous mettre en situation de concours, leur contenu est adapté aux nouvelles modalités ECNi et ils ont été validés par des PU-PH spécialistes en la matière et investis dans le nouveau concours ECNi !



En librairie et sur www.estem.fr

estem

Présentation de la collection

Tous les ouvrages de la collection « Les dossiers ECNi » sont écrits par des auteurs classés parmi les meilleurs aux ECN et validés par des PU-PH spécialistes de la matière, investis dans le nouveau concours ECNi. Cette nouvelle collection vous permettra de vous mettre en situation de concours en proposant un contenu adapté aux nouvelles modalités des ECNi :

1 - Des **dossiers progressifs**

Chaque dossier comporte **15 questions, sous la forme exclusive de QRM** selon les dernières modalités du concours. Elles couvrent l'ensemble de la spécialité.

Un classement par niveau de difficulté est proposé afin de progresser dans vos révisions, en allant au fur et à mesure vers des dossiers plus transversaux.

Un rappel des items étudiés est indiqué en fin de dossier, pour faire le lien avec le nouveau programme.

Les corrigés sont cotés et commentés, avec des conseils et astuces propres aux auteurs. Ils intègrent les pondérations « **Réponse inacceptabl*** » et « **Réponse indispensable** » comme prévues au concours.

La rubrique finale « L'avis du conférencier » statue sur le cas étudié dans le dossier en donnant les réflexes à avoir le jour du concours.

Chaque dossier étant progressif, l'étudiant devra se garder de regarder la question qui suit avant de valider sa réponse.

2 - Des **questions isolées**

Ces questions vous permettront de faire le tour des items susceptibles de vous discriminer.

Remarque sur les points

Pour la cotation, des points ont été attribués à chaque bonne réponse, mais les consignes du CNCI sont les suivantes : en l'absence de discordance, l'étudiant a la note maximale ; dans le cas d'une discordance, la note est divisée par deux ; dans le cas de deux discordances, la note est multipliée par 0,2. Dans le cas de 3 discordances ou plus, la note est de zéro. De même si une **Réponse inacceptable*** est cochée, ou une **Réponse indispensable** non cochée. Dans le cas où une réponse unique est attendue, toute erreur est sanctionnée par un zéro.

Bonne préparation et bonne chance !

Les éditions Estem

Sommaire

Dossiers cliniques progressifs

Dossier n° 1. **Un nodule prostatique ★** ... 3
Dossier n° 2. **Un déficit moteur des membres inférieurs ★** ... 10
Dossier n° 3. **Complètement bouché ! ★** ... 16
Dossier n° 4. **Tabac, toux, fièvre : un seul réflexe ! ★** ... 23
Dossier n° 5. **Quand ça ne passe plus… ★** ... 30
Dossier n° 6. **Une histoire de ligne pectinée ★** ... 36
Dossier n° 7. **Rectorragies banales ou révélatrices ★** ... 43
Dossier n° 8. **Super mamie ★** ... 49
Dossier n° 9. **Quand on dit qu'il faut se protéger du soleil… ★** ... 56
Dossier n° 10. **Un cancer du col utérin à surveiller de près ★★** ... 62
Dossier n° 11. **De la minette lorraine ★★** ... 69
Dossier n° 12. **Il finira champion de marathon ★★** ... 76
Dossier n° 13. **Des p'tits trous, des p'tits trous… ★★** ... 82
Dossier n° 14. **J'ai la rate qui s'dilate ★★** ... 90
Dossier n° 15. **Je n'ai plus faim et ça me gratte docteur ★★** ... 96
Dossier n° 16. **Quand les urines sont rouges ★★** ... 103
Dossier n° 17. **Mise au vert… ★★** ... 110
Dossier n° 18. **Une boule dans la gorge ★★** ... 116
Dossier n° 19. **Le souffle coupé ★★** ... 122
Dossier n° 20. **Mon mari débloque ★★** ... 128
Dossier n° 21. **Un piège diagnostique ★★** ... 134
Dossier n° 22. **Il était une foie ★★** ... 140
Dossier n° 23. **Globules rouges, blouse blanche et gros bleus ★★** ... 146
Dossier n° 24. **Flocculus et Nodulus sont sur un bateau ★★★** ... 152
Dossier n° 25. **Quand le hara-kiri est carcinologique ★★★** ... 159
Dossier n° 26. **Théo devient (trop) propre ! ★★★** ... 165
Dossier n° 27. **Des « chaurées » à 12 ans ★★★** ... 173
Dossier n° 28. **VIH et cancer ne font pas bon ménage ★★★** ... 180
Dossier n° 29. **La cigogne n'apporte pas que des cadeaux… ★★★** ... 186
Dossier n° 30. **Élémentaire mon cher Watson ! ★★★** ... 192

Questions isolées

Énoncé ... 202
Corrigé ... 206

Dossiers cliniques progressifs

DOSSIER N° 10

★ ★ ☆

Un cancer du col utérin à surveiller de près

Items 261 – 289 – 291 – 297 – 322 – 343

Énoncé

Mme B., 46 ans, vous est adressée pour prise en charge d'un carcinome épidermoïde du col utérin. Elle arrive à la consultation avec un bilan TDM et un compte-rendu anatomopathologique d'une biopsie.

Ses antécédents sont les suivants : deux enfants pour trois grossesses (une fausse couche spontanée à 24 ans). Elle n'est pas ménopausée. Elle a des troubles de l'humeur de type mélancolie justifiant un traitement par lithium ; appendicectomie à 21 ans, exérèse d'un lipome du dos à 36 ans. Tabagisme actif non sevré estimé à 12 paquets/année.

Elle a présenté un CIN 3 traité par conisation il y a cinq ans.

Des métrorragies ont conduit au diagnostic de carcinome épidermoïde de 56 mm de grand axe, coulant dans le cul-de-sac latéral droit de la partie supérieure de la paroi vaginale droite, sans dépasser la moitié de la filière vaginale.

À l'examen clinique : poids 51 kg, taille 1,70 m, pression artérielle 140/90 mmHg. Auscultation cardio-pulmonaire libre et sans particularité. Les aires ganglionnaires sont libres.

Le scanner confirme l'existence de la lésion du col estimée à 60 × 46 × 35 mm, sans adénopathie visible ni atteinte métastatique hépatique ou pulmonaire. Pas de dilatation des cavités pyélocalicielles.

1. **Quel est le principal facteur pronostique du cancer du col utérin ? (une seule réponse possible)**
   - ❏ A. L'âge de la patiente
   - ❏ B. La taille de la tumeur
   - ❏ C. La catégorie socio-professionnelle
   - ❏ D. L'atteinte ganglionnaire
   - ❏ E. La nulliparité

2. **Quel bilan d'extension réalisez-vous ? (une ou plusieurs réponses possibles)**
   - ❏ A. Examen gynécologique sous anesthésie générale
   - ❏ B. IRM pelvienne
   - ❏ C. IRM lombo-aortique
   - ❏ D. Cystoscopie si doute sur une atteinte vésicale
   - ❏ E. Rectoscopie si doute sur une atteinte rectale

Au final, vous classez la lésion IIB proximal. Vous prévoyez la séquence thérapeutique suivante : radiothérapie externe avec chimiothérapie concomitante de type cisplatine hebdomadaire, puis complément par curiethérapie utérovaginale. Une chirurgie sera envisagée dans un second temps en fonction de la réponse tumorale.

3. **Quelle(s) est (sont) la (les) modalité(s) pratique(s) de la chimiothérapie ?**
   - ❏ A. Pose d'une voie veineuse centrale
   - ❏ B. Chimiothérapie hebdomadaire et radiothérapie quotidienne
   - ❏ C. Hyperhydratation type 3L de NaCl 0,9 % sur 24 h pendant le cisplatine
   - ❏ D. Surveillance rapprochée de la fonction rénale et de l'hémogramme (hebdomadaire)
   - ❏ E. Début de la chimiothérapie quel que soit l'hémogramme

4. **Quelle(s) est (sont) la (les) modalité(s) de la réalisation de la radiothérapie ?**
   - ❏ A. Repérage des coordonnées sur le scanner diagnostique de la maladie
   - ❏ B. Calcul de la dosimétrie prévisionnelle le premier jour de traitement
   - ❏ C. Irradiation prophylactique de l'aire lombo-aortique
   - ❏ D. Consultation de surveillance hebdomadaire de la tolérance du traitement
   - ❏ E. Pas de séance de radiothérapie le jour de la chimiothérapie (une fois par semaine)

5. Quelle(s) est (sont) la (les) modalité(s) de la curiethérapie ?

- ❏ A. Curiethérapie interstitielle
- ❏ B. Délivrance de la dose par débit pulsé
- ❏ C. 2 à 5 jours d'hospitalisation
- ❏ D. Débute en moyenne 3 mois après la fin de la radiothérapie externe
- ❏ E. Anesthésie de courte durée chaque jour de traitement

Lors de la 4e semaine de traitement, la patiente se plaint de nausées et de vomissements, d'asthénie et de sensation de malaise général. À l'examen, vous relevez une pression artérielle à 92/59 mmHg, une tendance à l'obnubilation et un tremblement fin des extrémités. L'abdomen est souple et dépressible. Vous faites pratiquer un bilan biologique en urgence qui montre : Na = 131 mmol/L, K = 5,2 mmol/L, Cl = 98 mmol/L, HCO3 = 21 mmol/L, Ca = 2,21 mmol/L, urée = 12 mmol/L, créatinine = 212 µmol/L, GB = 11 G/L, Hb = 11,2 g/dL, plaquettes = 212 G/L.

6. Quel diagnostic précis évoquez-vous ? (une seule réponse possible)

- ❏ A. Colite inflammatoire réactionnelle à la radiothérapie pelvienne
- ❏ B. Sepsis ayant pour point de départ probable la voie veineuse centrale
- ❏ C. Méningite carcinomateuse
- ❏ D. Intoxication au lithium sur insuffisance rénale aiguë
- ❏ E. Attaque de panique

7. Comment complétez-vous votre bilan étiologique ? (une ou plusieurs réponses possibles)

- ❏ A. Lithémie
- ❏ B. Hémocultures périphériques et centrales
- ❏ C. Échographie rénale et des voies urinaires
- ❏ D. TDM cérébral en urgence
- ❏ E. Ponction lombaire

Lors de la curiethérapie, vous commencez par pratiquer un examen gynécologique sous anesthésie générale. Il persiste un volume tumoral de 26 mm de plus grand axe. Le cul-de-sac de Douglas est libre et vous ne palpez pas d'infiltration paramétriale au toucher bimanuel.

Vous pratiquez une curiethérapie utérovaginale délivrant un complément de 20 Gy en débit pulsé.

8. Six semaines plus tard, le chirurgien réalise une chirurgie selon Wertheim. À quoi correspond cette intervention ? (une ou plusieurs réponses possibles)

- ❏ A. Exérèse du col utérin avec une collerette vaginale (partie supérieure du vagin)
- ❏ B. Exérèse du corps utérin en laissant le col en place
- ❏ C. Exérèse des paramètres
- ❏ D. Curage ganglionnaire lombo-aortique
- ❏ E. Respect des ovaires

9. Concernant le geste chirurgical, à quelle complication faudra-t-il être particulièrement attentif lors de la surveillance post-opératoire précoce de la patiente ? (une seule réponse attendue)

- ❏ A. Stérilité
- ❏ B. Sténose/plaie des uretères
- ❏ C. Fistule rectovaginale
- ❏ D. Fistule vésicovaginale
- ❏ E. Éventration

10. Comment surveillez-vous la patiente après cette prise en charge ? (une ou plusieurs réponses possibles)

- ❏ A. Examen clinique annuel avec examen pelvien
- ❏ B. Frottis tous les 6 mois à vie
- ❏ C. Échographie abdominale au moindre doute à l'examen clinique
- ❏ D. TDM thoraco-abdomino-pelvien et/ou IRM pelvienne si argument clinique ou paraclinique
- ❏ E. Arrêt de la surveillance après 5 ans

La patiente est admise 8 mois plus tard par le biais des urgences pour une polypnée majeure. La radiographie thoracique réalisée en urgence retrouve un lâcher de ballon pulmonaire. Vous envisagez bien sûr une récidive métastatique.

11. Quelle(s) affirmation(s) est (sont) vraie(s) ?

- ❏ A. La chimiothérapie est la seule arme à disposition pour ralentir la maladie
- ❏ B. La chimiothérapie n'est pas très efficace et n'augmente que peu la survie globale
- ❏ C. Il s'agit d'un stade IVB
- ❏ D. La survie à 5 ans de la patiente est de moins de 20 %
- ❏ E. La survie à 5 ans de la patient est de plus de 20 %

Rapidement votre chimiothérapie échoue, la patiente demande à rédiger des directives anticipées et en accord avec elle vous convenez des modalités de prise en charge palliative. Son époux est désigné tiers de confiance.

12. Quelle(s) proposition(s) est (sont) vraie(s) ?

- ❏ A. Sa fille peut décider de la suite de la prise en charge lorsque la patiente ne sera plus consciente
- ❏ B. L'époux peut refuser la prise en charge palliative à ce moment
- ❏ C. Les directives anticipées sont obligatoires une fois la prise en charge palliative entamée
- ❏ D. Elle peut récuser ou modifier à tout moment ses directives anticipées
- ❏ E. Les directives anticipées sont valables 3 ans

La patiente est désormais alitée en permanence, paisible, dépendante en oxygène et somnolente. Elle reste consciente quand vous la réveillez et demande à ce que vous l'aidiez à partir.

13. Quelle(s) proposition(s) est (sont) vraie(s) ?

- ❏ A. Vous pouvez accéder à sa demande et la sédater
- ❏ B. Vous pouvez en accord avec le tiers de confiance augmenter la sédation et les morphiniques pour l'aider à partir plus vite
- ❏ C. Vous pouvez renforcer son traitement par un anxiolytique puissant tel que le midazolam
- ❏ D. Le midazolam est un produit utilisé uniquement pour l'anxiolyse
- ❏ E. L'état général est OMS 4

Après avoir aspiré la patiente pour libérer ses voies aériennes supérieures et mis en place un traitement par antisécrétoires, vous constatez qu'elle est extrêmement agitée et lutte contre les barrières du lit. Elle semble tout à fait inconfortable. Une respiration superficielle persiste avec polypnée. Vous décidez de mettre en place une sédation.

14. Quelle(s) affirmationss) est (sont) vraie(s) ?

- ❏ A. Il est possible d'utiliser la morphine pour calmer la polypnée
- ❏ B. Vous devez faire appel à l'anesthésiste d'astreinte pour réaliser la sédation
- ❏ C. Vous utilisez un sédatif de type midazolam pour entreprendre votre sédation
- ❏ D. Le principe de la sédation par midazolam est le même que pour la morphine, à savoir répétition de bolus à intervalles rapprochés
- ❏ E. Le but est d'obtenir un coma vigile

15. Vous avez obtenu une dose efficace sédative avec 14 bolus de 0,5 mg de midazolam. Quelle(s) proposition(s) est (sont) vraie(s) ?

- ❏ A. Il faut maintenir des bolus réguliers pour entretenir la sédation
- ❏ B. Les proches peuvent effectuer des bolus si l'équipe soignante leur en a montré le fonctionnement
- ❏ C. Vous instaurez un débit basal d'environ 3 mg par heure
- ❏ D. Cet état de coma vigile peut durer de quelques heures à plusieurs jours
- ❏ E. L'accès à la chambre est désormais strictement réservé au personnel soignant et au tiers de confiance

Corrigé

QRM 1	Réponses		Cotation	Commentaire
	A			
	B			
	C			
	D	×	20	Avant tout le reste ! Survie globale à 5 ans = 85-90 % si N^- ; 50-60 si N^+ pelvien ; 10-30 % si N^+ lombo-aortique.
	E			

QRM 2	Réponses		Cotation	Commentaire
	A	×	4	
	B	×	4	
	C	×	4	
	D	×	4	
	E	×	4	

QRM 3	Réponses		Cotation	Commentaire
	A	×	5	
	B	×	5	
	C	×	5	Indispensable pour protéger le rein du cisplatine.
	D	×	5	
	E			Remarque : une chimiothérapie, à quelques rares exceptions près, s'administre si un taux de polynucléaires neutrophiles est supérieur à 1 500/mm^3.

QRM 4	Réponses		Cotation	Commentaire
	A			Il faut réaliser un scanner d'acquisition dédié.
	B			Le calcul de la dosimétrie prévisionnelle est bien sûr réalisé en amont du premier jour de traitement et forcément après le centrage.
	C	×	10	
	D	×	10	
	E			La chimiothérapie peut tout à fait avoir lieu les jours d'irradiation, n'oubliez pas ici que le but de la chimiothérapie est bel est bien d'augmenter la radiosensibilité tumorale et de traiter la maladie micrométastatique.

QRM 5	Réponses		Cotation	Commentaire
	A			La curiethérapie a lieu par voie utérovaginale endocavitaire.
	B	×	10	
	C	×	10	
	D			Elle débute généralement dans les 15 jours suivant la radiothérapie externe, le délai optimal de ce traitement étant de moins de deux mois.
	E			L'AG n'est nécessaire qu'au moment de l'application.

QRM 6	Réponses		Cotation	Commentaire
	A			
	B			
	C			
	D	×	20	
	E			

QRM 7	Réponses		Cotation	Commentaire
	A	X	10	
	B			
	C	X	10	
	D			
	E			

QRM 8	Réponses		Cotation	Commentaire
	A	X	8	
	B			Il faut tout emporter dans le geste.
	C	X	8	
	D			Le curage est souvent associé mais il n'est pas mentionné ici donc non réalisé.
	E	X	4	Au cours d'un Wertheim, stricto sensu, les ovaires sont conservés. En contexte carcinologique et à cet âge, généralement une ovariectomie bilatérale complémentaire est réalisée.

QRM 9	Réponses		Cotation	Commentaire
	A			Conséquence attendue et non complication.
	B	X	20	
	C			Plus tard.
	D			
	E			

QRM 10	Réponses		Cotation	Commentaire
	A			Tous les 4 mois pendant 2 ans puis tous les 6 mois pendant 3 ans et enfin annuellement.
	B			Col réséqué.
	C	X	10	
	D	X	10	
	E			Surveillance à vie.

QRM 11	Réponses		Cotation	Commentaire
	A	X	5	Plus de traitement local possible.
	B	X	5	C'est vrai aussi …
	C	X	5	Oui car atteinte métastatique à distance.
	D	X	5	Malheureusement.
	E			

QRM 12	Réponses		Cotation	Commentaire
	A			Non c'est le tiers de confiance, donc l'époux.
	B			Non, tant que la patiente est consciente est orientée, elle décide pour elle-même mais une fois incapable, l'époux peut décider d'aller à l'encontre de sa volonté … heureusement ceci est très rare.
	C			Non les directives anticipées sont un droit et non un devoir.
	D	X	10	
	E	X	10	

QRM 13	Réponses		Cotation	Commentaire
	A			La sédation est possible si la patiente est inconfortable. Attention, sédation n'est pas synonyme d'euthanasie.
	B		**Réponse inaccep-table***	= Euthanasie.
	C	X	15	À dose anxiolytique.
	D			Faux, le midazolam est un puissant sédatif.
	E	X	5	

QRM 14	Réponses		Cotation	Commentaire
	A	X	5	Oui, la morphine a un rôle bradypnéisant. Cet effet indésirable peut être utile dans cette situation.
	B			Vous êtes formé pour effectuer cette sédation.
	C	X	5	
	D	X	5	
	E	X	5	

QRM 15	Réponses		Cotation	Commentaire
	A			Bien sûr que non, le débit basal est là pour ça.
	B	X	10	Tout à fait, la participation de la famille est même une bonne chose.
	C	X	5	Soit la moitié de la dose utilisée pour obtention de la sédation, vous pouvez ensuite l'ajuster selon l'état d'agitation.
	D	X	5	Oui, il faut bien en avertir les proches.
	E			Pas du tout, fort heureusement.
Total		.....	/ 300	

Objectifs de rang A : cancer du col utérin (Guide ALD, INCa, 2010)

- **Le cancer du col utérin est, dans la majorité des cas, une affection tumorale d'origine infectieuse à évolution lente qui peut être dépistée à un stade précancéreux grâce à la réalisation régulière d'un frottis cervico-utérin (FCU). La vaccination ne se substitue pas au dépistage.**
- **Le diagnostic peut être porté à un stade précoce en dehors de tout symptôme, dans le cadre d'un dépistage par examen gynécologique et réalisation d'un FCU. Il peut être également évoqué devant des symptômes non spécifiques : métrorragies provoquées (principal symptôme), métrorragies spontanées, dyspareunies, leucorrhées ou douleurs pelviennes, notamment chez les femmes n'ayant pas de suivi gynécologique régulier.**
- **Le diagnostic repose sur l'examen anatomopathologique de biopsies cervicales ou d'une pièce de conisation. Dès le diagnostic anatomopathologique, la prise en charge, du fait de sa complexité, doit être pluridisciplinaire et réalisée par une équipe spécialisée.**
- **L'imagerie par résonance magnétique (IRM) pelvienne préthérapeutique (débutant aux pédicules rénaux et allant jusqu'à la symphyse pubienne) est l'examen de référence.**
- **La prise en charge thérapeutique peut faire appel, selon le stade de la maladie, à la chirurgie, la radiothérapie externe, la curiethérapie et la chimiothérapie, seules ou en association.**
- **La patiente doit être prise en charge dans sa globalité incluant la prise en compte de sa sexualité et de sa fertilité.**
- **Le médecin traitant a un rôle essentiel dans le suivi et la prise en charge des complications qui peuvent être liées au traitement ou à la maladie elle-même.**
- **La surveillance post-thérapeutique se fait tous les 4 mois pendant 2 ans, puis tous les 6 mois pendant 3 ans, puis annuellement. Elle comporte un examen clinique et un FCU à 6 mois, 12 mois puis annuel chez les patientes ayant bénéficié d'un traitement conservateur. Aucun examen d'imagerie n'est systématique.**
- **Le cancer du col utérin n'étant pas hormonodépendant, un traitement hormonal de substitution peut être proposé aux femmes pour qui le traitement a induit une ménopause, en dehors des contre-indications habituelles.**

* Réponse inacceptable = 0 à la question si cochée.

Items abordés dans ce dossier

N° 261 : Insuffisance rénale chronique chez l'adulte et l'enfant

N° 289 : Diagnostic des cancers : signes d'appel et investigations paracliniques ; caractérisation du stade ; pronostic

N° 291 : Traitement des cancers : chirurgie, radiothérapie, traitements médicaux des cancers (chimiothérapie, thérapies ciblées, immunothérapie). La décision thérapeutique pluridisciplinaire et l'information du malade

N° 297 : Tumeurs du col utérin, tumeur du corps utérin

N° 322 : Identification et gestion des risques liés aux médicaments et aux biomatériaux, risque iatrogène, erreur médicamenteuse (voir item 4 et item 5)

N° 343 : Insuffisance rénale aiguë - Anurie

L'avis du conférencier

Pour comprendre les indications de traitement en cancérologie, il est fondamental de savoir qu'elles sont basées sur des facteurs pronostiques.
Bien qu'il existe souvent plusieurs facteurs pronostiques identifiés, apprenez à identifier le facteur principal dans chaque cas, celui sur lequel la stratégie thérapeutique (y compris la surveillance) s'appuie le plus.
En voici quelques exemples :
– cancer du col utérin : atteinte ganglionnaire ;
– cancer du corps utérin : envahissement du myomètre ;
– cancer de l'ovaire : reliquat tumoral postopératoire ;
– cancer du sein : atteinte ganglionnaire ;
– cancer de prostate : triade Gleason-PSA-stade T ; l'atteinte ganglionnaire est aussi très importante (fait bascu- ler la thérapeutique) ;
– cancer du poumon : atteinte ganglionnaire médiastinale ;
– cancer du côlon : atteinte ganglionnaire (vous trouvez que je me répète ?) ;
– cancer du rectum : distance à ligne ilio-pectinée (plan des releveurs de l'anus) ;
– cancer du pancréas : envahissement des artères rétropancréatiques ;
– glioblastome : mutation 1p19q.

À vous de compléter…

QRM 14	Réponses		Cotation	COMMENTAIRE
	A			
	B	×	7	
	C	×	7	
	D	×	6	
	E			

QRM 15	Réponses		Cotation	COMMENTAIRE
	A	×	5	
	B			Avant 6 ans.
	C	×	5	À retenir : la réinsertion se prévoit en termes de : – soins (institution, domicile, ambulatoire…) ; – professionnel, scolaire (milieu normal, milieu protégé) ; – logement ; – revenus (salaire, assurance sociale : retraite, sécurité sociale, mutuelle ; responsabilité : accident du travail, tiers responsable ; solidarité : allocations).
	D	×	5	
	E	×	5	
Total		.....	/ 300	

Objectifs de rang A : médulloblastome pédiatrique

- **Le médulloblastome est la tumeur cérébrale maligne de la fosse postérieure la plus fréquente chez l'enfant. Il représente environ 20 % des tumeurs cérébrales, alors qu'il représente moins de 1 % des tumeurs cérébrales de l'adulte. Sa prévalence est estimée à 1–9/100 000. L'âge moyen de découverte est 5 ans. Il affecte plus souvent les garçons. Les médulloblastomes se développent principalement aux dépens du vermis et du quatrième ventricule.**
- **Une prédisposition génétique au médulloblastome est observée dans environ 10 % des cas. Si la tumeur se manifeste avant l'âge de 4 ans, la probabilité d'une prédisposition héréditaire est plus forte. Ces prédispositions correspondent essentiellement aux syndromes de Gorlin ou de Turcot.**
- **Les premières manifestations de la maladie sont, le plus souvent, une hypertension intracrânienne par hydrocéphalie, et une ataxie.**
- **La classification de l'OMS obtenue à partir de la pièce opératoire distingue cinq types histologiques principaux :**
  - **la forme dite classique, 70 % des cas,**
  - **la forme desmoplastique, de meilleur pronostic, 15 % des cas,**
  - **la forme à nodularité extensive,**
  - **la forme anaplasique,**
  - **la forme dite à grandes cellules.**
- **L'IRM est l'examen fondamental pour établir le diagnostic. Comme c'est une maladie pouvant donner des métastases dans le système nerveux, un bilan d'extension est réalisé qui comprend une IRM complète de la moelle épinière, une IRM post-opératoire pour étudier précisément l'existence d'un éventuel reliquat tumoral, une recherche de cellules tumorales dans le LCS, 10 jours après l'opération.**
- **Ce bilan permet de classer le médulloblastome dans un des deux groupes suivants :**
  - **le groupe à risque standard, correspond aux stades T1, T2, M0, sans résidu postopératoire et sera traité par une exérèse complète de la tumeur habituellement complétée d'une irradiation sur l'ensemble du système nerveux central,**
  - **le groupe à haut risque correspond aux autres cas et le traitement comporte en outre une chimiothérapie administrée pendant et après l'irradiation.**
- **Le pronostic de la maladie s'est beaucoup amélioré au cours des vingt dernières années. Actuellement, il existe une augmentation importante des taux de survie à long terme, atteignant jusqu'à 85 % dans les médulloblastomes de risque standard.**

Items abordés dans ce dossier

N° 44 : Suivi d'un nourrisson, d'un enfant et d'un adolescent normal. Dépistage des anomalies orthopédiques, des troubles visuels et auditifs. Examens de santé obligatoires. Médecine scolaire. Mortalité et morbidité infantiles.

N° 53 : Développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant : aspects normaux et pathologiques (sommeil, alimentation, contrôles sphinctériens, psychomotricité, langage, intelligence). L'installation précoce de la relation parents-enfant et son importance. Troubles de l'apprentissage.

N° 55 : Maltraitance et enfants en danger. Protection maternelle et infantile

N° 98 : Céphalée aiguë et chronique chez l'adulte et l'enfant

N° 143 : Vaccinations

N° 288 : Cancer : cancérogénèse, oncogénétique

N° 289 : Diagnostic des cancers : signes d'appel et investigations paracliniques ; caractérisation du stade ; pronostic

N° 291 : Traitement des cancers : chirurgie, radiothérapie, traitements médicaux des cancers (chimiothérapie, thérapies ciblées, immunothérapie). La décision thérapeutique pluridisciplinaire et l'information du malade

N° 294 : Cancer de l'enfant : particularités épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques

N° 296 : Tumeurs intracrâniennes

L'avis du conférencier

Dossier d'oncopédiatrie traitant de la tumeur solide la plus fréquente.
Le parallèle avec le développement psychomoteur est aisé à évaluer.
Ne pas oublier que les cancers pédiatriques sont souvent liés à des prédispositions génétiques.

DOSSIER N° 25

★ ★ ☆

Quand le hara-kiri est carcinologique

Items 143 – 171 – 185 – 209 – 282 – 287 – 288 – 289 – 291 – 300 – 350

Énoncé

Un touriste japonais de 38 ans est amené aux urgences par le SMUR pour une hématémèse.

Il ne présente pas d'antécédent personnel particulier, ne prend aucun traitement médicamenteux, ne fume pas et ne surconsomme pas d'alcool.

À son arrivée, le score de Glasgow est à 15, la PA à 119/63 mmHg, la FC à 100/mn, la FR à 15/mn, la T° à 36,5°C, la saturation à 98 % en air ambiant. Il n'existe aucun signe clinique évocateur de cirrhose hépatique.

1. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) réalisez-vous en urgence ?
- ❏ A. Panendoscopie
- ❏ B. Hémogramme
- ❏ C. Sérologie HIV, HBV
- ❏ D. Bilan d'hémostase
- ❏ E. Coloscopie totale

Vous retrouvez à l'endoscopie œsogastrique une tumeur bourgeonnante activement hémorragique, ulcérée avec des bords surélevés siégeant 3 cm en dessous du cardia. La lésion est biopsiée après réalisation d'une hémostase et l'anatomopathologie conclut à un adénocarcinome. Vous débutez un traitement par inhibiteurs de la pompe à protons.

2. Quelle(s) est (sont) la (les) caractéristique(s) épidémiologique(s) possible(s) de cette forme ?
- ❏ A. Lien avec une infection chronique à *Helicobacter pylori*
- ❏ B. Prédisposition familiale
- ❏ C. Alimentation riche en graisses saturées
- ❏ D. Cancer radio-induit après l'accident de Fukushima
- ❏ E. Alimentation riche en sel

3. Quelle(s) est (sont) la (les) caractéristique(s) d'une linite plastique ?
- ❏ A. Adénocarcinome bien différencié
- ❏ B. Cellules en bague à chaton
- ❏ C. Cellules de Reed-Sternberg
- ❏ D. Infiltration pariétale massive
- ❏ E. Respect de la muqueuse en endoscopie

4. Quel(s) relais ganglionnaire(s) est (sont) classiquement atteint(s) lors de l'extension lymphophile des cancers gastriques ?
- ❏ A. Médiastinal
- ❏ B. Sus-claviculaire
- ❏ C. Inguinal
- ❏ D. Sus-mésocolique
- ❏ E. Mésentérique inférieur

5. Que comporte le bilan d'extension standard de cette pathologie ?
- ❏ A. Rectosigmoïdoscopie
- ❏ B. Cœlioscopie exploratrice
- ❏ C. Scanner encéphalique
- ❏ D. Scanner thoraco-abdomino-pelvien
- ❏ E. Dosage du CA 19.9

Le bilan d'extension conclut à une lésion localisée T2N0M0.

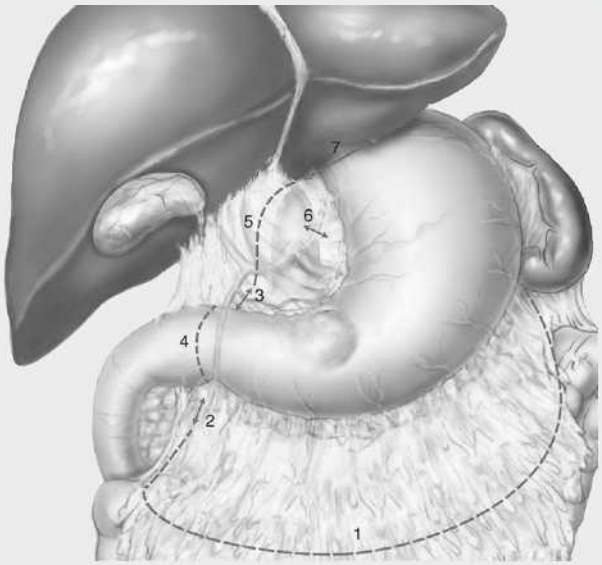
Une indication de chimiothérapie péri-opératoire associée à une chirurgie est retenue en RCP.

La chimiothérapie associe épirubicine, cisplatine, 5FU (ECF).

6. Quel bilan préthérapeutique viendra compléter votre examen clinique ?

- ❏ A. Consultation oncogénétique
- ❏ B. Bilan nutritionnel
- ❏ C. Bilan orthophoniste
- ❏ D. Audiogramme
- ❏ E. Consultation cardiologique

Il est réalisé une gastrectomie totale associée à un curage de type D1 ainsi qu'une splénectomie pour plaie hémorragique peropératoire. Un rétablissement de continuité œso-jéjunal de type anse en Y ponctue l'intervention.



7. Sur ce schéma de procédure de gastrectomie totale, quel(s) élément(s) est (sont) sectionné(s) [trait discontinu] ou ligaturé(s) [double flèche] ?

- ❏ A. Troisième duodénum
- ❏ B. Tronc cœliaque
- ❏ C. Petit omentum
- ❏ D. Artère splénique
- ❏ E. Artère mésentérique supérieure

8. Quelle(s) est (sont) la (les) caractéristique(s) de la diarrhée chronique qui peut s'installer en postopératoire ?

- ❏ A. Selles glairo-sanglantes
- ❏ B. Selles graisseuses
- ❏ C. Horaire post-prandial immédiat
- ❏ D. Selles contenant des débris d'aliments non digérés du repas précédent
- ❏ E. Volume de selles émises très abondant

9. Contre quel(s) agent(s) infectieux instaurez-vous une prophylaxie en postopératoire ?

- ❏ A. *Streptoccocus pneumoniae*
- ❏ B. *Staphylococcus aureus*
- ❏ C. *Neisseiria meningitidis*
- ❏ D. *Pseudomonas aeruginosa*
- ❏ E. *Haemophilus influenzae*

Trois ans après son traitement, vous retrouvez un patient pâle et asthénique ; vous faites réaliser un hémogramme qui retrouve : hémoglobinémie à 100 g/L, VGM à 115 fL sans anomalie des autres lignées.

10. Qu'évoquez-vous face à cette anémie ?

- ❏ A. Carence martiale
- ❏ B. Inflammation
- ❏ C. Syndrome myélodysplasique secondaire
- ❏ D. Anémie mégaloblastique
- ❏ E. Carence en cobalamines

11. Comment différenciez-vous un syndrome myélodysplasique d'une carence vitaminique ?

- ❏ A. Taux de réticulocytes
- ❏ B. Myélogramme
- ❏ C. Test respiratoire *Helicobacter pylori*
- ❏ D. Test de Schilling
- ❏ E. Taux de cobalamines sériques

12. Quel(s) est (sont) le(s) mécanisme(s) de la carence en vitamine B12 ?

- ❏ A. Insuffisance d'apport
- ❏ B. Malabsorption par lésions intestinales
- ❏ C. Besoins accrus
- ❏ D. Malabsorption par déficit en facteur intrinsèque
- ❏ E. Iatrogène après exposition aux antifoliques lors de la chimiothérapie

13. Quel(s) autre(s) signe(s) clinique(s) peu(ven)t être présent(s) en cas de carence en vitamine B12 ?

- ❏ A. Sclérose combinée subaiguë de la moelle
- ❏ B. Glossite
- ❏ C. Dilatation des bronches
- ❏ D. Autres cytopénies
- ❏ E. Démence

14. En cas d'évolution métastatique, quel(s) complément(s) d'analyse sur la pièce opératoire redemanderez-vous rétrospectivement ?

- ❏ A. Statut du récepteur HER-2
- ❏ B. Statut du récepteur K-Ras
- ❏ C. Mutation de la E-cadhérine
- ❏ D. Amplification de N-myc
- ❏ E. Mutation de p53

15. Si vous devez vous rendre au Japon pour un congrès et sachant que vous êtes à jour dans votre calendrier vaccinal, quelle(s) vaccination(s) spécifique(s) devrez-vous réaliser au préalable ?

- ❏ A. Fièvre jaune
- ❏ B. Paludisme
- ❏ C. Dengue
- ❏ D. Encéphalite japonaise
- ❏ E. Aucune

Corrigé

QRM 1	Réponses		Cotation	COMMENTAIRE
	A			
	B	X	10	
	C			
	D	X	10	
	E		**RI***	

QRM 2	Réponses		Cotation	COMMENTAIRE
	A	X	7	
	B	X	7	
	C			
	D			
	E	X	6	

QRM 3	Réponses		Cotation	COMMENTAIRE
	A			
	B	X	10	
	C			
	D	X	10	
	E			

QRM 4	Réponses		Cotation	COMMENTAIRE
	A			
	B	X	10	
	C			
	D	X	10	
	E			

QRM 5	Réponses		Cotation	COMMENTAIRE
	A		**RI***	
	B		**RI***	
	C		**RI***	
	D	X	20	
	E		**RI***	

QRM 6	Réponses		Cotation	COMMENTAIRE
	A	X	5	
	B	X	5	
	C			
	D	X	5	
	E	X	5	

QRM 7	Réponses		Cotation	COMMENTAIRE
	A			
	B			
	C	X	20	
	D			
	E			

* RI = Réponse inacceptable = 0 à la question si cochée.

QRM 8	Réponses		Cotation	COMMENTAIRE
	A			Diarrhée motrice.
	B			
	C	X	10	
	D	X	10	
	E			

QRM 9	Réponses		Cotation	COMMENTAIRE
	A	X	7	Germes encapsulés (asplénie).
	B			
	C	X	7	
	D			
	E	X	6	

QRM 10	Réponses		Cotation	COMMENTAIRE
	A			
	B			
	C	X	7	
	D	X	7	
	E	X	6	

QRM 11	Réponses		Cotation	COMMENTAIRE
	A			
	B	X	10	
	C			
	D	X	10	
	E			

QRM 12	Réponses		Cotation	COMMENTAIRE
	A			
	B			
	C			
	D	X	20	
	E			

QRM 13	Réponses		Cotation	COMMENTAIRE
	A	X	7	
	B	X	7	
	C			
	D	X	3	
	E	X	3	

QRM 14	Réponses		Cotation	COMMENTAIRE
	A	X	20	
	B			
	C			
	D			
	E			

LES DOSSIERS ECNi

Cancérologie

Les modalités des ECN changent. À partir de 2016, le nouveau concours proposera 18 dossiers progressifs constitués exclusivement de questions sous la forme de QRM, ainsi que 120 questions isolées, potentiellement très discriminantes. Afin de répondre à ces nouvelles exigences, les éditions Estem vous proposent leur nouvelle collection, LES DOSSIERS ECNi

Tous les ouvrages de cette collection sont écrits par des auteurs classés parmi **les meilleurs aux ECN** et validés par des PU-PH spécialistes de la matière. Ils vous permettront de vous mettre en situation de concours en proposant un contenu adapté aux nouvelles modalités des ECNi :

- des **dossiers progressifs avec 15 questions**, couvrant l'ensemble de la spécialité ;
- des questions sous la forme exclusive de QRM selon les dernières modalités du concours ;
- un classement par niveau de difficulté, de 1 à 3 étoiles ;
- la liste des items du nouveau programme abordés dans chaque dossier ;
- des corrigés cotés et commentés, avec des conseils et astuces ;
- des pondérations « réponse inacceptable » et « réponse indispensable » s'il y a lieu ;
- une rubrique « L'avis du conférencier » avec les réflexes à avoir ;
- des **questions isolées**, pour faire le tour des items susceptibles de vous discriminer.

Et pour vous mettre à 100 % dans les conditions réelles du concours, un accès à l'application « Objectif ECNi » vous est offert en exclusivité !

Dans la même collection

ISBN : 978-2-84371-823-6

9 782843 718236

30DOSCAN

www.estem.fr