

LES CAS CLINIQUES DE MICHAËL

Plus de cas sur <http://mimiryudo.free.fr/blog> !

Cas n°4 — Prélude à l'après-midi d'un chauve

Niveau de difficulté : 2/4

Storyline : Personnage historique

Vous recevez en consultation C. Debussy pour une alopécie diffuse persistante depuis plusieurs mois.

Compositeur de 48 ans, C. Debussy est marié, a une fille de 5 ans, n'a aucun animal domestique, ne fume pas, ne boit pas et ne suit aucun traitement au long cours. Ses antécédents familiaux sont marqués par une résection endoscopique d'un polype adénomateux colique « suspect » chez son père à 50 ans, une hyperthyroïdie de Basedow chez sa sœur. Son frère est en bonne santé.

Votre patient décrit une asthénie importante, une perte d'appétit et un amaigrissement de 8 kg sur les trois derniers mois.

L'examen des phanères retrouve une fragilité unguéale ; les cheveux sont fins, ternes, de faible densité, sur cuir chevelu sain, réalisant une alopécie diffuse non cicatricielle. Le test de traction et l'examen en lumière de Wood sont négatifs.

L'examen clinique cutané est normal. Le patient vous explique avoir parfois des « hémorroïdes » et des troubles du transit. L'examen physique abdominal, incluant le toucher rectal, est normal.

1/ Que signifie un test de traction négatif ? Quelles sont les deux causes les plus fréquentes d'alopécie acquise diffuse ? Laquelle peut-on éliminer ici ?

2/ Devant cette alopécie diffuse prolongée, quels sont les 3 examens biologiques simples que vous demandez ? Compte tenu de l'histoire clinique, quelle est la cause la plus probable de l'alopécie de ce patient ?

Suite à vos investigations biologiques simples, et devant l'histoire clinique, vous suspectez un cancer colorectal.

3/ Sur quels arguments émettez-vous cette hypothèse diagnostique ?

4/ Quel est l'examen paraclinique permettant un diagnostic positif ? (1 réponse) Quelles sont les mesures à prendre avant et pendant l'examen ?

L'examen anatomopathologique retrouve un adénocarcinome lieberkühnien du côlon droit. La tumeur dépasse la musculuse.

5/ Quels examens prescrivez-vous pour compléter votre bilan ?



Votre bilan d'extension ne retrouve aucune métastase ganglionnaire ou à distance.

6/ Quels sont les quatre temps du dispositif d'annonce du diagnostic ?

Le patient est étonné car une de ses connaissances a présenté un cancer des intestins et a bénéficié d'une IRM et d'une écho-endoscopie, avant d'être traité par radiothérapie. Mécontent, il vous demande pourquoi lui n'a pas profité des meilleurs appareils de votre hôpital. Par ailleurs, il vous explique que le diagnostic avait été posé chez son ami grâce au dépistage par Hemocult II, et vous exprime ses profonds regrets quant au fait de ne jamais l'avoir réalisé...

7/ Pourquoi le bilan d'extension ne comprenait pas les examens dont a bénéficié l'ami de votre patient ? (1 réponse)

8/ Quels sont les deux cancers bénéficiant d'un dépistage de masse en France en 2011 ? Quelles sont les conditions pour qu'un dépistage soit pertinent ?

9/ Pour le cancer colorectal, quel est le principe du test de dépistage de masse ? Quelle population est concernée ? Votre patient en faisait-il partie ? Justifier. Y a-t-il un intérêt à faire une demande de « recherche de sang dans les selles », en dehors de la campagne de dépistage (en justifiant brièvement) ?

10/ Quel(s) traitement(s) proposez-vous au patient ?

11/ Quelle est votre surveillance ?

Au cours de la surveillance est mis en évidence un polype suspect.

12/ Quels sont les arguments pour dire que le polype est suspect ? (6 réponses)

CORRECTION

Commentaire : Claude Debussy est décédé en 1918 d'un cancer colique diagnostiqué à l'âge de 48 ans en 1910 ; les antécédents familiaux sont fictifs.

Concernant la classification, il faut retenir le stade II (T3 ou T4 N0 M0, c'est-à-dire dépassant la musculuse) qu'on traite par chirurgie plus ou moins chimiothérapie, et le stade III (N+ en dehors des ganglions iliaques externes et iliaques communs, considérés comme des métastases) traité par chirurgie et chimiothérapie. La Radiothérapie n'a sa place que dans les cancers du moyen et bas Rectum T3-T4 ou N+.

Il faut bien maîtriser la classification des niveaux de risque. La surveillance est complexe, et diffère dans sa rythmicité avec celle du cancer du rectum : elle semble donc peu tombable aux ECN ou au moins, peu discriminante. Il vaut mieux se concentrer sur des items comme les troubles des phanères, au fort potentiel de sélection...

Sources :

- <http://www.coloncancerresource.com/famous-people-with-colon-cancer.html>
- http://fr.wikipedia.org/wiki/Claude_Debussy

Items :

- 1 – La relation médecin-malade
- 5 – Indications et stratégies d'utilisation des principaux examens d'imagerie
- 139 – Facteurs de risque, prévention et dépistage des cancers
- 141 – Traitement des cancers
- 148 – Tumeurs du côlon et du rectum
- 288 – Troubles des phanères
- 295 – Orientation diagnostique devant un amaigrissement
- 297 – Orientation diagnostique devant une anémie (incluant l'ancien item 222 – anémie par carence martiale)

1/ Que signifie un test de traction négatif ? Quelles sont les deux causes les plus fréquentes d'alopécie acquise diffuse ? Laquelle peut-on éliminer ici ? (7 points)

Chute de 1 ou 2 cheveux sur 10 tractés / chute de 10-15% des cheveux tractés (proportion en phase télogène)	2
(Test de traction positif : au moins 4 cheveux arrachés sur 10 tractés)	NC
Effluvium télogène (test de traction positif)	2
Alopécie androgénétique (test de traction négatif)	2
On peut éliminer l'effluvium télogène	1

2/ Devant cette alopécie diffuse prolongée, quels sont les 3 examens biologiques simples que vous demandez ? Compte tenu de l'histoire clinique, quelle est la cause la plus probable de l'alopécie de ce patient ? (8 points)

Hémogramme / Numération formule sanguine / NFS	2
--	---

Ferritinémie	2
Thyroid-Stimulating Hormon / TSH ultrasensible / TSHus / TSH	2
ZERO SI PLUS DE 3 REPONSES	
<i>CRP (éliminer une anémie microcytaire par syndrome inflammatoire)</i>	NC
<i>Sérologie syphilitique / TPHA-VDRL / recherche de syphilis secondaire si facteur de risque</i>	NC
<i>Bilan immunologique / Anticorps antinucléaires, C3, C4, CH50 / recherche de lupus systémique si facteur de risque</i>	NC
<i>Sérologie VIH après accord du patient si facteur de risque</i>	NC
<i>Aucun examen n'est nécessaire pour une alopécie récente (effluvium télogène transitoire avec repousse dans les 6 mois)</i>	NC
La cause la plus probable est une carence martiale (par saignement occulte sur cancer colorectal, majorée par la dénutrition) :	2
Alopécie acquise diffuse non cicatricielle par défaut de production du cheveu,	NC
Fragilité unguéale	NC
Arguments pour un cancer colorectal (cf. question 3)	NC
Si cause citée = dysthyroïdie	1/2

3/ Sur quels arguments émettez-vous cette hypothèse diagnostique ? (5 points)

Terrain :	
Homme (souvent plus de 50 ans, surpoids, apports excessifs de calories, alcool, tabac...)	NC
Antécédents familiaux :	
Tumeur bénigne colique / Polype adénomateux chez un parent du premier degré avant 60 ans	1
Classant le patient dans la population « risque élevé »	2
Argument de fréquence et de gravité	NC
Anamnèse :	
AEG / Altération de l'état général : amaigrissement, asthénie, anorexie	1
Clinique :	
Rectorragies / Fausses hémorroïdes / Saignement digestif	1
Paraclinique :	
Anémie ferriprive	NC
Différentiel :	
Pas d'arguments pour des hémorroïdes, une sigmoïdite, un ulcère gastro-duodénal...	NC
☀ Moyen mnémotechnique pour argumenter : TA FAC PD ☀	

4/ Quel est l'examen paraclinique permettant un diagnostic positif ? (1 réponse) Quelles sont les mesures à prendre avant et pendant l'examen ? (10 points)

Coloscopie totale / Coloscopie de l'ensemble du cadre colique	3
Information du patient sur le déroulement / formulaire d'information / consentement signé	2
Consultation d'anesthésie	NC

Contrôle du bilan d'hémostase	NC
Après préparation colique / COLOPEG	2
A jeûn	1
Sous anesthésie générale	NC
Avec biopsies des lésions pour analyse anatomopathologique	2
<i>En cas de lésion infranchissable, compléter par un colo-scanner afin de visualiser l'ensemble du cadre colique (recherche de lésions synchrones)</i>	NC

5/ Quels examens prescrivez-vous pour compléter votre bilan ? (10 points)

BILAN D'EXTENSION LOCOREGIONALE ET A DISTANCE	
Clinique : palpation des aires ganglionnaires (ganglion de Troisier...)	1
Tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne	4
Avec injection de produit de contraste en absence de contre-indication (insuffisance rénale, allergie)	2
Avec opacification basse ou lavement aux hydrosolubles / Coloscanner	2
Alternatives : échographie abdomino-pelvienne, IRM hépatique	NC
Scintigraphie osseuse et IRM cérébrale sur signes d'appel	NC
BILAN PRE-THERAPEUTIQUE	
Bilan pré-opératoire (NFS-plaquettes, ionogramme sanguin, urée, créatininémie avec calcul de la clairance, bilan hépatique complet, LDH)	NC
Bilan d'opérabilité (Consultation cardiologique, TEP scan discuté en RCP)	NC
Bilan pré-chimiothérapie : consultation cardiologique, ECG (<i>spasme coronaire sous 5-FU</i>)	NC
BILAN POUR LE SUIVI	
Marqueur tumoral : Antigène Carcino-Embryonnaire / ACE (si élevé en pré-opératoire)	1

6/ Quels sont les quatre temps du dispositif d'annonce du diagnostic ? (5 points)

TEMPS MEDICAL DE L'ANNONCE	1
Annonce du diagnostic	NC
Qui ?	
Programmée par le médecin sénior référent	NC
Patient pouvant être accompagné d'une personne de confiance	NC
Identifier les partenaires pour la gestion des émotions	NC
Quand ?	
Précocement	NC
Après une confirmation anatomopathologique définitive	NC
Matin en début de semaine	NC
Durée suffisante (au moins 30 minutes)	NC
Etre disponible pendant et après	NC
Comment ?	
Consultation d'annonce dédiée / Individualisée	NC
Adaptée au profil psychologique	NC
Avec tact / Circonspection / Respect / Empathie	NC
Soutien / Ecoute	NC

Engagement du respect de confidentialité du diagnostic	NC
Laisser des silences (délais de réflexions) / Adapter le rythme	NC
Où ?	
Dans un cabinet accueillant	NC
Assis face à face	NC
Au calme / Sans interruption (portable coupé)	NC
Quoi ? (Contenu)	
Déterminer ce que le patient sait de sa maladie (connaissances / compréhension)	NC
Adapter l'annonce au niveau socioculturel	NC
En présence d'un traducteur si nécessaire	NC
Information	NC
Progressive	NC
Claire / Compréhensible en termes simples et clairs (non techniques)	NC
Loyale / Dialogue vrai (dire le terme « cancer »)	NC
Appropriée	NC
Sur la maladie (cause, symptômes, curabilité, évolution, mortalité, facteurs déclenchants, complications, transmission)	NC
Sur le traitement (curatif/palliatif, tolérance, intérêt)	NC
Répondre aux interrogations / Recueillir les attentes	NC
S'assurer de la compréhension	NC
Après l'annonce / Avenir	
Consigner le contenu de l'entretien avec le patient dans le dossier médical	NC
Accepter les réactions du patient (déni, refus, révolte, effondrement)	NC
Laisser une porte ouverte / Espoir / Objectifs de soins positifs	NC
Remise de documents et compléments d'information	NC
Proposition d'une stratégie thérapeutique	
Réunion de concertation pluridisciplinaire	NC
Calendrier thérapeutique / Projet personnalisé de soins / Programme de soins	NC
Participation du patient à la décision thérapeutique / Recueillir le consentement	NC
Selon son projet de vie	NC
<i>(Valable pour l'annonce aux ayant-droits en cas de patient inconscient)</i>	
TEMPS D'ACCOMPAGNEMENT SOIGNANT DE L'ANNONCE	1
Temps d'écoute, d'information, de soutien psychologique	NC
Par un aide-soignant / Infirmier / Manipulateur en radiothérapie...	NC
Education (transmission...) / Reformuler, réexpliquer, compléter	NC
Consigné dans le dossier de liaison	NC
Temps de coordination avec les autres acteurs	NC
Centre de Coordination de Cancérologie / 3C	NC
Continuité des soins	NC
Orientation (vers les équipes de soins de support...)	NC
ACCES A UNE EQUIPE DE SOINS DE SUPPORT	1
Accompagnement social (<i>information, coordonnées</i>)	NC
Accompagnement psychologique (<i>psychologue, associations de malade</i>)	NC

Autres professionnels (<i>diététicien, centre de la douleur, kinésithérapie...</i>)	NC
ARTICULATION AVEC LA MEDECINE DE VILLE	2
Médecin traitant (<i>coordination au sein du parcours de soins, meilleure connaissance du contexte socio-professionnel et familial, suivi</i>)	NC
Demande d’Affection Longue Durée (ALD30) pour exonération du ticket modérateur	NC

7/ Pourquoi le bilan d’extension ne comprenait pas les examens dont a bénéficié l’ami de votre patient ? (1 réponse) (1 point)

Bilan d’extension d’un cancer colique pour le patient / Bilan d’extension du cancer du bas ou moyen rectum pour l’ami	1
---	---

8/ Quels sont les deux cancers bénéficiant d’un dépistage de masse en France en 2011 ? Quelles sont les conditions pour qu’un dépistage soit pertinent ? (14 points)

Dépistage de masse (organisé) en France en 2011 :	
Cancer colorectal (Hemocult II)	NC
Cancer du sein (Mammotest)	1
ZERO SUR CETTE PARTIE SI UN AUTRE CANCER EST CITE	
<i>Il est question que le dépistage du cancer du col de l’utérus puisse bénéficier d’un dépistage de masse (actuellement, dépistage individuel : les patientes ne reçoivent pas d’invitation au frottis cervico-vaginal)</i>	
POPULATION	
Ciblée / Identifiée / Définie	1
Sensibilisée / Désireuse d’un dépistage / Acceptant / Observance > 60%	1
Accès au test	1
MALADIE	
Fréquente (> 1/15 000)	1
Grave / Contagieuse / Prioritaire par rapport à d’autres pathologies	1
Histoire naturelle connue	1
Asymptomatique au moment du diagnostic / Phase de latence	1
Traitement efficace / Traitement modifiant le pronostic (curatif ou préventif)	1
TEST	
Valide / Efficace / Fiable / Performant / Sensible / Peu de faux négatifs	1
Reproductible	1
Acceptable / Bonne tolérance / Peu d’effets indésirables / Non invasif / Sans risque / Simple	1
Coût faible	1
SUIVI DU TEST	
Evaluation des résultats (bénéfice du test)	1

9/ Pour le cancer colorectal, quel est le principe du test de dépistage de masse ? Quelle population est concernée ? Votre patient en faisait-il partie ? Justifier. Y a-t-il un intérêt

à faire une demande de « recherche de sang dans les selles », en dehors de la campagne de dépistage (en justifiant brièvement) ? (20 points)

Test Hemoccult II / Recherche de sang dans les selles	1
Dépistage de masse (organisé)	NC
Envoyé à la population cible tous les 2 ans / Biannuel	2
En cas de positivité : réalisation d'une coloscopie complémentaire (<i>10% de cancer, 20% d'adénome de plus d'un centimètre</i>)	2
Population-cible : population « à risque moyen » de cancer colorectal (<i>3,5% de risque de développer un cancer avant 74 ans</i>)	2
Hommes et femmes de 50 à 74 ans	1
Asymptomatiques	1
Sans antécédents personnels ou familiaux (au premier degré, avant 60 ans) de cancer colorectal	1
Non, le patient n'était pas concerné par ce test :	2
Age inférieur à 50 ans	1
Même après 50 ans, il ne sera pas concerné par le dépistage de masse mais par un dépistage individuel :	NC
Population « à risque élevé »	1
Antécédent familial de polype adénomateux de plus de un centimètre (ou de cancer) avant 60 ans	1
Coloscopie à partir de 45 ans ou 5 ans avant l'âge du cas-index (ici 45 ans également), puis tous les 5 ans en cas de normalité	NC
Non, le test Hemoccult II n'est pas un test diagnostique	3
Faible sensibilité / Sensibilité = 50% / Nombreux faux négatifs	1
En cas de doute clinique sur un cancer colorectal, il faut réaliser une coloscopie totale (<i>afin d'éviter de passer à côté d'un cancer sur deux avec un test négatif</i>)	1
☀ Population à risque moyen = dépistage de masse (Hemoccult II)	
Population à risque élevé = dépistage individuel	
Antécédent familial de polype adénomateux de plus d'un centimètre (ou de cancer) avant 60 ans	
→ coloscopie dès 45 ans (ou 5 ans avant le cas) puis tous les 5 ans	
Antécédent personnel de polype de plus d'un cm ou de cancer colorectal	
→ coloscopie à 3 ans puis tous les 5 ans	
Antécédent personnel de colite inflammatoire (maladie inflammatoire chronique de l'intestin)	
→ coloscopie tous les 2 ans après 10 ans d'évolution	
Population à risque très élevé = dépistage individuel et consultation oncogénétique	
Polypose adénomateuse familiale / PAF (<i>tumeurs du côlon gauche surtout</i>)	
→ rectosigmoïdoscopie souple tous les ans de la puberté à 40 ans	
Hereditary Non Polyposis Colorectal Cancer / HNPCC / Syndrome de Lynch (<i>tumeurs du côlon droit surtout</i>)	
→ coloscopie totale tous les 2 ans à partir de 25 ans (ou 5 ans avant cas index) + examen gynécologique tous les ans à partir de 30 ans (cancer du corps utérin) ☀	

10/ Quel(s) traitement(s) proposez-vous au patient ? (10 points)

Classification T3 N0 M0 : stade IIa	NC
OBJECTIFS	
Traitement curatif / Efficacité	2
Préserver la qualité de vie, limiter les effets indésirables / Tolérance	NC
TRAITEMENT ETIOLOGIQUE	
CHIRURGIE	2
En absence de contre-indication (inopérabilité, métastases non résécables)	NC
Après renutrition / Optimisation périopératoire du bilan nutritionnel	2
Hémicolectomie / Colectomie segmentaire	NC
Par cœlioscopie (ou laparotomie)	NC
Sous anesthésie générale	NC
Après préparation colique (<i>sauf si urgence : occlusion</i>)	NC
Avec curage ganglionnaire (<i>12 ganglions mésentériques supérieurs</i>)	NC
+/- colostomie (information pré-opératoire, éducation thérapeutique)	NC
Envoi des pièces opératoires en anatomopathologie	2
Anticoagulation préventive post-opératoire : HBPM SC 1 mois	NC
CHIMIOThERAPIE ADJUVANTE	NC
Non systématique au stade II (<i>systématique au stade III</i>)	NC
En absence de contre-indication / après bilan pré-thérapeutique (cardiologique, poids, neurologique...)	NC
Protocole FOLFOX 6 mois : Acide folinique, 5-Fluorouracile, Oxaliplatine	NC
Sur Port-A-Cath / PAC / Voie Veineuse Centrale / VVC	NC
Pas de radiothérapie, d'hormonothérapie, d'immunothérapie, de thérapie moléculaire	NC
TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE	
Supplémentation martiale / TARDYFERON / Fer	2
Avant le repas (efficacité) / au cours du repas (tolérance)	NC
Favoriser la consommation de vitamine C (légumes, salades, agrumes)	NC
Limiter la consommation de tannin (thé, café) et calcium (lait) dans l'heure	NC
Traitement capillaire local / Shampoing adapté (<i>avec un risque de chute de cheveux en cas de chimiothérapie...</i>)	NC
MESURES ASSOCIEES	
Prise en charge multidisciplinaire et globale	NC
Coordination des soins (par le médecin traitant, par le Centre de Coordination de Cancérologie 3C) / Réseau de soins	NC
Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)	NC
Programme Personnalisé de Soins (PPS)	NC
Remis au patient / Avec l'accord du patient	NC
Encourager la participation à des essais cliniques (respect de la loi Huriet)	NC
Réinsertion socioprofessionnelle / Maintien de la qualité de vie du patient	NC
Soutien psychologique	NC
Prise en charge à 100% / Exonération du ticket modérateur / ALD30	NC
Dépistage des apparentés du 1 ^{er} degré : coloscopie totale à partir de 45 ans ou 5	NC

ans avant le diagnostic (population à « risque élevé ») Surveillance	NC
---	----

11/ Quelle est votre surveillance ? (5 points)

Surveillance spécifique pendant 5 ans :	
CLINIQUE	
Examen clinique dont toucher rectal	NC
Tous les 3 mois pendant 3 ans puis tous les 6 mois pendant 2 ans	1
IMAGERIE	
TDM thoraco-abdomino-pelvienne injectée	1
Tous les 3-6 mois pendant 2 ans puis tous les ans pendant 3 ans	1
Echographie abdomino-pelvienne si injection impossible	NC
IRM hépatique si difficultés à la visualisation du parenchyme	NC
TEP-scan si marqueur ACE élevé et bilan de récurrence négatif	NC
ENDOSCOPIE	
Coloscopie à 6-12 mois si la coloscopie initiale était incomplète	NC
Coloscopie à 2-3 ans puis tous les 5 ans (ou à 1 an si doute)	1
BIOLOGIE	
ACE tous les 3 mois pendant 2 ans puis tous les 6 mois pendant 3 ans	1
A ne réaliser qu'en cas d'ACE élevé initial et stade II ou III	NC
Surveillance de sujet à « risque élevé » au-delà de 5 ans :	
Coloscopie totale tous les 5 ans	NC
☀ 40% de survie à 5 ans tous stades ☀	

12/ Quels sont les arguments pour dire que le polype est suspect ? (6 réponses) (5 points)

MACROSCOPIQUEMENT	
Taille > 1 cm	1
Base large / sessile	1
Nombre > 2	1
Evolution > 10 ans	1
MICROSCOPIQUEMENT	
Composante villositaire	0,5
Dysplasie élevée	0,5
☀ 70% des cancers du côlon se développent sur un polype adénomateux (épithélium glandulaire dédifférencié) qui a dégénéré. ☀	

