

AVANT-PROPOS

La réussite à l'Examen Classant National (ECN) du second cycle des études médicales est le résultat de connaissances théoriques et pratiques solides associées à un entraînement régulier à l'épreuve. Les ouvrages de la collection « les dossiers du DCEM » cherchent à concilier ce double objectif.

Les groupes d'auteurs, spécialistes dans leur discipline, se composent d'hospitalo-universitaires confirmés et de jeunes praticiens. Les dossiers associent cas cliniques originaux et dossiers d'annales. Les dossiers originaux regroupent l'ensemble des questions de la spécialité tout en introduisant des dossiers transversaux, dans l'esprit du nouveau programme. Une correction avec un barème sur 100 points pour chaque dossier permet une auto-évaluation efficace. Des dossiers ont en outre été sélectionnés dans les sujets d'annales posés à l'Internat pour leur caractère classique ou récurrent, ou bien parce qu'ils font appel à des notions plus inhabituelles. Pour chacun, une proposition de correction et de barème vous permet de vous mettre dans les conditions de l'examen.

Enfin, chaque dossier est complété par un commentaire des auteurs : courte mise au point, rappel de cours, notion scientifique nouvelle avec d'éventuelles références bibliographiques, ou simple commentaire sur les pièges et embûches du dossier, vous permettront de compléter vos connaissances sur le sujet proposé.

Bonne réussite à tous nos lecteurs.

Une femme de 40 ans, mère de 2 enfants, consulte pour un nodule à l'union des quadrants externes du sein gauche.

Dans ses antécédents, vous notez que sa grand-mère maternelle a présenté un cancer du sein et son père un cancer du colon.

Elle a allaité ses deux enfants et actuellement elle utilise une mini-pilule combinée bi-phasique depuis 10 ans.

À l'examen clinique, patiente torse nu :

- inspection → aucune anomalie ;
- palpation → un nodule unique, ferme, indolore.

En périphérie de ce nodule et dans le sein contro-latéral, on constate une dystrophie mammaire, prédominante au niveau des quadrants supéro-externes, bilatérale et symétrique. Le nodule est inclus dans un placard de dystrophie mammaire.

Question 1

Quelles sont les informations de l'interrogatoire et de l'examen clinique manquantes dans l'énoncé ?

Question 2

La mammographie bilatérale et comparative (figures 1, 2, 3 et 4) met en évidence une opacité :

- de tonalité homogène ;
- au contour régulier ;
- dont la taille radiologique n'est pas superposable à la taille clinique.

Cette opacité ne comporte ni halo péri-tumoral, ni épaissement cutané en regard de la tumeur, ni micro-calcifications.

L'échographie (figure 5) confirme le caractère homogène du nodule au contour net polylobé avec un cône d'ombre postérieur, avec de nombreux petits kystes mammaires périphériques et des quadrants supéro-externes des seins.

Quels sont vos arguments pour chaque proposition diagnostique ?

Voir radios et échographie pages suivantes.



Figure 1

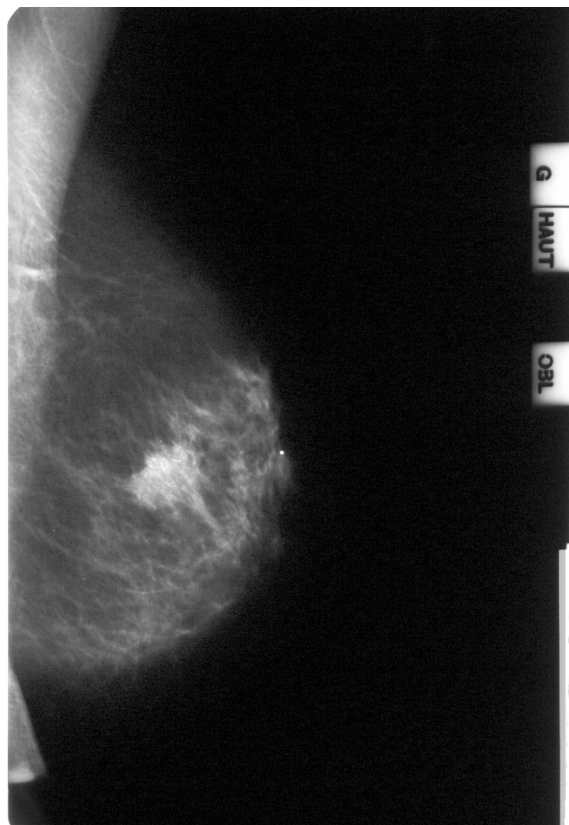


Figure 2



Figure 3



Figure 4

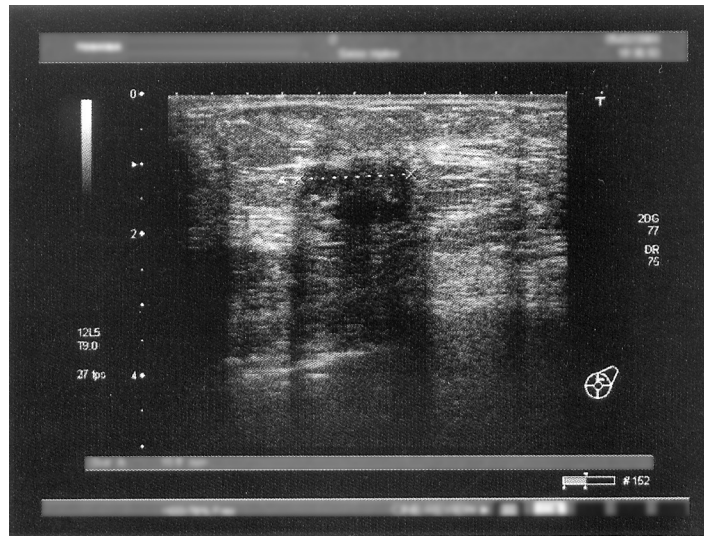


Figure 5

Question 3

Quels examens complémentaires ambulatoires et de laboratoire permettent de faire le diagnostic des lésions kystiques du sein ?

Question 4

La malade, inquiète, exige un diagnostic, ne veut pas se faire opérer avant un certain délai.

Que proposez-vous pour faire le diagnostic de cette tumeur ?

Question 5

Il n'y a pas de concordance entre les investigations cliniques et les examens complémentaires cytologiques et histologiques. Quelle est alors votre proposition diagnostique ?

Question 6

En cas de malignité, quel est le type histologique le plus fréquent ?

Quelles sont les trois principales conditions pour la réalisation de la « technique du ganglion sentinelle » ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

20 points

Quelles sont les informations de l'interrogatoire et de l'examen clinique manquantes dans l'énoncé ?

- Âge des premières règles.....1 point
- Niveau socio-économique.....1 point
- Date d'apparition de la tumeur.....2 points
- Date de la première consultation.....2 points
- Dimensions cliniques de la tumeur.....3 points
- Mobilité (fixée ou non) par rapport à la peau
et par rapport au grand pectoral (manœuvre de Tillaux)..3 points
- Palpations des aires ganglionnaires.....2 points
- Palpations des aires axillaires.....3 points
- Palpations des aires sus-claviculaires.....3 points

Question 2

18 points

La mammographie bilatérale et comparative met en évidence une opacité :

- de tonalité homogène ;
- au contour régulier ;
- dont la taille radiologique n'est pas superposable à la taille clinique.

Cette opacité ne comporte ni halo péri-tumoral, ni épaissement cutané en regard de la tumeur, ni micro-calcifications.

L'échographie confirme le caractère homogène du nodule au contour net polylobé avec un cône d'ombre postérieur, avec de nombreux petits kystes mammaires périphériques et des quadrants supéro-externes des seins.

Quels sont vos arguments pour chaque proposition diagnostique ?

- Kyste mammaire en raison de :.....3 points
 - o la dystrophie polykystique.....3 points
- Fibro-adénome ou tumeur bénigne (réponse acceptée)
en raison du caractère polylobé et des contours réguliers.3 points
- Une tumeur maligne :.....3 points
 - o en raison d'une ombre postérieure à l'échographie3 points
 - o en raison de la discordance entre la taille clinique
et radiologique.....3 points

Question 3

14 points

Quels examens complémentaires ambulatoires et de laboratoire permettent de faire le diagnostic des lésions kystiques du sein ?

- L'échographie mammaire montre le caractère liquidien.....5 points
- L'échographie mammaire permet d'étudier la paroi des kystes.....2 points
- La ponction du kyste à l'aiguille5 points
- L'examen cytologique du liquide au laboratoire d'anatomie pathologique ou de cyto-pathologie2 points

Question 4

19 points

La malade, inquiète, exige un diagnostic, ne veut pas se faire opérer avant un certain délai.

Que proposez-vous pour faire le diagnostic de cette tumeur ?

- Microbiopsie :10 points
 - o échographie guidée2 points
 - o sous examen radiologique ou stéréotaxique.....2 points
- Avec examen histologique ou anatomopathologique5 points

Question 5

10 points

Il n'y a pas de concordance entre les investigations cliniques et les examens complémentaires cytologiques et histologiques. Quelle est alors votre proposition diagnostique ?

- Tumorectomie ou biopsie exérèse ou sectoriectomie ou segmentectomie.....5 points
- Avec examen histologique extemporané5 points

Question 6

19 points

En cas de malignité, quel est le type histologique le plus fréquent ?
Quelles sont les trois principales conditions pour la réalisation de la « technique du ganglion sentinelle » ?

- Cancer invasif galactophorique ou cancer canalaire infiltrant.....5 points
- Examen histologique ou cytologique confirmant la malignité.....5 points
- La taille de la tumeur < 30 mm. T1 et petits T2 (T1 réponse acceptée)4 points
- À l'examen clinique, sur le plan ganglionnaire N0 ou N1a.....5 points

COMMENTAIRES

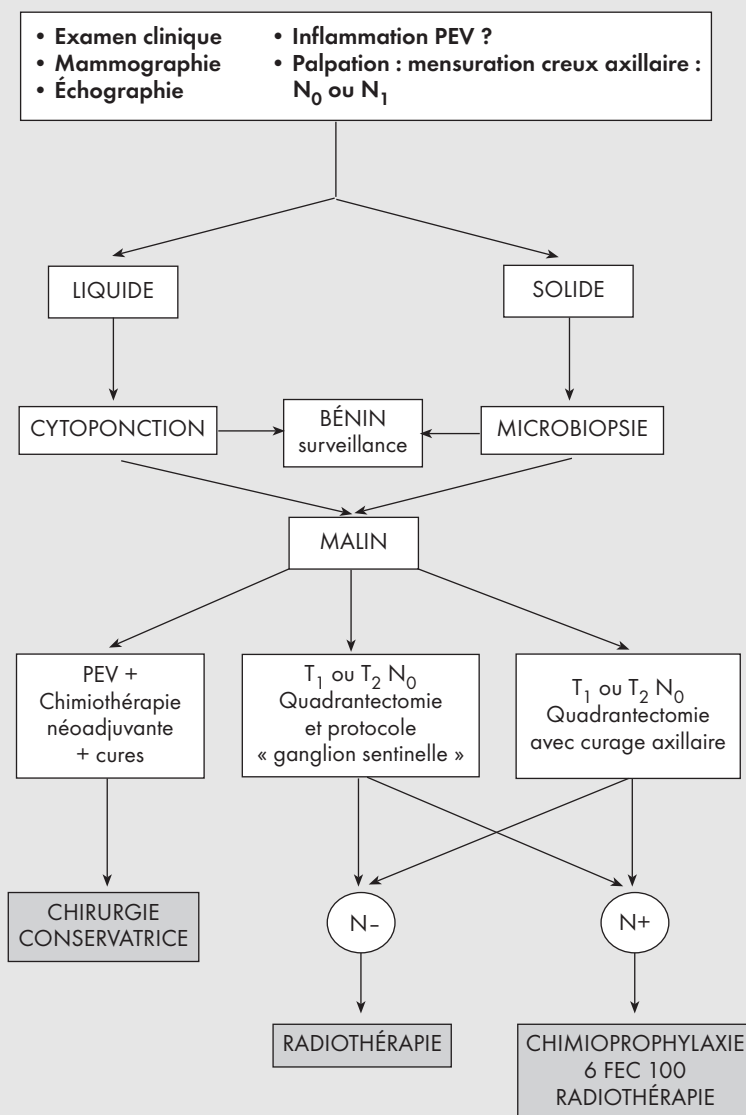
Ce dossier explore les connaissances sur les pathologies bénignes et malignes les plus fréquentes du sein : les dystrophies mammaires et les cancers du sein.

Les cancers du sein représentent les tumeurs malignes les plus fréquentes chez la femme avec un taux standardisé européen de 107 nouveaux cas pour 10 000 femmes et par an.

Une femme sur 9 en sera atteinte au cours de sa vie.

Les procédés diagnostiques ont beaucoup évolué au cours de ces dernières années avec l'introduction et la généralisation du procédé échographique ou radiologique de la microbiopsie des tumeurs.

La chirurgie conservatrice est maintenant renforcée par l'introduction de la chirurgie limitée du creux axillaire : technique du ganglion sentinelle, procédé en évaluation par l'essai randomisé multicentrique français GF-GS 2001.



Une femme de 33 ans, factrice, d'origine polynésienne, enceinte de 30 SA présente, dans ses antécédents, une chirurgie cardiaque à l'âge de 22 ans pour rétrécissement mitral, une interruption volontaire de grossesse et deux avortements spontanés du premier trimestre. 4^e geste nullipare, elle a été suivie régulièrement, mais depuis 12 heures, elle présente des contractions initialement toutes les deux heures, puis qui se sont rapprochées toutes les dix minutes, dit-elle, depuis une heure environ.

Question 1

Elle consulte à votre cabinet de consultation en ville ; quels signes cliniques allez-vous rechercher ? Quel est votre diagnostic ? Justifiez.

Question 2

Vous l'adrezsez à la maternité la plus proche où elle a déjà consulté. Il s'agit d'une maternité de niveau 1, où elle est admise en urgence. Quel(s) examen(s) sera (seront) pratiqué(s) en urgence pour prendre la décision thérapeutique ?

Question 3

Devant la constatation effective de contractions utérines persistantes et d'un excès transitoire de tachycardie maternelle, quelles sont les décisions à prendre ?

Question 4

Quel est votre choix médicamenteux pour arrêter les contractions utérines ?

Justifiez votre prescription et précisez les contre-indications médicamenteuses.

Question 5

Expliquez les modalités de votre prescription.

Question 6

En cas d'évolution favorable, que proposez-vous ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

34 points

Elle consulte à votre cabinet de consultation en ville ; quels signes cliniques allez-vous rechercher ? Quel est votre diagnostic ? Justifiez.

- Douleurs3 points
- Durée et fréquence des contractions3 points
- Perte ou non du bouchon muqueux3 points
- État du col utérin : longueur, consistance, ouverture3 points
- État du segment inférieurNC
- Degré d'engagement de la présentation.....2 points
- Vitalité fœtale
(ou recherche des battements cardiaques fœtaux)3 points
- Mesure de la hauteur utérine3 points
- Auscultation cardiaque, TA, ECG de la mère, recherche d'un trouble rythmique cardiaque
(notamment ou pro-ventriculaire)3 points
- Il s'agit d'une Menace d'Accouchement Prématuro (MAP) ..2 points
- Métier pénible3 points
- Antécédents de fausses couches spontanées.....3 points
- Contractions utérines régulières3 points

Question 2

18 points

Vous l'adrez à la maternité la plus proche où elle a déjà consulté. Il s'agit d'une maternité de niveau 1, où elle est admise en urgence. Quel(s) examen(s) sera (seront) pratiqué(s) en urgence pour prendre la décision thérapeutique ?

- Enregistrement cardiotocographique fœtal ou ERCF.....3 points
- Échographie pour mesurer :3 points
 - o la longueur du col utérin :3 points
 - si col supérieur à 3 cm : MAP légère3 points
 - si col inférieur à 3 cm : MAP sévère.....3 points
- Examen cardiologique maternel en urgence3 points

Question 3

14 points

Devant la constatation effective de contractions utérines persistantes et d'un excès transitoire de tachycardie maternelle, quelles sont les décisions à prendre ?

- Traitement tocolytique2 points
- Appel du SAMU pour transfert vers une maternité de niveau 3 en raison du risque de grande prématurité5 points
- Monitoring cardio-tensionnel2 points
- Échographie cardiaque maternelle3 points
- TSH2 points

Question 4

17 points

Quel est votre choix médicamenteux pour arrêter les contractions utérines ?

Justifiez votre prescription et précisez les contre-indications médicamenteuses

- Utérorelaxant de type Atosiban (TRACTOCILE®) :8 points
 - o en raison des antécédents de chirurgie cardiaque.....3 points
 - o de l'accès de tachycardie maternelle3 points
- Les inhibiteurs calciques (LOXEN®, ADALATE®) et β 2 mimétiques (PREPAR® ou RITODRINE®) sont contre-indiqués dans ce contexte3 points

Question 5

7 points

Expliquez les modalités de votre prescription.

- Atosiban, un bolus administré par voie veineuse4 points
0,9 ml prélevé dans un flacon de TRACTOCILE® de 7,5 mg/ml administré lentement en une minute
- Puis perfusion à une concentration de 75 mg de TRACTOCILE® pour 100 ml2 points
- Débit de 24 ml à l'heure pendant 3 heures puis réduction à 8 ml à l'heure jusqu'à l'arrêt des contractions (45 heures maximum)1 point

Question 6

10 points

En cas d'évolution favorable, que proposez-vous ?

- Favorable :
 - o arrêt du TRACTOCILE®2 points
 - o retour ou retransfert à 33 semaines en niveau 2 si la situation est stable2 points
 - o surveillance cardiotocographique deux fois par semaine2 points
 - o corticothérapie, CÉLESTÈNE®2 points
 - o reprise du TRACTOCILE® si rechute des contractions ...2 points

COMMENTAIRES

Il s'agit d'un dossier de pathologie obstétricale chez une patiente présentant, dans ses antécédents, une intervention de chirurgie cardiaque.

En France le taux de prématurité concerne actuellement 5 % des naissances.

La grande prématurité < 32 SA concerne 1,2 % des naissances soit 7 000 naissances en France.

L'évaluation de la menace d'accouchement prématuré doit être associée en urgence à une juste appréciation des risques cardiaques encourus avec certains traitements tocolytiques.

L'Atosiban est un antagoniste compétitif de l'ocytocine au niveau des récepteurs.

Son action est spécifique sur le muscle utérin et n'a aucun effet cardiovasculaire contrairement aux inhibiteurs calciques et aux βmimétiques.

Deux études multicentriques ont bien étudié l'efficacité et la tolérance de l'Atosiban :

- Étude comparative de l'efficacité et de la tolérance de l'Atosiban, un antagoniste de l'ocytocine et des βtamimétiques dans le traitement de la menace d'accouchement prématuré.
Brit. Journ. Obst. Gyn., 2001 ; 108 : 133-42.
- Traitement de la menace d'accouchement prématuré par l'Atosiban, un antagoniste de l'ocytocine : une étude randomisée, contrôlée et en double aveugle, menée comparativement au Salbutamol.
Europ. Journ. Obst. Gyn., 2001 ; 98 : 177-85.

Une femme de 56 ans ménopausée depuis 4 ans consulte pour des hémorragies utérines apparues depuis 3 semaines environ avec des écoulements roussâtres à type de leucopyorrhées.

Dans les antécédents, on trouve :

- 3 grossesses et une fausse couche ;
- un fibrome utérin connu depuis l'âge de 40 ans ;
- une riche symptomatologie fonctionnelle rapportée à la ménopause et ayant entraîné depuis lors la prise d'œstradiol (1 comprimé/jour en continu à la dose de 2 mg par jour).

Examen clinique :

- Poids : 84 kg.
- Taille : 1,64 m.
- L'état général est bon, la fréquence cardiaque est à 84/min, la TA est à 17/11.
- L'examen gynécologique note au spéculum un col sain, lugol négatif ; au palper bimanuel, l'utérus est légèrement augmenté de volume, le col est souple et régulier et les culs-de-sac vaginaux sont libres. Le toucher rectal est normal. Il n'y a pas d'ascite, pas d'hépatosplénomégalie, pas d'adénopathies périphériques palpables. Le reste de l'examen clinique est par ailleurs normal. Le bilan biologique ne relève comme seule anomalie qu'une glycémie à jeun à 7,5 mmol/l et une cholestérolémie à 8 mmol/l.
- La radiographie pulmonaire objective une discrète cardiomégalie ; sur l'ECG, il existe des extra-systoles auriculaires et un bloc de branche incomplet droit.
- L'échographie utérine montre une augmentation du volume de l'utérus et une formation endocavitaire.
- L'hystérogographie met en évidence une lacune irrégulière de 5 cm de diamètre (3 figures ci-après). L'UIV est normale.



Figure 1. Hystérogographie : lacune irrégulière implantée sur le fond utérin et le bord latéral de la cavité utérine

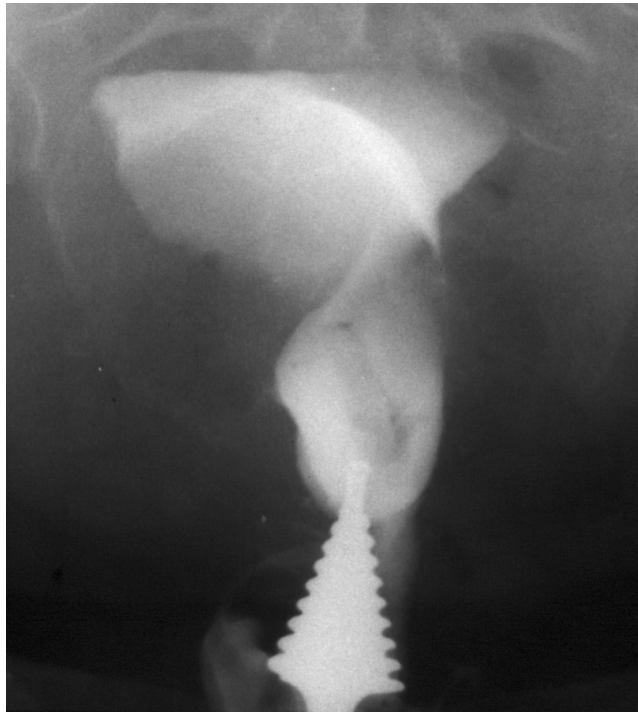


Figure 2. Hystérogrophie de face, même malade.
Lacune irrégulière de 5 cm de diamètre



Figure 3. Hystérogrophie de profil, même malade.
Lacune intracavitaire

Le diagnostic le plus probable est celui de cancer de l'endomètre.

- Question 1** Quels arguments cliniques autorisent cette hypothèse ?
- Question 2** Comment confirmez-vous cette hypothèse ?
- Question 3** Quel est le type histologique le plus fréquent et ses différents grades ?
- Question 4** Quel est le protocole thérapeutique de ce cancer de l'endomètre ?
- Question 5** Quel(s) élément(s) fourni(s) par l'examen anatomopathologique de la pièce permet(tent) de préciser le pronostic ?
- Question 6** L'examen anatomopathologique confirme l'impression favorable recueillie au cours de l'examen clinique. Chez cette malade, quel est le principal risque carcinologique encouru. Comment le prévenir ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

24 points

Quels arguments cliniques autorisent cette hypothèse ?

- Âge.....2 points
- Hémorragies post-ménopausiques.....2 points
- Leucopyorrhées2 points
- Profil :
 - o obésité.....3 points
 - o hypertension.....3 points
 - o diabète3 points
- Prise d'œstrogènes sans progestatif.....4 points
- Col normal à l'examen.....5 points

Question 2

10 points

Comment confirmez-vous cette hypothèse ?

- Hystérocopie.....5 points
- Curetage biopsique :.....5 points
 - o réponses acceptées :
 - curetage complet de la cavité utérine
 - ou curetage biopsique étagé
 - ou résection hystérocopique
 - o l'absence du mot curetage vaut 0 point pour la question 2

Question 3

19 points

Quel est le type histologique le plus fréquent et ses différents grades ?

- Adénocarcinome de l'endomètre10 points
- Les grades :
 - o G1 bien différencié3 points
 - o G2 moyennement différencié3 points
 - o G3 indifférencié3 points

Question 4

21 points

Quel est le protocole thérapeutique de ce cancer de l'endomètre ?

- Chirurgie première10 points
- Colpohystérectomie avec annexectomie bilatérale et lymphadénectomie pelvienne.....5 points
- Ou lymphadénectomie cœlioscopique et colpohystérectomie avec annexectomie si hystérectomie totale.....1 point
- Si N+ : irradiation pelvienne et lombo-aortique.....5 points

Question 5

15 points

Quel(s) élément(s) fourni(s) par l'examen anatomopathologique de la pièce permet(tent) de préciser le pronostic ?

- Degré de différenciation histologique de la tumeur5 points
- Profondeur de l'envahissement du myomètre5 points
- L'envahissement des ganglions pelviens et lombo-aortiques.....5 points

Question 6

11 points

L'examen anatomopathologique confirme l'impression favorable recueillie au cours de l'examen clinique. Chez cette malade, quel est le principal risque carcinologique encouru. Comment le prévenir ?

- Métastase vaginale ou récurrence vaginale6 points
- Curiethérapie vaginale5 points
- Radiothérapie pelvienne ou irradiation pelvienneacceptée
- Si chimiothérapie0 point pour la question 6

COMMENTAIRES

L'adénocarcinome de l'endomètre atteint les femmes présentant après la ménopause une hyperœstrogénie.

La fréquence dans les pays européens est de 14 à 18 nouveaux cas pour 100 000 femmes et par an.

L'intérêt de ce dossier est clinique pour le diagnostic et thérapeutique.

L'importance de l'examen histologique est fondamentale et le traitement est avant tout chirurgical.

La question 6 est un piège classique ; en effet le cancer de l'endomètre a la particularité de donner des récives vaginales dans 15 % des cas. Cette récive peut se produire sur la cicatrice vaginale de l'hystérectomie ou au niveau du 1/3 inférieur du vagin. La prévention de la survenue de ces métastases vaginales par la curiethérapie vaginale est indiquée. Dans la grille d'évaluation, les réponses : la radiothérapie pelvienne ou l'irradiation pelvienne sont acceptées.