

# TUMEURS GYNÉCOLOGIQUES

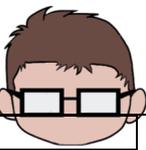
## Le cancer du sein

LE CANCER DU SEIN							
Épidémiologie	<p>Le <b>premier cancer féminin</b>            35% des cancers féminin en 2000            En augmentation régulière entre 1980 et 2005  <b>Une femme /10</b> touchée avant 70 ans            → Age moyen au diagnostic est de <b>61 ans</b>.            Moins de 1% avant 30 ans            → Augmentation importante et régulière des taux d'incidence entre 30 et 60 ans            Blanches &gt; asiatiques &gt; noires</p>						
Facteurs de risques	<p style="text-align: center;">Le cancer = multifactoriel</p>						
	<p>Les facteurs endogènes</p> <p>→ On parle de <b>prédisposition génétique</b>            40 à 50% des femmes atteintes ont des antécédents familiaux            4 à 5% sont porteuses d'une prédisposition identifiable</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mutation délétère constitutionnelle</li> <li>- BRCA 1 chromosome 17 et BRCA 2 chromosome 13</li> </ul> <p><b>La mutation entraîne un sur-risque.</b></p>						
	<p>Les facteurs exogènes</p> <p>Ils peuvent être environnementaux            De types comportementaux            Alimentaire : A la fois en termes de qualité et de quantité</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Surcharge pondérale : Le risque relatif est non déterminé</li> </ul> <p>→ Alimentation trop riche en graisse : rr non déterminé            Tabac, mode de vie ? pas de reèls liens peuvent alors être mis en évidence</p>						
	<p>Les facteurs mixtes endogènes et exogènes</p> <p>La vie hormonale (RR&lt;2)</p> <table border="1"> <tr> <td>La durée de vie génitale</td> <td>Puberté précoce, ménopause tardive</td> </tr> <tr> <td>La fonction de reproduction</td> <td>Détournement du sein de sa fonction naturelle Peu de grossesses, grossesses tardives Pas d'allaitement ou allaitement courts</td> </tr> <tr> <td>Les traitements hormonaux</td> <td>Quid de la contraception ?</td> </tr> </table>	La durée de vie génitale	Puberté précoce, ménopause tardive	La fonction de reproduction	Détournement du sein de sa fonction naturelle Peu de grossesses, grossesses tardives Pas d'allaitement ou allaitement courts	Les traitements hormonaux	Quid de la contraception ?
	La durée de vie génitale	Puberté précoce, ménopause tardive					
La fonction de reproduction	Détournement du sein de sa fonction naturelle Peu de grossesses, grossesses tardives Pas d'allaitement ou allaitement courts						
Les traitements hormonaux	Quid de la contraception ?						
<p>Au terme de l'enquête génétique</p> <table border="1"> <tr> <td>Si pas de MDC identifiée</td> <td>→ Surveillance au bénéfice du doute</td> </tr> <tr> <td>SI BRCA +</td> <td>Risque relatif multiplié par 7 Une enquête plus poussée sera alors réalisée ainsi qu'une surveillance par IRM Chirurgie prophylactique.</td> </tr> </table>	Si pas de MDC identifiée	→ Surveillance au bénéfice du doute	SI BRCA +	Risque relatif multiplié par 7 Une enquête plus poussée sera alors réalisée ainsi qu'une surveillance par IRM Chirurgie prophylactique.			
Si pas de MDC identifiée	→ Surveillance au bénéfice du doute						
SI BRCA +	Risque relatif multiplié par 7 Une enquête plus poussée sera alors réalisée ainsi qu'une surveillance par IRM Chirurgie prophylactique.						
Dépistage	<p>Plus la durée de présence d'un cancer dans un organisme <b>augmente</b>, plus il a de chances de pouvoir ainsi <b>métastaser</b>.  <b>On fait du dépistage lorsque l'on cherche quelque chose ne s'étant pas encore</b> manifester.            Possibilité de trouver un cancer à la mammographie alors que la <b>tumeur est non perceptible</b>.            Mammo +++</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Nécessité de différencier</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dépistage de masse</td> <td>On propose alors à une population <b>exposée</b> à un risque de faire un <b>examen</b> permettant de <b>dépister un trouble avant sa manifestation</b></td> </tr> </tbody> </table>	Nécessité de différencier		Dépistage de masse	On propose alors à une population <b>exposée</b> à un risque de faire un <b>examen</b> permettant de <b>dépister un trouble avant sa manifestation</b>		
Nécessité de différencier							
Dépistage de masse	On propose alors à une population <b>exposée</b> à un risque de faire un <b>examen</b> permettant de <b>dépister un trouble avant sa manifestation</b>						





	<p><b>C'est une démarche de santé publique, sur une population ciblée, pour une pathologie fréquente avec un outil simple et assez fiable.</b>  <b>→UN examen tous les 2 ans de 50 à 75 ans</b>  <b>→Mammo sans écho et sans examen clinique</b>  <b>→Double lecture</b>          Des cancers pris à un stade <b>plus précoce</b>          Parmi les problèmes, on retrouvera néanmoins un <b>faible taux de participation</b>, ainsi qu'une certaine polémique des sur-traitement.</p>					
	<p>Le dépistage individuel</p>	<p>Ce que tout individu peut ou doit faire lorsqu'il n'est pas ou plus dans la tranche d'âge concerné ou pour les cancers il n'y a pas de dépistage de masse.</p> <table border="1" data-bbox="632 524 1549 846"> <tr> <td data-bbox="632 524 970 622"> <p>Adapté à une situation spécifique</p> </td> <td data-bbox="970 524 1549 622"> <p>Prédisposition génétique identifiée            Antécédents personnels de cancer du sein            Antécédents familiaux</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="632 622 970 846"> <p>Pour la population tout-venant</p> </td> <td data-bbox="970 622 1549 846"> <p>→Population qui n'a pas les antécédents énoncés plus haut.            On parle d'Auto-examen            Examen clinique 2 fois par an            Mammographie tous les 2 ans à partir de 40 ans            Au delà de 75 ans ?</p> </td> </tr> </table>	<p>Adapté à une situation spécifique</p>	<p>Prédisposition génétique identifiée            Antécédents personnels de cancer du sein            Antécédents familiaux</p>	<p>Pour la population tout-venant</p>	<p>→Population qui n'a pas les antécédents énoncés plus haut.            On parle d'Auto-examen            Examen clinique 2 fois par an            Mammographie tous les 2 ans à partir de 40 ans            Au delà de 75 ans ?</p>
<p>Adapté à une situation spécifique</p>	<p>Prédisposition génétique identifiée            Antécédents personnels de cancer du sein            Antécédents familiaux</p>					
<p>Pour la population tout-venant</p>	<p>→Population qui n'a pas les antécédents énoncés plus haut.            On parle d'Auto-examen            Examen clinique 2 fois par an            Mammographie tous les 2 ans à partir de 40 ans            Au delà de 75 ans ?</p>					
<p>Diagnostic</p>	<p>Le plus souvent se présente comme une <b>boule arrondie dure et indolore</b>          Mais peut aussi être :          →Une modification de la densité de la glande sous forme d'un placard qui devient plus ferme          →Peut être douloureux          →Une rétraction de la peau ou du mamelon peut être le seul signe révélateur.          →Écoulement sanglant          →Boule dans l'aisselle peut traduire une réaction          →Changement dans la structure, densité, sensibilité du mamelon doit faire suspecter.</p>					
<p>La démarche diagnostic</p>	<p><b>Localiser le processus tumoral :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Imagerie : mammo et échographie</li> <li>- IRM</li> </ul> <p>Apporter la preuve du cancer par l'anatomopathologie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Type de cellules</li> <li>- Caractéristiques</li> </ul> <p>→Pratiquer un bilan d'extension</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Marqueurs biologiques</li> <li>- Scanner corps entier</li> <li>- Scintigraphie osseuse</li> <li>- Pet scan</li> </ul> <p>Possibilité de biopsie mammaire sous échographie.</p>					
<p><b>ANATOMOPATHOLOGIE DES CANCERS DU SEIN</b></p>						
<p>Les cancers in situ</p>	<p>La membrane basale <b>n'est pas franchie</b>  <b>Absence de risque de métastases</b>  <b>Multifocale</b> et souvent <b>bilatéral</b>          Évolution naturelle → <b>Infiltration</b>          →C'est une priorité au traitement chirurgical</p>					
<p>Les cancers infiltrant</p>	<p>Membrane basale alors <b>franchie</b>, <b>risque</b> de métastases          Évolution naturelle → dissémination <b>métastatique</b>          Avant le traitement chirurgical, on cherchera les traitements adjuvants</p>					
<p>Les types histologiques</p>	<p>Les carcinomes : 98%</p>	<p>Adénocarcinomes canaux 70%          Adénocarcinomes lobulaires 10-15%          Adénocarcinomes muscineux, médullaires</p>				



		Carcinomes épidermoïdes
	Les tumeurs conjonctives et mixtes	Tumeur phyllodes, carcinosarcomes, angiosarcomes

### HISTOIRE NATURELLE DU CANCER DU SEIN

Histoire	<p>La tumeur se développe dans la <b>glande mammaire</b>.</p> <p>→ Elle peut trouver des <b>lymphatiques</b>, qui vont emmener les cellules ailleurs → <b>métastases</b></p> <p>La tumeur se développe dans l'organe, dans le tissu, puis hors du tissu et <b>hors de l'organe</b>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Possibilité d'extension locale importante</b></li> </ul> <p>Soucis principal = <b>métastases</b></p> <p>Multiplication, développement, infiltration et dissémination</p>
Démarche diagnostique	<p>Imagerie / mammographie et échographie pour situer l'anomalie</p> <p>Preuve du cancer par l'anatomopathologie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Types et caractéristiques des cellules en cause dans ce cancer</li> </ul> <p>Enfin, pratiquer le bilan d'extension</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Marqueurs biologiques, scanner corps entier, scintigraphie osseuse et pet scan.</li> </ul>

### LES TRAITEMENTS

*Stade a priori localisé et absence de méta au bilan d'extension*

Principes	<p>→ Situation <b>la plus fréquente</b> concernant le cancer du sein</p> <p>On parle d'a priori puisqu'il y a une limite à ce qui peut être détecté.</p> <p><u>Une maladie apparemment localisée est une maladie ou l'on ne voit rien de visible, mais possibilité de l'existence de quelque chose d'alors non visible</u></p> <p>On peut alors parler de guérison, mais sans certitude.</p> <p>→ La priorité sera au <b>traitement loco-régional</b></p> <p>Avec mise en place des <b>traitements adjuvants</b> (traitement de la possibilité de cellules dispersées).</p>
-----------	---

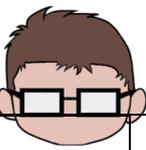
La chirurgie	Exérèse tumorale	Chirurgie <b>conservatrice</b> ou <b>mastectomie</b>
	Chirurgie des ganglions	Curage <b>axillaire</b> en présence d' <b>envahissement clinique</b> Prélèvement des ganglions sentinelles
	Examen anatomo-pathologique	De la tumeur et des ganglions prélevés
	La chirurgie est le premier temps du traitement	
	Repérage préopératoire Le harpon	
Description	Diagnostic posé, confirmé, intervention prévue. Le matin avant l'intervention, avec l'écho, on met en place un <b>fil métallique dans la tumeur</b> qui sort à la peau, et le chir suit le fil.	

Bilan d'extension montrant des signes patents d'une pathologies métastatique	Chirurgie dans un premier temps du traitement	
	Exérèse tumorale	Chirurgie conservatrice ou mastectomie
	Chirurgie des ganglions	Curage axillaire d'emblée si envahissement clinique Prélèvement des ganglions sentinelles
	Examen anatomo pathologique	De la tumeur et des ganglions prélevés

Ce qui fait la gravité du cancer	<p>L'essence même de la gravité → tumeur <b>cancéreuse</b> = <b>possibilité de quitter le site</b> et de <b>diffusion</b> dans le corps = risque de <b>métastases</b></p> <p><b>MAIS → existence du cancer avant la manifestation.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Période où la maladie se développe sans qu'aucun outil ne soit capable de la détecter</b></li> </ul> <p>Cette période consiste la période où le <b>risque de dissémination est le plus grand</b></p> <p>Rien ne permet de savoir où se situent les micro-métastases.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- C'est ce qui a justifié la volonté de <b>mettre au point des traitements adjuvants</b></li> </ul> <p>→ C'est une indication post-chirurgie de mise en place de traitement visant les micro-métastases</p>
----------------------------------	--

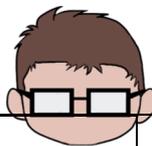
Les traitements adjuvants	<p>Pour beaucoup : indication de <b>radiothérapie</b> dans le but de <b>réduire les récurrences loco-régionales</b></p> <p>Chirurgie conservatrice = adjuvante sur le sein</p> <p>Chirurgie mastectomie = sur la paroi thoracique</p> <p>Sur les <b>aires ganglionnaires</b>, n'ayant pas été explorées chirurgicalement</p> <p>Une séance par jour <b>quatre à cinq jours par semaine</b> cinq à six semaines de suite</p> <p>→ Début 3 à 6 semaines après la chirurgie</p>
---------------------------	--





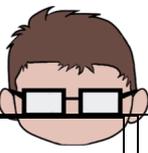
Hormonothérapie	<p><b>80% des patientes</b></p> <p>Les cellules du sein = <b>hormono dépendante</b>, en particulier par les <b>estrogènes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Action à travers des récepteurs sur le noyau de la cellule</li> </ul> <p>→ Au cours de la cancérisation de la cellule, <b>conservation de ces récepteurs</b> et un état <b>d'hormono dépendance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- C'est ces récepteurs qui pourront faire l'objet d'une recherche</li> </ul> <p>→ L'hormonothérapie <b>entraîne une réduction du risque de récurrence</b> par opposition à l'action des œstrogènes sur des cellules qui auraient pu persister dans l'organisme</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Non ménopausée : tamoxifène</li> <li>- Ménopausées : une anti-aromatase</li> </ul>
Chimiothérapie	<p><b>40% des patients</b></p> <p>→ C'est un choix thérapeutique qui va alors dépendre de <b>l'extension locorégionale</b>, la <b>taille tumorale</b> ou <b>l'envahissement ganglionnaire</b>.</p> <p>→ Mais aussi → Les <b>spécificités des cellules</b></p> <p>Chimiothérapie : patientes avec récepteurs hormonaux négatifs (pas d'hormonothérapie alors possible) ou pour les <b>patientes sur exprimant la protéines Her 2</b></p> <p>Multiplicités et grandes possibilités de protocoles utilisables : le choix va alors pouvoir être fait en fonction du risque de récurrence.</p>

La chimiothérapie adjuvante en pratique	
En pratique	<p>Prise décision lors d'une RCP qui pourra alors infirmer la décision de chimio adjuvante ainsi que le protocole étant mis en oeuvre</p> <p>Remise aux patients d'un <b>programme personnalisé de soin PPS</b>.</p> <p>Consultation infirmière de plus en plus souvent avec une infirmière coordinatrice</p> <p>La plupart de ces traitements sont fait en ambulatoire, par le biais d'une chambre implantable.</p>
Effets	<p><b>Troubles digestifs</b> → <b>nausées</b>, toujours → au moins 10 à 20% des patientes vomissent, d'apparition dans les heures suivant le traitement</p> <p>→ Efficacité +++ Utilisation de la famille des <b>sétrons</b> qui sont habituellement utilisés <b>par voie parentérale</b></p>
Toxicité hématologique	<p>La neutropénie fébrile</p> <p>Va concerner les <b>polynucléaires neutrophiles</b>, ayant un rôle dans les processus de lutte contre les <b>agents infectieux</b> (certains types de globules blanc).</p> <p>→ Ils diminuent généralement après l'administration d'une chimio. <b>Minimal entre le 10<sup>e</sup> et 14<sup>e</sup> jours</b> et remontent autour du <b>21<sup>e</sup> jour</b> (d'où le fait qu'on laisse du temps entre les cures de chimio).</p> <p>Cette variation des polynucléaire après chimio est aléatoire et différentes entre les patients</p> <p>→ Surveillance biologique en sortie de chimio</p> <p>Mais cette diminution peut avoir pour origine une complication potentiellement très grave : <b>la neutropénie fébrile</b>.</p> <p>→ <b>les facteurs de croissance</b> en SC (1 injections le jour suivant, ou plusieurs la semaine suivante)</p> <p>→ <b>effets secondaires</b> = douleurs rachidienne lombaire ou bassin, sternum.</p>
Alopécie	<p>Quasi-totalité des protocoles sont <b>toxique pour le système capillaire</b>.</p> <p>→ Le <b>casque réfrigérant</b> = réduction du risque d'alopécie mais souvent pas assez efficace</p> <p>Généralement 15 à 18 jours après la première cure, elle peut être <b>extrêmement rapide et totale en moins de 48h</b>.</p>

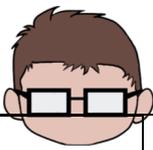


		Peut être annoncé par des <b>douleurs du cuir chevelu</b> Prothèse capillaire prise en charge par la <b>sécurité sociale à hauteur de 125 euros</b> , complétable par la mutuelle.
	Les problématiques en résumé du tt adjuvant	La chimiothérapie ne traite pas une maladie <b>mais son hypothèse</b> , ce qui implique ce traitement peut être inutile. <b>Son efficacité non certaine</b> : réduction du risque Mais non pas une <b>annulation</b> Les chimiothérapies adjuvantes = <b>toxicité immédiate</b> mais aussi <b>éventuelle toxicité à long terme</b> .
Après les traitements	<b>Le risque 0 n'existe pas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Et une surveillance sera mise en place</li> </ul> → Temps de la récupération et du retour à la vie antérieure <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Programme de réadaptation</b> pouvant être proposé</li> </ul>	
<i>Traitement de la maladie métastatique</i>		
Surveillance	Locale	Du sein traité ainsi que l'autre
	Générale	La <b>tolérance</b> de l'hormonothérapie Les <b>complications</b> de la chimiothérapie
	La rechute métastatique	<b>Surveillance +++</b>
Par la suite	ais la guérison <b>ne peut jamais être affirmée</b> Pour les autres Dans des délais très <b>variables</b> et pour des <b>raisons totalement inexplicables</b> , survient la rechute métastatique Traduisant <b>l'échec des traitements adjuvants</b>	
Métastatique	→ Même situation que diagnostic directement métastatique. <b>En présence d'incurabilité</b> . Il n'est pas possible de supprimer la totalité des cellules sur l'ensemble des sites. <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'objectif étant de maintenir la <b>prolifération cellulaire sous contrôle</b> = vivre le plus longtemps et le mieux possible</li> </ul> → <b>Chronicisation</b> , la <b>généralisation</b> du cancer. Les métastases induisent des <b>syntômes spécifiques</b> qui devront être <b>contrôlé pour atteindre un niveau de qualité de vie optimal</b>	
	Utilisation possible de	Traitements généraux à visée spécifiquement anticancéreux Traitement <b>médicamenteux</b> = effets <b>sur toutes les cellules dispersées</b> → Objectif = <b>réduction de l'activité cellulaire</b>
		Médicaments anticancéreux locaux Visant un <b>endroit spécifique</b> Efficacité <b>limitée</b> dans l'espace
		Traitement symptomatiques Traitement des <b>syntômes</b> induits par la pathologie
Les traitements spécifiquement anticancéreux	Les hormonothérapies	Uniquement chez les patients dont la pathologie est <b>hormono-dépendante</b> - <b>80% des patientes</b> Agents thérapeutiques concernés : <b>antiestrogène et anti-aromatase</b> Administré par voie orale ou musculaire → Le plus souvent en <b>première intention</b> du fait de leur <b>simplicité</b> d'utilisation et pouvant être très efficace.
	Les chimiothérapies	<b>Sera systématiquement mis en place dans le cas d'une patiente au cancer du sein métastaté.</b> Voie IV (existence de PO). Mono / bi / tri thérapie.
	Les thérapies ciblées ou biothérapie	Principe de ces traitements étant d'utiliser une <b>caractéristiques cellulaire identifiée sur les cellules tumorales</b> et de faire appel à un <b>agent thérapeutique</b> qui exercera un effet <b>blocage</b> sur la <b>transmission de signaux intracellulaire</b> qui participent à la <b>survie</b> de la cellule cancéreuse et à la <b>progression tumorale</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Facteurs de <b>prolifération</b> ou de <b>vascularisation</b> (néoangiogénèse)</li> </ul> → Le blocage de signaux cellulaires peut avoir des conséquences sur les tissus sains.
	Les agents anti HER2	Herceptin, perjeta, Kadcylla, Tyverb
	Anti angiogénique	L'avastin





	Action sur la dopamine	La sensibilité aléatoire et	Elle est aléatoire Le traitement à <b>100% n'existe pas</b> (100% des malades) Indication d'un traitement particulier lorsqu'il est statistiquement probable qu'il soit efficace
		La non-spécificité d'action	Effet sur les cellules <b>malades</b> mais aussi sur les cellules <b>saines</b> - <b>Toxicité aigues</b> limitant le niveau de doses - Les toxicités <b>cumulatives</b> limitant la durée : <b>effets secondaire</b> cumulatifs
		Apparition de résistances	Une mauvaise stabilité génétique engendre une hétérogénéité entre les individu sur le plan à la fois temporel et spacial
→Patient <b>dépendant</b> et individuellement <b>non prévisible</b> On sait ce qu'il faut faire, mais on ne sait pas ce que cela va faire.			
Les traitements symptomatiques	On peut être conduit parfois d'utiliser d'emblée :		
La chirurgie à visée carcinologique	Rarement En pathologie métastatique seulement car ne se justifiant que si elle permet l'éradication de <b>toutes les localisations secondaires</b> identifiées - <b>Métastases</b> apparemment uniques		
La chirurgie peut être utilisée à titre symptomatique	Stomie de dérivation urinaires ou digestives Chirurgie des os longs préventive ou curative Chirurgie du rachis : pour décompression et consolidation Thoracoscopie pour talcage.		
	Des traitements anti néoplasique à action purement locale	La radiothérapie	Métastase <b>osseuse</b> Métastase <b>cérébrale</b> par irradiation ciblée ou panencéphalique Métastases <b>ganglionnaire</b>
		Technique physique	Chimio <b>embolisation</b> <b>Radiofréquence</b> <b>Cryothérapie</b>
	Des techniques mécaniques sans effet anti-néoplasique à visée purement symptomatique	→Chimiothérapie des méningites <b>Drain</b> pleuraux <b>Sonde</b> double J Stents vasculaires <b>Stents</b> digestifs <b>Gastrostomie</b> de décharge ou d'alimentation Pompes implantées pour infusion de morphine	
Démarche thérapeutique	Dans tous les cas, la <b>démarche thérapeutique</b> passera <b>par les mêmes étapes</b> - Apprécier le <b>degré d'extension</b> de la pathologie - Mettre éventuellement en évidence des <b>lésions métastatiques</b> : cérébrales, osseuses menaçantes sur le rachis ou les os longs.		
Choix d'un traitement antinéoplasique	Choix du traitement en première ligne selon : - Les <b>caractéristiques spécifiques</b> des cellules : récepteurs hormonaux ou expression de HER2 - La situation du patient et sa <b>capacité à subir des effets secondaires</b> éventuellement lourds ; - Le <b>degré éventuel d'urgence thérapeutique</b> .		
La chimiothérapie de première ligne	Protocoles <b>différents</b> selon la <b>maladie traitée</b> Traitement de <b>métastases</b> , le protocole est choisi en <b>fonction de la maladie initiale</b> et non en fonction du site métastatique. <b>Plusieurs traitements possible</b> compte tenu de l'hétérogénéité des situations Le choix : protocoles connus, testés. On ne choisit <b>parce qu'il a la possibilité être actif</b> . →Je sais ce qu'il faut faire mais je ne sais pas ce que cela va faire.		



Les étapes de la démarche thérapeutique	Déterminer le programme thérapeutique	Expliquer <ul style="list-style-type: none"><li>- Objectif = <b>mise sous contrôle de la pathologie</b></li><li>- Le fait que l'on <b>ne peut prévoir la rapidité et l'intensité et d'efficacité</b>, ni <b>l'importance des effets secondaires</b> et donc <b>l'impossibilité</b> dans laquelle on se trouve de prévoir la durée de traitement</li><li>- La <b>démarche</b> : appliquer un <b>programme thérapeutique</b> pour évaluer après un <b>délai</b> suffisant, le <b>résultat</b> obtenu et la <b>tolérance</b></li><li>- <b>modalités d'administration des thérapeutiques</b></li></ul>
	Appliquer un traitement	La première évaluation = <b>tolérance</b> et pourra mener à des <b>aménagements thérapeutiques</b>
	Évaluer la qualité de la réponse tumorale	Interrogatoire pour apprécier <b>l'évolution des symptômes</b> induits par la maladie et le niveau des effets secondaires Examens <b>cliniques</b> Examens <b>biologiques</b> : marqueurs tumoraux Bilan <b>morphologique</b>
	Adapter	<b>Efficacité et bonne tolérance</b> : poursuite <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Aussi longtemps que nécessaire, efficace, et toléré</b></li><li>- Toxicités cumulatives</li><li>- Les problèmes de l'échappement par développement des résistances</li></ul> <b>Efficacité et mauvaise tolérance</b> : <b>ajustement</b> Inefficacité → <b>deuxième ligne si besoin</b>
La démarche de décision	<b>Décision traitement – application – évaluation</b> Renouvelée aussi longtemps que nécessaire jusqu'à l'obtention de l'objectif fixé d'une mise sous contrôle de la pathologie tumorale qui dans les meilleurs cas peut prendre l'aspect d'une authentique rémission. Illustration de l'hétérogénéité entre les individus qui va rendre leur pathologie plus ou moins sensible aux agents thérapeutiques.	
		La notion de <b>double peine</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- La mise sous contrôle peut n'être <b>jamais obtenue</b></li><li>- Même si objectif de <b>rémission est atteint</b>, il faudra bien expliquer à la patiente qu'il n'est pas possible de parler de guérison et qu'il reste <b>exposé à un risque de récurrence</b>.</li></ul>
	Patients dans des délais différents	Les traitements s'avéreront de <b>moins en moins actifs avec épuisement de l'arsenal thérapeutique reconnu</b> : possible recours aux <b>essais thérapeutiques</b> La pathologie deviendra de plus en plus présente avec nécessité <b>d'augmentation des traitements symptomatiques</b> La patiente est de plus en plus <b>fragilisée</b> par les <b>conséquences de la pathologie</b> et des traitements ne sera plus en mesure de recevoir les schémas thérapeutiques potentiellement actifs aboutissant à un <b>processus de désescalade thérapeutique</b> Le point final de cette désescalade thérapeutique sera la <b>suspension des traitements à visée antinéoplasiques</b> au profit de <b>soins d'accompagnement</b> et de confort.

