

**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

Outils de détection des cancers par le médecin de famille

**Recommandations du Comité national
d'évolution de la pratique de première ligne
à la Direction générale de cancérologie**

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca section **Publications**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017

Bibliothèque et Archives Canada, 2017

ISBN : 978-2-550-78345-9 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2017

Ce document a été élaboré par le Comité d'évolution de la pratique de première ligne, qui relève de la Direction générale de cancérologie (DGC) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Membres du Comité d'évolution de la pratique de première ligne (CEPPL)

M^{me} Geneviève Dechène, médecin de famille et présidente du CEPPL, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de Montréal

D^{re} Catherine Blais-Morin, médecin de famille, CISSS de la Gaspésie

D^r Pierre Carrier, médecin de famille, CIUSSS de la Capitale-Nationale

D^r Simon Toussaint, médecin de famille, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du Québec

D^{re} Raymonde Vaillancourt, médecin de famille, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

D^{re} Marie-Pierre Laflamme¹, médecin de famille, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

D^{re} Nathalie Cormier, médecin de famille, CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

D^{re} Pascale St-Amour, médecin de famille, CISSS de l'Outaouais

D^{re} Annie Mercier, médecin de famille, CISSS de Chaudière-Appalaches

D^{re} France de Carufel, médecin de famille, CISSS de Laval

D^{re} Nathalie Boulanger², médecin de famille, Direction régionale de médecine générale, RRSSS du Nunavik

D^{re} Marie-Hélène Marchand, médecin de famille, RRSSS du Nunavik

D^r Roland Grad, médecin de famille, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

D^{re} Geneviève Chaput, médecin de famille, Centre universitaire de santé McGill

D^{re} Laetitia Lam Shang Leen, médecin de famille, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

D^r Pierre Charbonneau, médecin de famille, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

D^{re} Mylène Côté³, médecin de famille, CISSS de la Montérégie-Est

D^{re} Annie Filion⁴, médecin de famille, CISSS des Laurentides

D^r Serge Dulude, directeur de la planification, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)

D^r Alain Turcotte⁵, directeur adjoint de la planification, FMOQ

D^r Antoine Groulx, directeur de l'organisation des services de première ligne intégrés, MSSS

D^{re} Céline Benoit, médecin de famille, CIUSSS Saguenay lac Saint Jean

D^r Pierre Moore⁶, médecin de famille, CISSS Côte-Nord

D^{re} Véronique Ouimet, médecin de famille, CISSS Côte-Nord

Coordination du comité et rédaction

M^{me} Nadia Abdelaziz, conseillère, responsable du volet première ligne, DGC, MSSS

M^{me} Geneviève Dechène, présidente du CEPPL, a participé à la rédaction du document.

¹ D^{re} Marie-Pierre Laflamme a été membre de 2014 à 2015.

² D^{re} Nathalie Boulanger a été membre de 2014 à septembre 2016.

³ D^{re} Mylène Côté a été membre de 2014 à 2015.

⁴ D^{re} Annie Filion a été membre du comité de 2014 à 2015.

⁵ D^r Alain Turcotte a été membre du comité de juin 2016 à octobre 2016.

⁶ D^r Pierre Moore a été membre du comité de 2015 à 2016

D^{re} Louise Provencher, chirurgienne oncologue
D^{re} Annie Arteau, chirurgienne orthopédiste oncologue
D^{re} Danièle Marceau, hémato-oncologue
D^r Joël Claveau, dermatologue oncologue
D^{re} Céline Bouchard, gynécologue
D^r Jean-François Ouellet, chirurgien oncologue
D^r Pierre Hallé, gastro-entérologue oncologue

CIUSSS de l'Estrie – CHUS

D^r Charles Ménard, gastro-entérologue oncologue
D^{re} Annie Beaudouin, gastro-entérologue oncologue
D^r Frédéric Lemay, gastro-entérologue oncologue

Centre hospitalier de l'Université de Montréal

D^r Réal Lapointe, chirurgien
D^r Philippe Sauthier, gynécologue oncologue

CISSS de la Montérégie-Centre

D^{re} Giovanna Speranza, oncologue médicale

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

D^r Simon Martel, pneumologue

Autres contributions

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

Collège des médecins du Québec, Direction de l'amélioration de l'exercice

D^r Ernest Prigent, directeur

D^r François Goulet, directeur adjoint

Fédération des médecins spécialistes du Québec

Association des obstétriciens et gynécologues du Québec

Association d'orthopédie du Québec

Association des dermatologistes du Québec

Association québécoise de chirurgie

Association des médecins ophtalmologistes

Association des pneumologues de la province de Québec

Association des spécialistes en chirurgie plastique et esthétique du Québec

Association des gastro-entérologues du Québec

Association de neurochirurgie du Québec

Association d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale du Québec

Association des radiologistes du Québec

DGC du MSSS

D^r Jean Latreille, directeur général

M^{me} Carole Bélanger, directrice

M^{me} Sylvie Poirier, chef de service

D^{re} Laurence Eloy, médecin-conseil

M^{me} Katleen Busque, conseillère

M. Oronzo De Benedictis, conseiller

Table des matières

Introduction	1
Délais pour une référence en services spécialisés	2
Marqueurs tumoraux	9
Cancer ORL et cancer de la thyroïde	10
Cancer de la thyroïde	12
Cancer du poumon	13
Cancer de la plèvre : mésothéliome	15
Cancer thoracique avancé	16
Cancer du sein	18
Cancer de l'œsophage	21
Cancer gastrique	23
Cancer primaire du foie	24
Cancer de la vésicule biliaire, des voies biliaires extra-hépatiques et de l'ampoule de Vater	25
Cancer du pancréas	27
Cancer du duodénum	29
Cancer colorectal	30
Cancer abdominal avancé (de toute étiologie primaire)	32
Cancer du rein	33
Cancer de la vessie (urothélial)	35
Cancer de la prostate	37
Cancer du testicule	39
Cancer du col utérin	40
Cancer de l'ovaire	42
Cancer de l'endomètre	45
Cancer de la vulve	47
Maladies trophoblastiques gestationnelles	49
Cancer pelvien avancé (de toute étiologie primaire)	51
Cancers du système nerveux central (SNC) : tumeurs cérébrales primaires ou secondaires	53
Cancer du SNC de la moelle épinière et de la colonne vertébrale (primaire ou secondaire)	55
Cancer osseux (primaire ou secondaire)	57
Cancer cutané	59
Sarcomes des tissus mous	61
Cancers hématologiques	63
ANNEXE 1 : Recommandations selon les symptômes ou les signes cliniques	64
ANNEXE 2 : Algorithme d'investigation d'un nodule pulmonaire isolé, INESSS 2014	72
ANNEXE 3 : Investigation d'une hématurie en première ligne	73

Liste des sigles et acronymes

AFP :	Alpha-fœtoprotéine
ALT :	Alanine aminotransférase
APS :	Antigène prostatique sérique
APSS :	Accès priorisé aux soins spécialisés
BRCA 1,2 :	Breast cancer 1,2 (gène du cancer)
CA 125 :	Carbohydrate antigen
CEA :	Antigène carcino-embryonnaire
CISSS :	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS :	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CPRE :	Cholangiopancréatographie rétrograde
DGC :	Direction générale de cancérologie
FSC :	Formule sanguine complète
HCG :	Hormones chorioniques gonadotrophiques
INR :	International Normalised Ratio
IPP :	Inhibiteurs de la pompe à protons
IRM :	Imagerie par résonance magnétique
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NHS :	National Health Service
NICE :	National Institute for Health and Care Excellence
PTT :	Temps de thromboplastine
RSOSi :	Recherche de sang occulte dans les selles par immunochimie
TDM :	Tomodensitométrie
5-HIAA :	Acide 5-hydroxy-indole-acétique

Introduction

Les fiches cliniques de détection et de référence en cancérologie ont été élaborées à l'intention des médecins de famille, car ils sont les premiers à être consultés par des patients présentant des symptômes ou des signes d'un possible cancer. Ils doivent pouvoir rapidement et efficacement détecter, parmi tous les patients se présentant à eux, ceux susceptibles d'avoir un cancer afin de procéder à l'investigation et de les référer en consultation spécialisée dans des délais sécuritaires.

La première section du document est un tableau synthèse qui résume les principaux symptômes et les signes cliniques pour chaque site de cancer. Dans la seconde seront détaillées les présentations cliniques des principaux cancers primaires, des cancers avancés et des cancers métastatiques.

La troisième section est un tableau résumé des facteurs de risque pour chaque cancer ainsi que des délais pour référer les patients en spécialité en présence de certains symptômes et signes cliniques.

Les recommandations spécifiques d'investigations requises pour les différents cancers, imageries ou examens de laboratoires ne font pas partie de ce document. Il importe cependant de mentionner que, quel que soit le milieu de pratique, les symptômes et signes d'alerte décrits ci-dessous justifient un accès rapide aux modalités d'investigation requises avant ou pendant la référence en spécialité. La priorisation de ces demandes d'examen devrait être basée sur la condition clinique et non sur le milieu de pratique du médecin qui en fait la demande.

Les recommandations de ce document reposent sur celles du guide de pratique de l'Institut national des soins de santé du Royaume-Uni (*National Institute for Health and Clinical Excellence*), *Suspected cancer : recognition and referral*¹, mis à jour en 2015. Chacune des fiches traitant d'un siège de cancer a fait l'objet d'une révision par des médecins experts mandatés par la Direction générale de cancérologie (DGC).

Par ailleurs, le document a aussi fait l'objet d'une consultation auprès du Collège des médecins, des fédérations médicales et des associations de médecins spécialistes.

¹ NICE Guideline. *Suspected cancer : recognition and referral*. 22 juin 2015. Disponible en ligne au : www.nice.org.uk/guidance/ng12

Délais pour une référence en services spécialisés

Les experts estiment que des délais indus de référence et d'investigation risquent de favoriser la progression de la maladie et donc d'augmenter le risque d'échec du traitement ainsi que le risque de récurrences, surtout dans le cas de cancers à évolution rapide. En d'autres mots, des délais prolongés pour établir un diagnostic et démarrer un traitement risquent de réduire l'espérance de vie de certains patients.

Des données probantes récentes soutiennent la nécessité d'une référence rapide en spécialité dans certaines situations cliniques associées à une possibilité de cancer². Toutefois, peu de systèmes publics ont réussi jusqu'à maintenant à mettre en place un réseau national structuré de détermination et de surveillance des délais entre la détection en première ligne et la référence en spécialité. Il en est de même pour les délais entre la référence en spécialité et le premier traitement.

Au Royaume-Uni, les autorités de santé publique ont mis en place une telle surveillance, et ce, depuis plus d'une dizaine d'années. Le *National Health Service (NHS)* propose aux médecins de première ligne des délais pour la plupart des cancers (hormis les cancers cutanés non mélanocytaires, moins agressifs). Ces délais sont présentés comme des objectifs de bonne pratique médicale et de bonne organisation d'un réseau public de santé¹.

Il faut savoir que, même si le fait de traiter rapidement un cancer agressif est possiblement bénéfique pour plusieurs patients quant à leur survie, il n'est pas toujours possible de quantifier cette amélioration parmi les patients qui ont consulté plus rapidement. On sait par contre que cela permet de réduire l'anxiété du patient en attente de réponse ainsi que celle de ses proches, en plus d'éviter les souffrances psychologiques des patients aux prises avec un cancer avancé lorsqu'ils font un lien, à tort ou à raison, entre la gravité de leur maladie et le délai de leur prise en charge^{3 4 5 6}.

En février 2016, le MSSS signait une entente avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) portant sur l'amélioration de l'accessibilité aux services et aux soins en médecine spécialisée. Une des mesures prévues dans l'entente est l'amélioration de l'accès aux consultations spécialisées selon les délais associés à la priorité clinique attribuée au patient. Cette mesure prévoit la mise en place d'un mécanisme d'accès priorisé aux services spécialisés (APSS) afin que les patients référés par le médecin de famille soient reçus en consultation. Une échelle de priorité clinique est définie pour permettre aux patients d'accéder aux services spécialisés à l'intérieur du délai correspondant à leur condition clinique. Les délais varient de moins de trois jours jusqu'à moins de six mois, selon le code de priorité attribué à la demande (code de priorité A à E.)

Les délais qui sont proposés dans les fiches de détection respectent l'approche préconisée par l'accès priorisé aux soins spécialisés.

² NICE Guideline. *Suspected cancer : recognition and referral*. 22 juin 2015. Disponible en ligne au : www.nice.org.uk/guidance/ng12

³ Palli-science. *Suivi des patients atteints de cancer*. Délais sécuritaires. Disponible en ligne au : www.palli-science.com

⁴ NHS National Health Service. *Cancer waiting times*. Disponible en ligne au : www.england.nhs.uk/Summary_of_data_quality_2010_webarchive.nationalarchives.gov.uk/

⁵ Conseil québécois de lutte contre le cancer. *Avis sur les délais dans le traitement chirurgical du cancer 2001*. Disponible en ligne au : www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/lutte-contre-le-cancer/documents/guides-cepo-pdf/avis_delais_traitement_cancer_2001.pdf

⁶ NHS Scotland. *Scottish Referral Guidelines for Suspected Cancer*. Health Improvement Scotland, 2014

Site de cancer (primaire ou secondaire)	Principaux symptômes suspects (présents depuis plus de 4 semaines)	Principaux signes suspects
Symptômes et signes communs à tous les cancers	Perte de poids, anorexie, diaphorèses nocturnes, fièvre	Adénopathies suspectes, masses, cachexie, perte de poids, thromboses (thrombophlébite profonde, embolie pulmonaire)
ORL	Mal de gorge (odynophagie), douleur au cou et à l'oreille (référée), douleur à la langue ou à la bouche Voix changée (dysphonie) Dysphagie, gêne aux mouvements de la langue Hypersialorrhée, perte pondérale Toux inhabituelle, obstruction nasale avec épistaxis ou crachats sanguins Voix rauque ou faible	Masse cervicale, masse thyroïdienne (le plus souvent indolore au début) Lésion visualisée ou palpée dans la cavité buccale, oropharynx, glande salivaire
Poumon	Toux ou expectorations augmentées et changées Dyspnée nouvelle ou augmentée Douleurs thoraciques Hémoptysies Voix rauque Hippocratisme digital Perte de poids, fatigue	Asymétrie des bruits pulmonaires, zone de matité si la masse pulmonaire est importante Stridor inspiratoire Épanchement pleural (diminution des bruits respiratoires, matité) Syndrome de Pancoast Œdème du visage, du cou, d'un bras avec dilatation veineuse au thorax Adénopathies sus-claviculaires ou cervicales
Plèvre (mésothéliome)	Toux Fatigue Dyspnée Douleurs thoraciques Perte de poids, perte d'appétit	Épanchement pleural Ascite
Sein	Découverte d'une masse nouvelle au sein, le plus souvent sans douleur, ou augmentation de la taille d'une masse existante Inversion du mamelon, rétraction cutanée, écoulement unilatéral, ulcération de mamelon qui ne guérit pas	Masse axillaire, bras enflé Masse au sein de tout type Seule une minorité sera « typique », donc fixe, de plus de 2 cm et non mobile Peau indurée, peau d'orange, adénopathie axillaire, écoulement du mamelon, érythème cutané non résolu par une série d'antibiotiques, rétraction cutanée spontanée ou à l'élévation du bras, ulcération du mamelon, déformation lente du sein Adénopathie axillaire

Site de cancer (primaire ou secondaire)	Principaux symptômes suspects (présents depuis plus de 4 semaines)	Principaux signes suspects
Symptômes et signes communs à tous les cancers	Perte de poids, anorexie, diaphorèses nocturnes, fièvre	Adénopathies suspectes, masses, cachexie, perte de poids, thromboses (thrombophlébite profonde, embolie pulmonaire)
Thoracique avancé	Douleur costale ou vertébrale (cervicale, dorsale) Douleur neuropathique dorsale ou thoracique Syndrome de la veine cave supérieure : Œdème du cou, du visage et des bras, céphalée, veines thoraciques dilatées, toux et dyspnée exacerbées en décubitus Paralysie d'une corde vocale par atteinte du nerf récurrent laryngé; voix rauque, stridor, hémoptysie, toux, dyspnée	Syndrome de la veine cave supérieure. Syndrome de Horner : myosis, ptose palpébrale, anhidrose Syndrome de Pancoast
Œsophage	Dysphagie progressive aux solides puis aux liquides, perte de poids associée à une dysphagie de Novo, douleurs au dos et au thorax constantes ou lors de la déglutition Régurgitation d'aliments solides, puis des liquides, nausées, perte d'appétit, fatigue, pyrosis, hoquet ++ Hémorragies digestives Symptôme d'anémie (fatigue, tachycardie, dyspnée)	Présence possible d'adénopathie cervicale ou sus-claviculaire Voix rauque, dysphonie
Gastrique	Dyspepsie, nausées, reflux, satiété précoce Douleur épigastrique Douleurs au dos si envahissement des plexus postérieurs (Fiche cancer abdominal avancé) Hématémèse : vomissements rouges en « grains de café » Méléna Symptôme d'anémie (fatigue, tachycardie, dyspnée) Perte de poids	Masse abdominale supérieure au niveau de l'épigastre si tumeur volumineuse, sinon examen peu contributoire Signes d'anémie (pâleur, tachycardie) Hépatomégalie si métastase au foie Adénopathie sus-claviculaire gauche Ascite
Cancer primaire du foie	Symptômes non spécifiques : anorexie, perte de poids, fatigue, nausées et vomissements ou Symptômes associés à une cirrhose avancée : prurit, ictère, ascite, encéphalopathie hépatique, saignement par rupture de varices œsophagiennes	Masses hépatiques qui peuvent être volumineuses, mais habituellement indolores Masse abdominale du quadrant supérieur droit +/- douloureuse, augmentation du volume abdominal Distension de l'abdomen Ascite, télangiectasies ictère : stigmates d'une cirrhose

Site de cancer (primaire ou secondaire)	Principaux symptômes suspects (présents depuis plus de 4 semaines)	Principaux signes suspects
Symptômes et signes communs à tous les cancers	Perte de poids, anorexie, diaphorèses nocturnes, fièvre	Adénopathies suspectes, masses, cachexie, perte de poids, thromboses (thrombophlébite profonde, embolie pulmonaire)
Vésicule biliaire, voies biliaires extra-hépatiques et l'ampoule de Vater	Triade non spécifique : douleur abdominale haute, ictère et perte de poids Ictère typiquement intermittent Ictère indolore et progressif avec urines foncées et des selles pâles accompagné ou non de prurit Symptômes persistants de nausées et vomissements, asthénie, anorexie et perte de poids récents, prurit ou diarrhée	Ictère subconjonctival et cutané, lésions cutanées de grattage Masse abdominale du quadrant supérieur droit en présence de cancer de la vésicule biliaire et/ou métastases hépatiques (< 10 %) sinon examen peu contributoire
Pancréas	Triade non spécifique de douleur abdominale haute, ictère et perte de poids Ictère typiquement indolore, +/- prurit, urines foncées et selles pâles Symptômes associés: dyspepsie, nausées, vomissements, anorexie, perte de poids importante et rapide Douleur dorsale aggravée en décubitus Avoir en tête la possibilité d'un cancer du pancréas en présence d'épisodes inexpliqués de pancréatite aiguë, de maladie thromboembolique de novo, de diabète d'apparition récente, de dépression atypique (sans raison, aucun antécédent, réfractaire au traitement)	Ictère subconjonctival et cutané, lésions cutanées de grattage Vésicule biliaire non douloureuse palpable à l'hypochondre droit (vésicule de Courvoisier) Masses hépatiques métastatiques Ascite adénopathie sus-claviculaire gauche (Nodule de Virchow)
Duodénum	Symptômes non spécifiques de nausées et vomissements persistants progressifs et accompagnés d'anorexie et de dégoût pour la viande, perte de poids, asthénie	Douleur à palpation de la région épigastrique, pâleur cutanée (patient anémique), ictère subconjonctival
Colorectal	Modification d'habitudes des selles Douleur abdominale, ballonnement, distension abdominale en présence d'autres symptômes généraux Rectorragies Réduction du calibre des selles si le cancer est en « cœur de pomme » (sténose) Symptômes d'anémie : fatigue, pâleur, palpitations, dyspnée Perte de poids inexpliquée, faiblesse	Masses (abdominales ou rectales) palpées uniquement si le cancer est volumineux ou métastatique Masse au toucher rectal si cancer rectal inférieur

Site de cancer (primaire ou secondaire)	Principaux symptômes suspects (présents depuis plus de 4 semaines)	Principaux signes suspects
Symptômes et signes communs à tous les cancers	Perte de poids, anorexie, diaphorèses nocturnes, fièvre	Adénopathies suspectes, masses, cachexie, perte de poids, thromboses (thrombophlébite profonde, embolie pulmonaire)
Cancer abdominal avancé de toute étiologie primaire (tractus digestif, gynécologique, urinaire, autre)	Symptômes d'ascite (distension abdominale, anorexie, satiété rapide) Symptômes subocclusifs fluctuants et insidieux (colique, douleurs abdominales vagues, vomissements, distension abdominale douloureuse, constipation ou au contraire diarrhée paradoxale)	Bombement des flancs et malité déclive en cas d'ascite Masses abdominales souvent multiples en cas de carcinomatose Bruits intestinaux métalliques ou hyperactifs d'une subocclusion, iléus si obstruction complète
Rein	Douleur floue à l'abdomen, au flanc ou au dos Hématurie, macroscopique habituellement, sans symptômes inflammatoires Urines brunes (couleur « coke ») ou rosées Diaphorèses nocturnes, fièvre, anémie, hypoglycémies atypiques Varicocèle gauche nouvelle (asymétrie anatomique, la veine spermatique gauche peut être obstruée par un thrombus dans la veine rénale)	Examen peu contributif, car le rein est postérieur, en arrière des côtes, et seul son extrémité inférieure est palpable en cas de masse importante
Vessie	Hématurie, surtout macroscopique et indolore Symptômes inflammatoires urinaires (dysurie, pollakiurie, urgenterie, nycturie) rares au début de la maladie	Examen non contributoire au début de la maladie
Prostate	Augmentation de la fréquence urinaire, dysurie, nycturie, hésitation du jet urinaire, blocage urinaire, dysfonction érectile, malaise ou ténésme rectal	Moins de la moitié des cas ont un nodule palpable au toucher rectal
Testicule	Masse indolore au testicule, irrégulière, augmentation de volume du testicule Douleur persistante au testicule ou à l'épididyme	Nodule ferme au testicule Varicocèle Nodule fixé aux structures adjacentes (cordon spermatique, scrotum) Adénopathies sus-claviculaires gauches
Col utérin	Saignement anormal postcoïtal Coïtalgie, douleur pelvienne Pertes séreuses ou malodorantes Saignements intermenstruels, postménopausiques, ménorragies	Lésion bourgeonnante dure, friable, visible ou palpable au col utérin Col dur, augmenté de volume en forme de « baril » Masse pelvienne, palpable au toucher vaginal et rectal Induration du septum recto-vaginal

Site de cancer (primaire ou secondaire)	Principaux symptômes suspects (présents depuis plus de 4 semaines)	Principaux signes suspects
Symptômes et signes communs à tous les cancers	Perte de poids, anorexie, diaphorèses nocturnes, fièvre	Adénopathies suspectes, masses, cachexie, perte de poids, thromboses (thrombophlébite profonde, embolie pulmonaire)
Ovaire	Satiété, troubles dyspeptiques non spécifiques, ballonnement Douleurs abdominales et pelviennes non spécifiques Nausées, vomissements Fatigue, perte de poids Constipation, sensation de pression sur la vessie, symptômes urinaires irritatifs Dyspepsie non spécifique, douleurs coitales, douleurs lombaires	Augmentation du volume de l'abdomen Masses pelviennes ou annexielles irrégulières et fixes Masses abdominales en cas de carcinomatose Ascite Épanchement pleural possible
Endomètre	Tout saignement inhabituel après l'âge de 40 ans : <ul style="list-style-type: none"> • pertes de sang non cyclique chez une femme non ménopausée • pertes de sang en postménopause, les plus suspectes étant les pertes irrégulières légères (rosées, rouges, brunes) • pertes vaginales anormales persistantes non reliées à une infection vaginale ou cervicale Malaises pelviens, ténesme rectal, constipation, sensation de pression sur la vessie	Utérus augmenté de volume Perte de sang par le col provenant de l'utérus
Vulve	Prurit persistant localisé, malaise ou douleur locale, saignements spontanés ou de contact, nodule ferme, verrues ou ulcère à la vulve Dysurie, pertes vaginales	Lésion d'apparence et de couleur très variables : blanche, rouge, brune, noire ou de couleur chair, ulcérée, indurée, nodulaire, friable, souvent cartonnée ou exophytique
Maladies trophoblastiques gestationnelles	Symptômes de grossesse avec des saignements qui peuvent être importants, inconforts pelviens et possibles vomissements sévères Possibles symptômes de métastases pulmonaires	L'utérus gravide est typiquement de volume supérieur à ce qui est attendu pour le stade de la grossesse Le niveau sérique de HSG est typiquement plus élevé que normal
Cancer pelvien avancé (de toute étiologie primaire, du tractus urinaire, gynécologique ou autre)	Douleurs pelviennes atypiques Douleurs abdominales basses Saignement vaginal ou rectal anormal Hématurie macroscopique Symptômes urinaires inflammatoires : dysurie, pollakiurie Ténesme, douleur à la défécation, changement d'habitude des selles	Masses pelviennes et abdominales inférieures à la palpation, au toucher rectal et au toucher vaginal Induration septum recto-vaginal Masses palpables ou visibles avec ou sans saignements au col ou au fondus vaginal

Site de cancer (primaire ou secondaire)	Principaux symptômes suspects (présents depuis plus de 4 semaines)	Principaux signes suspects
Symptômes et signes communs à tous les cancers	Perte de poids, anorexie, diaphorèses nocturnes, fièvre	Adénopathies suspectes, masses, cachexie, perte de poids, thromboses (thrombophlébite profonde, embolie pulmonaire)
	Douleur (irradiation) aux jambes, au périnée et à la région lombaire	
Cerveau	Convulsions chez un patient non connu épileptique Céphalée sévère, nouvelle, augmentée la nuit ou au réveil, augmentée aux mouvements, avec nausées/vomissements Changement discret de la personnalité, déficit cognitif léger, troubles de l'équilibre, dépression atypique, atteinte motrice ou sensitive asymétrique	Faiblesse asymétrique (une perte asymétrique de la sensibilité est rarement mise en évidence), signe neurologique asymétrique, déséquilibre à la marche
Moelle épinière	Douleur au dos sévère, réfractaire Perte de contrôle des sphincters (incontinence ou globe urinaire, constipation) Faiblesse des jambes Perte de sensibilité, engourdissement des jambes ou du périnée	Perte de force et/ou de sensibilité aux jambes Perte de tonus du sphincter anal Globe urinaire (rétention) Perte de sensibilité du périnée Douleur lors de la percussion d'une vertèbre
Os (primaire ou secondaire)	Douleurs osseuses plus intenses la nuit, réfractaires aux analgésiques habituels, douleurs mécaniques (à la mise en charge de l'os touché) ou non	Chaleur locale, douleur à la palpation de l'os affecté, spasticité musculaire ou atrophie musculaire, voussure d'une surface osseuse Masse palpable Atteinte neurologique si compression nerveuse
Peau	Lésions cutanées suspectes Peau d'apparence changée selon le patient	Lésion évolutive, de plus de 6 mm, pigmentée, irrégulière, avec plusieurs couleurs dont le noir et le rouge Nævus différent des autres (« vilain petit sarcome des canards »)
Tissus mous	Masse indolore en croissance rapide (semaines à mois) qui peut être située n'importe où dans le corps	Masse sous-cutanée (ou au niveau d'une cavité) indolore au début de sa croissance Peu ou pas de signes au début Signes généraux (perte de poids, fièvre, sudations) tardifs témoins de l'évolution de la maladie
Hématologique	Fatigue, sueurs nocturnes, fièvre, prurit diffus, essoufflement, pétéchies, ecchymoses, saignements anormaux, masses cervicales, perte de poids	Pétéchies, ecchymoses, pâleur des téguments, adénopathies, signes d'infection (cutanée, pulmonaire, autre)

Marqueurs tumoraux

Les marqueurs tumoraux mentionnés ci-dessous, non spécifiques, ne sont pas recommandés pour la détection des cancers.

Leur utilisation comme éléments d'aide au diagnostic de possibles cancers lors d'une présentation clinique fortement suspecte est controversée.

Aucun des marqueurs suivants ne doit donc être considéré comme un test diagnostique en soi :

- carbohydrate antigen(Ca) 125 : cancer ovarien;
- hormones chorioniques gonadotrophiques(Hcg) : choriocarcinome;
- antigène prostatique sérique (APS) : cancer de la prostate;
- alpha-foetoprotéine (AFP) : tumeurs germinales non séminomateuses des testicules et des ovaires ainsi que le carcinome hépatocellulaire;
- antigène carcino-embryonnaire(CEA) : cancers digestifs, gynécologiques et thyroïdiens;
- CA 19-9 : cancer pancréatique, colorectal et carcinomes hépatocellulaires;
- acide 5-hydroxy-indole-acétique (5-HIAA) sur urines de 24 h et chromogranine A sérique : tumeurs neuro-endocrines.

Cancer ORL et cancer de la thyroïde

Ce sont des cancers relativement rares au Canada.

Cancers ORL

Les facteurs de risque liés au cancer ORL sont :

- le fait d'être âgé de 45 ans et plus;
- le tabagisme ancien ou actif, la consommation des autres produits du tabac;
- la consommation importante d'alcool (le tabagisme et la consommation d'alcool multiplient le risque de cancer de façon synergique);
- une mauvaise hygiène buccale;
- une histoire familiale de cancer ORL;
- les facteurs de risque associés au virus du papillome humain (VPH) classiquement retrouvés chez les jeunes hommes, avec ou sans histoire de consommation de tabac.

Les symptômes d'alerte d'un cancer ORL, lorsqu'ils sont présents depuis plus de 3 à 4 semaines chez un patient à risque, sont les suivants¹ :

- masse cervicale de novo (surtout si elle est douloureuse, fixe et avec une évolution);
- mal de gorge (odynophagie), une douleur à la langue ou à la bouche;
- otalgie réflexe (douleur typique référée à partir du pharynx vers l'oreille) avec un examen de l'oreille normal;
- douleur à la déglutition;
- difficulté à déglutir (toux, sensation d'étouffement ou de blocage) ou à mastiquer;
- voix rauque;
- hémoptysie non expliquée;
- obstruction nasale avec épistaxis; épistaxis (surtout si elle est unilatérale et associée à d'autres symptômes);
- perte de poids soudaine (surtout si elle est associée à d'autres symptômes ORL);
- douleurs à l'oreille, au cou ou à la gorge pouvant signifier un cancer ORL en croissance.

Toute lésion érythémateuse (érythroplasie) de la muqueuse ORL, présente depuis plus de 4 semaines, devrait faire l'objet d'une biopsie, surtout s'il y a évidence de douleurs, d'apparence exophytique de la lésion ou d'ulcération significative qui va au-delà de celle rencontrée avec un apte bénin. Ces lésions sont accompagnées d'un haut risque de néoplasie.

Des lésions blanchâtres (leucoplastie) doivent également faire l'objet d'une biopsie. Le risque de néoplasie est toutefois beaucoup plus faible.

¹ Palli-science. *Suivi des patients atteints de cancer. Cancer ORL*. Disponible en ligne au : www.palli-science.com

En présence d'une masse cervicale sans évidence de cancer ORL visible à l'examen, une palpation méticuleuse au doigt du plancher buccal, des amygdales et de la base de la langue est essentielle et peut mettre en évidence une zone d'asymétrie, de douleur et d'induration pouvant suggérer la présence d'un primaire ORL.

Les cancers ORL invasifs avancés vont, dans la grande majorité des cas, envahir les adénopathies locales (masses cervicales) avant de provoquer des métastases à distance (poumons, foie, os). L'examen des aires ganglionnaires cervicales est souvent révélateur (sublinguale, sous-mandibulaire, jugulo-digastrique, jugulo-carotidienne, jugulo-hyoïdienne, triangle postérieur).

La glande thyroïde doit être aussi palpée, surtout en présence de dysphonie et d'adénopathie cervicale.

Selon les sites tumoraux, une proportion significative des patients (40 à 60%) se présentera avec une tumeur de stade avancé². Parmi les facteurs pour expliquer cela, on note la possibilité que les premiers symptômes d'un cancer ORL soient masqués par ceux de la consommation d'alcool ou de tabac (toux, expectorations, inconforts laryngés), la progression indolente pour certains sites tumoraux (oropharynx, hypopharynx, nasopharynx, larynx supra-glottique) et le statut socio-économique défavorable de plusieurs patients affectés par ces cancers^{3 4}.

Recommandation

En présence de symptômes d'alerte, référer le patient en consultation spécialisée en moins de 10 jours pour procéder à une investigation ORL qui inclura possiblement une endoscopie et une imagerie des tissus mous de la tête et du cou (résonance magnétique ou tomодensitométrie).

² McGurk M, Chan C, Jones J, O'regan E, Sherriff M. *Delay in diagnosis and its effect on outcome in head and neck cancer*. Br J Oral Maxillofac Surg. 2005 Aug; 43(4):281-4

³ Goy J, Hall SF, Feldman-Stewart D, Groome PA. *Diagnostic delay and disease stage in head and neck cancer: a systematic review*. Laryngoscope. 2009 May;119(5):889-98

⁴ Siu S1, Corsten M et al. *Is lower socioeconomic status associated with more advanced thyroid cancer stage at presentation? A study in two Canadian centers*. Thyroid. 2014 Mar;24(3):545-51

Cancer de la thyroïde

Les cancers de la thyroïde sont en augmentation d'incidence au Canada. Il est possible que cette augmentation soit le résultat d'une détection plus précoce de petits cancers¹.

Les facteurs de risque pour le cancer de la thyroïde sont les suivants² :

- histoire familiale de cancer de la thyroïde;
- âge de plus de 45 ans;
- certaines origines ethniques (Philippines, Hawaï, Islande);
- exposition de la zone de la tête et du cou à des radiations ionisantes.

Le mode de présentation le plus fréquent des cancers de la thyroïde est un nodule thyroïdien découvert fortuitement puis ponctionné et jugé suspect de cancer. Les autres modes de présentation sont une masse cervicale centrale thyroïdienne ou latérale (adénopathie) de même qu'une voix rauque de novo. L'évolution du nodule thyroïdien est surtout basée sur la TSH, la biopsie et la ponction à l'aiguille³.

Recommandation

En présence de symptômes d'alerte, référer le patient en consultation spécialisée en moins de 10 jours pour procéder à une investigation ORL qui inclura possiblement une endoscopie et une imagerie des tissus mous de la tête et du cou (résonance magnétique ou tomodensitométrie).

¹ Sawka AM, Ezzat S, Brown PE. *Thyroid Cancer Incidence and Endocrinologist Access: A Regional Data Analysis from Ontario, Canada*. *Endocr Pract.* 2016 May;22(5):642-3. doi: 10.4158/EP151042.LT

² Sands NB, Payne RJ et al. *McGill Thyroid Nodule Score (MTNS) : "rating the risk," a novel predictive scheme for cancer risk determination*

³ *2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer*. The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid.* 2016 Jan;26(1):1-133

Cancer du poumon

Quatre-vingt-dix pour cent des patients atteints d'un cancer du poumon auront des symptômes au moment du diagnostic. Pour les 10 % restant, il s'agit habituellement de la découverte fortuite d'un nodule pulmonaire à l'imagerie.

Le dépistage du cancer du poumon (par tomodensitométrie thoracique à faible dose annuelle pour 3 ans) peut contribuer à réduire la mortalité liée à ce type de cancer pour les patients âgés de 55 à 74 ans, fumeurs actifs ou ex-fumeurs (qui ont arrêté depuis moins de 15 ans, mais qui ont fumé plus de 30 paquets par année³), comme le démontrent les résultats de la *National Lung Screening Trial*¹. Cependant, il n'y a pas de programme de dépistage structuré au Québec pour le cancer du poumon.

Malgré leur grande prévalence, les symptômes de présentation du cancer du poumon sont souvent difficiles à distinguer de ceux des conditions chroniques associées, comme la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). C'est leur changement qui sera suspect^{2 3}. Les personnes de 40 ans et plus ayant été exposées au tabac ou à l'amiante sont les plus à risque⁴.

La radiographie pulmonaire simple demeure un examen de base utile pour détecter un cancer du poumon en présence de symptômes suggestifs. On y recherche un ou plusieurs nodules ou masses, un épanchement, des adénopathies hilaires, des infiltrats interstitiels, des zones de consolidation ou un diaphragme surélevé. Cependant, elle ne doit pas être considérée comme un examen de dépistage du cancer.

On pourra procéder à une tomodensitométrie thoracique (avec un résultat rapide en moins de 2 semaines) avant de référer un patient à un médecin spécialiste pour une biopsie si la radiographie est anormale ou si elle est normale dans un contexte clinique de forte suspicion de cancer.

*Les paquets-années correspondent au nombre moyen de paquets de cigarettes fumées par jour multiplié par le nombre d'années de tabagisme.

Investigation d'un nodule pulmonaire isolé sans atteinte du médiastin (annexe 2)

Lorsque la suspicion de cancer est forte, les patients porteurs d'un nodule de plus de 8 mm devraient subir d'emblée une tomodensitométrie thoracique. Ils devront donc être référés en consultation spécialisée en moins de 10 jours. La tomographie par émission de positrons (TEP), habituellement faite en spécialité, n'est recommandée que pour la stadification ou pour caractériser les nodules de plus de 8 mm avec un risque de malignité faible à modéré.

¹ National Cancer Institute : Disponible en ligne au : www.cancer.gov/types/lung/research/nlst

² Palli-science. *Suivi des patients atteints de cancer. Cancer du poumon*. Disponible en ligne au : www.palli-science.com

³ Lo DS, Zeldin RA, Skrastins R, Fraser IM, Newman H, Monavvari A, et al. *Time to treat: a system redesign focusing on decreasing the time from suspicion of lung cancer to diagnosis*. J Thorac Oncol. 2007 Nov;2 (11):1001-6

⁴ Cancer Care Ontario (Action cancer Ontario). *Fiches de dépistage, de détection et d'orientation pour les principaux cancers*. Disponible en ligne au : www.cancercare.on.ca/toolbox/qualityguidelines/diseasesite/lung-eps/

Recommandation

Référer les patients en moins de 10 jours en consultation spécialisée dans les cas suivants^{5 6 7 8} :

- radiographie pulmonaire suspecte;
- hémoptysies chez un patient de 40 ans et plus.

Demander une radiographie pulmonaire en moins de 2 semaines pour la détection d'un cancer du poumon chez un patient de 40 ans et plus en présence d'un seul symptôme s'il a déjà fumé, ou en présence d'au moins 2 symptômes parmi les suivants s'il n'a jamais fumé :

- toux inhabituelle;
- fatigue;
- dyspnée accrue;
- douleur thoracique;
- perte de poids;
- perte d'appétit.

Demander une radiographie pulmonaire en moins de 2 semaines pour la détection d'un cancer du poumon chez un patient de 40 ans et plus dans les cas suivants :

- hippocratisme digital;
- infection pulmonaire répétée ou persistante;
- adénopathie cervicale persistante plus de 3 à 4 semaines;
- adénopathie sus-claviculaire.

Référer le jour même, aux urgences au besoin, toute personne qui présente :

- hémoptysies massives;
- stridor avec dyspnée et tirage;
- syndrome de la veine cave supérieure possible : œdème du visage, du cou ou d'un bras, dilatation veineuse du thorax, dyspnée de décubitus;
- symptômes de possibles métastases spinales avec un risque de compression médullaire (douleur cervicale/dorsale/lombaire, faiblesse et diminution de la sensibilité, perte de contrôle des sphincters, globe urinaire, incontinence urinaire ou fécale).

⁵ NICE. *Guideline : suspected cancer : recognition and referral*. 22 juin 2015. Disponible en ligne au :

www.nice.org.uk/guidance/ng12

⁶ NICE. Royaume-Uni. Lung cancer : *The diagnosis and treatment of lung cancer*. Avril 2011. Disponible en ligne au :

www.nice.org.uk/guidance/cg121

⁷ Conseil québécois de lutte contre le cancer. *Avis sur les délais dans le traitement chirurgical du cancer 2001*. Disponible en ligne

au : [www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/lutte-contre-le-cancer/documents/guides-cepo-](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/lutte-contre-le-cancer/documents/guides-cepo-pdf/avis_delais_traitement_cancer_2001.pdf)

[pdf/avis_delais_traitement_cancer_2001.pdf](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/lutte-contre-le-cancer/documents/guides-cepo-pdf/avis_delais_traitement_cancer_2001.pdf)

⁸ INESSS : *Cancer du poumon : algorithmes d'investigation, de traitement et de suivi*. 8 août 2014. Disponible en ligne au :

www.inesss.qc.ca/publications/publications/publication/cancer-du-poumon-algorithmes-dinvestigation-de-traitement-et-de-suivi.html

Cancer de la plèvre : mésothéliome

Les mésothéliomes sont des cancers rares et agressifs des membranes séreuses du corps, associés essentiellement à l'exposition aux fibres d'amiante. Non traités, les patients qui en sont atteints n'ont une espérance de vie moyenne que de 4 à 13 mois. Ces cancers touchent principalement les cellules mésothéliales des séreuses pulmonaires (89 à 90 %) et péritonéales (9 à 10 %), provoquant rapidement des épanchements pleuraux ou une ascite. Les masses pleurales peuvent envahir la paroi thoracique, comprimer le poumon ou provoquer des pneumothorax. Les pays occidentaux sont actuellement au pic d'incidence des mésothéliomes en raison de l'interdiction d'utiliser les fibres d'amiante depuis 30 ans et du délai de 35 ans en moyenne entre l'exposition à ces fibres et l'apparition de ce cancer. Les symptômes et les signes de mésothéliome sont non spécifiques, similaires à ceux retrouvés avec le cancer du poumon.¹

Recommandation

Référer les patients en consultation spécialisée en moins de 10 jours dans le cas d'une radiographie pulmonaire suspecte de mésothéliome.

Symptômes suspects :

- toux;
- fatigue;
- dyspnée;
- douleur thoracique;
- perte de poids;
- perte d'appétit.

Envisager de demander une radiographie en moins de 2 semaines aux patients qui présentent un des scénarios suivants :

- deux ou plus des symptômes ci-dessus, lorsqu'ils sont inexpliqués;
- un des symptômes ci-dessus, inexpliqué, si le patient a déjà fumé;
- un des symptômes ci-dessus, inexpliqué, s'il a déjà été exposé à l'amiante;
- hippocratisme digital;
- tout symptôme et signe clinique compatible avec une maladie pleurale.

¹ Palli-science. *Suivi des patients atteints de cancer. Cancer du poumon. Mésothéliome*. Disponible en ligne au : www.palli-science.com

Cancer thoracique avancé

Les principaux cancers thoraciques primaires (poumon, œsophage, sein) peuvent se propager aux structures anatomiques thoraciques adjacentes ainsi qu'aux adénopathies médiastinales pour provoquer des syndromes cliniquement reconnaissables¹. On peut aussi trouver ces syndromes chez les patients avec des métastases pulmonaires, ganglionnaires ou médiastinales de cancers ORL, de cancers abdominaux ainsi que de lymphomes.

Les symptômes d'extension cancéreuse aux structures osseuses thoraciques adjacentes comprennent les douleurs costales ou vertébrales (cervicales, dorsales) avec une possible atteinte nerveuse sous-costale, radiculaire ou même spinale dans le cas d'une atteinte vertébrale. On peut trouver des atteintes spinales avec compression médullaire sans douleur osseuse lors d'une extension tumorale directe par un trou de conjugaison vers la moelle épinière, à partir du poumon par exemple. Ces douleurs peuvent être sévères, s'aggraver la nuit et s'accompagner de douleurs neuropathiques (brûlures, chocs électriques, salves) sur le trajet d'un nerf intercostal (postéro-antérieur), du plexus brachial (extension à l'épaule et au bras) ou d'un dermatome thoracique.

Toute douleur osseuse ou neuropathique dorsale ou thoracique persistant plus de 4 semaines doit évoquer une possible atteinte thoracique cancéreuse, surtout chez un patient présentant un risque de cancer.

Une masse médiastinale antérieure peut comprimer la veine cave pour provoquer le classique « syndrome de la veine cave supérieure » : œdème du cou, du visage et des bras, céphalée, dilatation veineuse au thorax, toux et dyspnée accentuées en position couchée.

La compression de la trachée ou d'un hile pulmonaire peut provoquer un stridor (bruit inspiratoire), une toux sèche, des hémoptysies et de la dyspnée. Une masse à ce niveau peut provoquer le classique « syndrome de Horner » unilatéral, habituellement discret, lorsque la chaîne nerveuse sympathique est touchée : ptose palpébrale, myosis, anhidrose. L'atteinte du nerf récurrent laryngé, une branche du nerf vague, provoque typiquement une paralysie d'une corde vocale avec dysphonie avec une voix faible ou enrouée. La compression de l'œsophage peut amener de la dysphagie, une sensation de blocage ainsi que des douleurs thoraciques et dorsales médianes après la déglutition.

Une atteinte du nerf phrénique peut paralyser un diaphragme et provoquer alors de la dyspnée, tout comme l'atteinte métastatique pulmonaire bilatérale avec perte importante de tissu pulmonaire, que ce soit par des métastases pulmonaires ou par un épanchement pleural.

Un symptôme ou un signe d'un possible cancer thoracique avancé devrait faire l'objet d'une investigation ou d'une référence en consultation spécialisée². Une radiographie simple du thorax permet de rechercher des nodules suspects et un élargissement du médiastin par une masse ou des adénopathies.

¹ Palli-science. *Suivi des patients atteints de cancer. Cancer de l'œsophage, du poumon. Détection des métastases*. Disponible en ligne au: www.palli-science.com

² NHS Scotland. *Scottish Referral Guidelines for Suspected Cancer*. Health Improvement Scotland, 2014

Recommandation

La tomodensitométrie du thorax, utile pour mieux caractériser une lésion, ne doit pas retarder la référence à une consultation spécialisée, qui devra se faire en moins de 10 jours. S'il y a une possibilité de syndrome de la veine cave supérieure, une référence immédiate est requise.

Cancer du sein

Quatre-vingts à quatre-vingt-cinq pour cent des cancers du sein se présentent chez des femmes sans aucun facteur de risque, ce qui fait dire aux experts que « toutes les femmes sont à risque »^{1 2}. Les principaux facteurs de risque sont l'âge (plus de 50 ans), les mutations génétiques, en particulier BRCA 1 et 2, les antécédents familiaux de cancer du sein et/ou des ovaires d'une parente du 1^{er} degré et l'exposition en jeune âge (avant 45 ans) à de la radiothérapie au thorax³. Les facteurs hormonaux (hormonothérapie ménopausique, puberté précoce, ménopause tardive, première grossesse tardive, obésité) sont des facteurs de risque mineurs amenant un risque relatif de cancer du sein inférieur à 2.

Puisque le sein est un organe de surface, relativement facile à palper, le cancer du sein peut être plus facile à détecter que d'autres. Les patientes doivent donc être avisées de l'importance de consulter rapidement leur médecin de famille au moindre changement d'un sein, surtout lors de l'apparition d'un nouveau nodule, le plus souvent indolore et non relié au cycle menstruel (1,2 à 6,7 % des femmes auront de la douleur avec un cancer du sein)⁴. Toute demande en lien avec une atteinte mammaire doit être prise au sérieux et justifie une consultation rapide auprès de son médecin de famille.

Il faut alors faire un examen clinique des seins et des aires ganglionnaires adjacentes, tant en position assise que couchée, et ne pas oublier d'examiner tout le sein, incluant la queue de la glande au niveau de l'aisselle. Caractériser adéquatement les résultats de l'examen physique guidera le radiologiste qui fera la mammographie et l'échographie.

On recherche cliniquement :

- un nodule au sein, dit « dominant » lorsqu'il se différencie du reste de la glande mammaire à la palpation. Il peut être mobile ou non, induré ou non et mal délimité;
- une masse : si elle est non mobile, aux contours irréguliers, de plus de 2 cm, elle est particulièrement suspecte, surtout en présence d'une « peau d'orange » qui témoigne d'un épaissement cutané avec inflammation. Il faut porter une attention particulière au quadrant supérieur externe du sein et à l'extrémité axillaire de la glande mammaire, sites fréquents de cancer;
- une rougeur : si elle est diffuse sur le sein avec peau d'orange, elle peut s'apparenter à une mastite. Ce type de cancer inflammatoire progresse particulièrement vite⁵;
- une ulcération cutanée en surface;
- une inversion ou rétraction nouvelle du mamelon;
- une lésion exémoïde nouvelle du mamelon;
- une rétraction cutanée ou une déformation du sein;
- un écoulement unilatéral du sein non laiteux, de type aqueux, séreux ou séro-sanguinolent;
- une adénopathie axillaire indurée et non douloureuse.

¹ Palli-science. *Suivi des patients atteints de cancer. Cancer du sein*. Disponible en ligne au : www.palli-science.com/

² NHS Scotland. *Scottish Referral Guidelines for Suspected Cancer*. Health Improvement Scotland, 2014

³ Gauvin, N, Gingras P. *Quand les gènes vous gênent*. Médecin du Québec 2010

⁴ Smith, RL, Pruthi, S, Fitzpatrick, LA. *Evaluation and management of breast pain*. Mayo Clin Proc 2004. 79 :353

⁵ Kleer, CG, van Golen, KL, Merajver, SD. *Molecular biology of breast cancer metastasis - inflammatory breast cancer : clinical syndrome and molecular determinants*. Breast Cancer Res 2000. 2 : 423

Malheureusement, la majorité des cancers du sein diffèrent de cette description « classique » d'un nodule cancéreux : 61 % sont mobiles, 41 % sont lisses et 28 % font moins de 2 cm⁶. Moins de 5 % des cancers du sein se présentent d'emblée par un envahissement du thorax ou une masse sus-claviculaire ou axillaire, une douleur au bras et un bras enflé en raison de la compression lymphatique par une adénopathie métastatique à l'aisselle.

Pour une femme de 30 ans et moins, on suggère d'amorcer l'investigation par une échographie. Cela permet de différencier le kyste du nodule solide et de planifier une ponction ou biopsie s'il y a lieu⁷. Il importe de souligner que plus de 90 % des nodules sont bénins chez les femmes de moins de 50 ans. Il faut cependant toujours envisager la possibilité d'un cancer, surtout en présence d'une masse de plus de 2 cm ou qui progresse. Dans une telle situation, une évaluation en chirurgie est recommandée (peu importe le résultat de la biopsie).

Pour une femme de 30 ans et plus, on suggère un délai de 2 à 6 semaines au maximum pour poser un diagnostic de cancer du sein, incluant le résultat de la biopsie. La mammographie sera donc demandée en mode « diagnostique » et non de dépistage⁸. De plus, la découverte d'une masse au sein palpable et suspecte doit être signifiée au radiologiste pour obtenir d'emblée un rendez-vous en échographie. Le résultat de l'échographie déterminera le suivi approprié (biopsie ou autre). Si la lésion est suspecte à l'échographie, peu importe l'âge, on procède à une mammographie. La mammographie est particulièrement utile en présence d'un cancer^{9 10} : sa sensibilité est autour de 87,3 % et peut-être diminuée si la densité mammaire est élevée. La mammographie est également importante pour trouver un cancer multifocal ou multicentrique. En présence d'une lésion palpable, il faudra compléter l'évaluation par une échographie mammaire ciblée. En cas de forte suspicion de cancer du sein, une première évaluation radiologique par une échographie combinée à une mammographie (valeur prédictive négative de 97 % des 2 examens combinés)¹¹ en moins de 2 semaines est recommandée.

Toute lésion mammaire nouvelle, palpable, nécessite une biopsie rapide, en moins de 2 semaines, sous échographie le plus souvent, sauf en cas de kyste simple ou de fibroadénome clairement démontrés à l'échographie^{12 13}. Cependant, si ce fibroadénome est nouveau, surtout chez une patiente de plus de 25 ans, il serait prudent de demander une biopsie percutanée ou de procéder à un suivi serré, même si l'image échographique est typique d'un fibroadénome. En cas de palpation d'une masse dominante nouvelle avec une mammographie et une échographie normales, une référence en chirurgie devra être faite : une biopsie percutanée guidée cliniquement sera alors nécessaire. Une résonance magnétique ne devrait pas être

⁶ Venet, L, Strax, P, Venet, W, Shapiro, S. *Adequacies and inadequacies of breast examinations by physicians in mass screening.* Cancer 1971. 28 :1546

⁷ Site pour professionnels du Centre des maladies du sein Deschênes-Fabia lié au CHA de Québec www.centredesmaladiesdusein.ca/documentation

⁸ Barlow, WE, Lehman, CD, Zheng, Y et al. *Performance of diagnostic mammography for women with signs or symptoms of breast cancer.* J Natl Cancer Inst 2002; 94 :1151

⁹ Site pour professionnels du Centre des maladies du sein Deschênes-Fabia lié au CHA de Québec consulté en mars 2016 : www.centredesmaladiesdusein.ca/documentation

¹⁰ Maurice A, Evans DG, Affen J, Greenhalgh R, Duffy SW, Howell A. *Surveillance of women at increased risk of breast cancer using mammography and clinical breast examination: further evidence of benefit.* Int J Cancer. 2012 Jul 15. 131(2):417-25

¹¹ Moy, L, Slanetz, PJ, Moore, R et al. *Specificity of mammography and US the evaluation of a palpable abnormality: retrospective review.* Radiology 2002; 225:176

¹² Conseil québécois de lutte contre le cancer : *Avis sur les délais dans le traitement chirurgical du cancer 2011.* Disponible en ligne au : www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/lutte-contre-le-cancer/documents/guides-cepo-pdf/avis_delaits_traitement_cancer_2001.pdf

¹³ National Comprehensive Cancer Network : *Clinical practice guidelines in oncology.* Disponible en ligne au : www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/breast-screening.pdf

demandée pour examiner un nodule palpable. Les délais pour obtenir cette imagerie seront habituellement trop longs : il ne faut pas retarder le diagnostic pour l'obtenir.

Recommandation

Référer en moins de 10 jours pour une investigation (guichet d'investigation et de référence du cancer du sein) en vue de détecter un cancer du sein les patientes répondant aux conditions suivantes :

- moins de 30 ans avec un nodule de 2 cm ou qui augmente de volume;
- plus de 30 ans avec un nodule mammaire (douloureux ou non);
- 50 ans et plus avec un écoulement, une rétraction ou tout autre changement suspect du sein.

Envisager de référer en moins de 10 jours pour une investigation (guichet d'investigation et de référence du cancer du sein) :

- les femmes avec des changements cutanés suspects à un sein;
- les femmes de 30 ans et plus avec une masse axillaire de causes indéterminées.

Cancer de l'œsophage

Les principaux cancers de l'œsophage prennent leur origine dans les cellules épithéliales. Le processus menant au cancer résulte de la progression de la dysplasie des cellules superficielles de l'œsophage qui peut être détectée à un stade précoce. Bien que la survie à 5 ans du cancer œsophagien, tous stades confondus, n'est que de 14 %, sa découverte précoce augmente grandement les chances de survie¹.

Les cancers de la jonction gastro-œsophagienne sont des adénocarcinomes. Ils touchent plus fréquemment les hommes. Ce sont les cancers qui connaissent la plus grande augmentation d'incidence en Amérique du Nord. Les facteurs de risque associés sont l'obésité, le tabac et le reflux gastro-œsophagien (GO) qui prédisposent à l'« œsophage de Barrett », défini par la présence d'une métaplasie intestinale de la jonction gastro-œsophagienne. Le dépistage de l'œsophage de Barrett est recommandé pour les Caucasiens de plus de 50 ans qui présentent des symptômes de reflux chronique depuis plus de 5 ans, particulièrement s'ils sont obèses, fumeurs ou ont des antécédents familiaux d'œsophage de Barrett ou de cancers de l'œsophage². La prise quotidienne d'un inhibiteur de la pompe à protons (IPP) et les gastroscopies de surveillance sont recommandées à long terme afin de prévenir et de détecter les changements dysplasiques débutants³.

Le carcinome épidermoïde touche habituellement les deux tiers supérieurs de l'œsophage. De nombreux facteurs de risque sont associés à ce cancer, mais les principaux sont le tabagisme et la prise chronique d'alcool.

Les symptômes de cancer de l'œsophage surviennent habituellement lors de l'obstruction de sa lumière et consistent en une dysphagie progressive, aux solides puis aux liquides. Une perte de poids associée à une dysphagie de novo est particulièrement suspecte. D'autres symptômes qui sont des signes d'une obstruction complète peuvent être rapportés, comme la régurgitation d'aliments (même de la salive), le pyrosis ou la dyspepsie, de même que le hoquet, la dysphonie et la toux. Une endoscopie d'urgence est alors recommandée.

L'anémie ferriprive et les hémorragies digestives peuvent être les premiers signes de ces cancers.

Plus de la moitié des patients avec un cancer de l'œsophage se présenteront avec une maladie avancée ou métastatique, le plus souvent au foie et aux poumons (voir le tableau « Résumé des principaux symptômes et signes de cancer »).

L'examen physique est peu contributoire pour détecter un cancer de l'œsophage, hormis la présence possible d'une adénopathie cervicale ou sus-claviculaire ainsi que de signes d'une atteinte du nerf récurrent laryngé (voix rauque, dysphonie), tout comme on peut le voir avec un cancer ORL (voir la fiche « Cancer ORL »). Il est donc recommandé de procéder d'emblée à une endoscopie haute lorsqu'un cancer œsophagien est suspecté.

¹ Société canadienne du cancer. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2013*. Disponible en ligne au : www.cancer.ca

² Saheer et coll. *Am J Gastroenterol*. 2016 Jan. 111(1):30-50

³ Wang, KK, Sampliner, RE. *Updated Guidelines 2008 for the Diagnosis, Surveillance and Therapy of Barrett's Esophagus*. *Am J Gastroenterol* 2008 .103:788

Recommandation

Envisager une référence en gastro-entérologie avec un délai de 10 jours et moins pour des symptômes de dysphagie œsophagienne rapidement progressive.

Référer en moins de 28 jours pour une dyspepsie associée aux symptômes d'alarme suivants :

- perte de poids > 10 %;
- début à l'âge \geq 50 ans;
- saignement;
- nausées ou vomissements.

Cancer gastrique

L'incidence et la mortalité du cancer gastrique sont en diminution en Occident en raison, entre autres, de la détection et du traitement des infections à *Helicobacter Pylori*. La survie relative à ce cancer n'est que de 25 % à 5 ans¹.

Quatre-vingts pour cent des cancers gastriques débutants sont asymptomatiques. Lorsque les symptômes surviennent, ils sont majoritairement peu spécifiques (dyspepsie, reflux, nausées, satiété précoce) et similaires à des conditions bénignes courantes comme un ulcère peptique, une gastrite, un reflux gastro-œsophagien, une dyspepsie fonctionnelle ou une œsophagite². La présentation symptomatique est souvent tardive et associée à un stade avancé. Plus de la majorité des personnes atteintes présenteront une perte de poids et des douleurs épigastriques. D'autres symptômes moins fréquents sont les selles noires, la satiété précoce, les nausées, les vomissements et l'anorexie.

Recommandation

Une imagerie hautement suggestive de cancer devrait faire l'objet d'une investigation ou d'une référence en moins de 10 jours.

Référer en moins de 28 jours toute personne présentant les symptômes d'alarme suivants associés à une dyspepsie :

- perte de poids > 10 %;
- début à l'âge \geq 50 ans;
- saignement;
- nausées ou vomissements.

Il n'est pas rare de détecter ce cancer à un stade localement avancé ou métastatique (foie, poumons, cerveau). Le patient se présente alors avec des douleurs abdominales sur une carcinomatose ou une occlusion intestinale (voir plus loin la fiche « Cancer abdominal avancé »). Il pourra aussi présenter des dorsalgies secondaires à l'envahissement des plexus cœliaques et mésentériques par des adénopathies para-aortiques. On recherche à l'examen des signes d'anémie, une masse abdominale haute, une hépatomégalie, une adénopathie sus-claviculaire gauche et une ascite.

L'endoscopie digestive haute est l'examen de choix pour rechercher un cancer gastrique ou œsophagien. En raison de son évolution agressive, on suggère un maximum de 10 à 28 jours de délai entre la première visite et la prise en charge d'un possible cancer gastrique par un spécialiste.

¹ Statistiques canadiennes sur le cancer 2013. Disponible en ligne au : www.cancer.ca

² Everett SM; Axon AT. *Early gastric cancer in Europe*. Gut 1997 Aug;41(2):142-50

Cancer primaire du foie

Les principaux cancers primaires du foie sont le carcinome hépatocellulaire (CHC), qui prend naissance dans les hépatocytes, et le cholangiocarcinome, qui provient des cellules des canaux biliaires. Le CHC représente à lui seul 85 à 90 % des cancers primaires du foie. Les principaux facteurs de risque sont la cirrhose hépatique, qu'elle soit causée par l'alcool, le virus de l'hépatite B ou C, la stéatose hépatique non alcoolique reliée à l'obésité et au syndrome métabolique, les maladies de stockage du fer ainsi que l'hépatite virale B chronique. Moins de 20 % des CHC surviennent sur un foie sain^{1 2 3 4}.

L'incidence du CHC est en augmentation au Canada⁵. En effet, le risque à vie de développer un carcinome hépatocellulaire peut s'élever à 20 % chez les patients atteints d'une cirrhose⁶. Les recommandations des sociétés savantes suggèrent un dépistage du CHC à l'aide d'une imagerie abdominale (échographie) et d'un dosage des alphafoetoprotéines (AFP) sanguines aux 6 à 12 mois chez les cirrhotiques et les porteurs d'une hépatite B chronique⁷. Le carcinome hépatocellulaire peut être asymptomatique, se présenter par une atteinte de l'état général non spécifique ou par des symptômes associés à une cirrhose avancée, tels que le prurit, l'ictère, une ascite rapidement progressive (par occlusion de la veine porte), de l'encéphalopathie hépatique ou un saignement par rupture de varices œsophagiennes⁸.

Le bilan initial doit inclure une échographie abdominale ou une imagerie avec contraste endoveineux en trois phases (tomodensitométrie ou résonance magnétique abdominale) ainsi qu'un bilan sanguin (bilirubine totale et directe, ALT, phosphatase alcaline, albumine, électrolytes et créatinine, une FSC et l'INR) Le dosage de l'AFP, bien que peu sensible et non spécifique (tumeurs germinales des ovaires et des testicules, hépatite virale chronique), peut être fait d'emblée avec le bilan sanguin de base en cas de suspicion clinique élevée. Une élévation significative de l'AFP est notée dans 60 à 70% des CHC. Une valeur de plus de 200 ug/L associée à une imagerie suggestive est hautement spécifique pour un carcinome hépatocellulaire.

Recommandation

Une imagerie hautement suggestive de carcinome hépatocellulaire sans évidence d'une décompensation aiguë de cirrhose (qui justifie une orientation vers la salle d'urgence) requiert un délai de référence en gastroentérologie ou en hépatologie de 10 jours et moins.

¹ Hepatocellular carcinoma. Lancet 2012 : 379 : 1245-1255

² P.D Agarwal. *What primary care providers need to know about hepatocellular carcinoma*. Clinical Liver Disease : vol1. Issue 6. December 2012. pages 217-219

³ Statistiques canadiennes sur le cancer 2013. Disponible en ligne au : www.cancer.ca

⁴ Division de la surveillance et de l'évaluation des risques. CPCMC. *Santé Canada : surveillance du cancer en direct*. Disponible en ligne au : www.phac-aspc.gc.ca/

⁵ Pelucchi, C, Bosetti, C, Negri, E, et al. *Mechanisms of disease : The epidemiology of bladder cancer*. Nat Clin Pract Urol 2006; 3:327

⁶ Muir, C, Waterhouse, J Mack, T et al. *Cancer incidence in five continents*. Vol. 5 (IARC publications.No 88). International Agency for Research on Cancer, Lyon, 1987

⁷ National comprehensive cancer network. Disponible en ligne au:

www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp#detection

⁸ American association for the study of liver diseases. Disponible en ligne au : www.aasld.org/publications/practice-guidelines

Cancer de la vésicule biliaire, des voies biliaires extra-hépatiques et de l'ampoule de Vater

Les cancers de la vésicule biliaire, des voies biliaires extra-hépatiques et de l'ampoule de Vater surviennent principalement chez les patients de plus de 60 ans et ont un pronostic variable selon le moment où le diagnostic est posé¹. Les patients porteurs de cholangite sclérosante primaire sont habituellement suivis en spécialité en raison d'un risque particulièrement augmenté².

La triade non spécifique de douleur abdominale haute, d'ictère et de perte de poids peut révéler un possible cancer de la vésicule biliaire, des voies biliaires extra-hépatiques et de l'ampoule de Vater, mais aussi un cancer du pancréas ou du foie. L'ictère, typiquement intermittent, survient lorsqu'il y a un blocage du cholédoque ou des deux voies biliaires principales. L'ictère est le plus souvent non douloureux et progressif avec des urines foncées et des selles pâles accompagnées ou non de prurit, d'anorexie et de perte de poids. L'ictère peut parfois être intermittent; il faut quand même soupçonner un cancer de la vésicule biliaire, des voies biliaires extra-hépatiques et de l'ampoule de Vater malgré l'absence de douleur abdominale. Il en va de même lorsque le patient présente des symptômes persistants de nausées et de vomissements, d'asthénie, d'anorexie et de perte de poids récents, de prurit ou de diarrhée. Moins de 20 % des patients font de la fièvre.

L'examen physique est habituellement peu contributoire, hormis pour détecter la présence possible d'ictère, d'une masse à la loge hépatique ou d'une vésicule palpable (Courvoisier). Seuls 10 % des patients auront une masse abdominale palpable, mais 25 à 40 %, une hépatomégalie³.

Lors d'une suspicion de cancer, une échographie abdominale ou une tomographie abdominale biphasique (temps artériel et veineux) avec produit de contraste I.V. devra être effectuée rapidement (en moins de deux semaines).

Le bilan sanguin de base suggéré est un bilan hépatique complet : bilirubine totale + directe, ALT, phosphatase alcaline avec une FSC, électrolytes, créatinine, temps de prothrombine (INR) et le temps de thromboplastine partiel (PTT). Le dosage des marqueurs tumoraux CEA et CA 19-9 à des fins diagnostiques est peu sensible, non spécifique et n'est pas recommandé comme outil diagnostique ou pour le suivi des cancers de la vésicule biliaire, des voies biliaires extra-hépatiques ou de l'ampoule de Vater. Le CA 19-9 peut également s'élever lors de cholestase en l'absence de néoplasie^{4 5}.

¹ Donohue, JH, Stewart, AK, Menck, HR. *The National Cancer Data Base report on carcinoma of the gallbladder*. 1989-1995. Cancer 1998. 83 : 2618-2628

² Statistiques canadiennes sur le cancer-2013. Disponible en ligne au : www.cancer.ca

³ Nakeeb, A, Pitt, HA, Sohn, TA, et al. *Cholangiocarcinoma : A spectrum of intrahepatic, perihilar, and distal tumors*. Ann Surg 1996. 224 : 463

⁴ Jing JX; Wang Y; Xu XQ; Sun T; Tian BG; Du LL; Zhao XW; Han CZ. *Tumor markers for diagnosis, monitoring of recurrence and prognosis in patients with upper gastrointestinal tract cancer*. Asian Pac J Cancer Prev. 2014;15(23):10267-72

⁵ *Recommendations for the Use of Tumor Markers in Gastrointestinal Cancer Update*. ASCO 2006 Update. Clinical Oncology 2006;24(33): 5313-5327)

Recommandation

Envisager de demander une échographie abdominale en moins de 2 semaines pour tout patient avec une masse abdominale supérieure compatible avec une augmentation de volume du foie ou de la vésicule biliaire, examen qui pourra être suivi au besoin d'une tomodensitométrie abdominale biphasique, d'une résonance magnétique du foie, d'une écho-endoscopie ou d'une CPRE.

Dix jours de délai sont suggérés entre l'imagerie hautement suggestive de cancer et la prise en charge d'un possible cancer de la vésicule biliaire, des voies biliaires extra-hépatiques et de l'Ampoule de Vater.

Cancer du pancréas

Le cancer du pancréas est un cancer particulièrement agressif : la survie moyenne est de 8 à 12 mois pour une maladie localement avancée, de 3 à 6 mois pour une maladie métastatique non traitée. Le taux de survie à 5 ans est d'environ 7 %. Bien que relativement rare (12^e cause de cancer au Canada), il représente la 4^e cause de décès par cancer¹. Seulement 20 % des personnes atteintes auront une tumeur opérable au moment du diagnostic et la plupart des patients opérés présenteront une récurrence². La survie à 5 ans est d'environ 15 à 20 % pour les patients opérés³. Les deux tiers des cancers du pancréas se situent à la tête de l'organe, à proximité des voies biliaires, provoquant un ictère typiquement indolore. Les cancers du corps ou de la queue du pancréas seront habituellement découverts plus tardivement. L'âge médian au diagnostic est de 70 ans⁴. La majorité des patients auront une maladie localement avancée inopérable ou métastatique (typiquement au foie, aux poumons) au diagnostic.

La triade non spécifique de douleur abdominale haute, d'ictère et de perte de poids peut révéler un possible cancer du pancréas ou des voies biliaires. L'ictère s'accompagne de selles pâles et d'urines foncées. Un prurit peut y être associé et fréquemment une dyspepsie, des nausées et des vomissements ainsi qu'une anorexie avec une perte de poids souvent importante et rapide⁵.

Vingt-cinq pour cent des patients avec un cancer du pancréas ont des douleurs dorsales, typiquement en décubitus dorsal. Le cancer du pancréas peut se manifester par une maladie thromboembolique ou une dépression, considérées comme paranéoplasiques⁶. On doit maintenir un haut niveau de suspicion de cancer du pancréas pour les patients âgés qui présentent un diabète non insulino-dépendant de novo avec manifestations inhabituelles (IMC bas, perte de poids, douleur abdominale associée, pas d'histoire familiale de diabète).

L'examen physique peut révéler un ictère avec des lésions cutanées de grattage (secondaires au prurit) et une vésicule biliaire palpable et non douloureuse à l'hypochondre droit (« vésicule de Courvoisier ») si le cancer est situé à la tête du pancréas. Les autres signes cliniques sont des masses hépatiques métastatiques, une ascite, la présence d'une adénopathie sus-claviculaire gauche (« nodule de Virchow »). L'examen physique est peu contributoire dans 50 % des cas, surtout lorsque le cancer est situé au corps ou à la queue du pancréas.

Au moindre doute, une tomodensitométrie abdominale biphasique (temps artériel et veineux, protocole pancréatique) devra être effectuée rapidement (moins de 2 semaines) pour rechercher une masse pancréatique. Une échographie peut être acceptable si la TDM n'est pas accessible, mais demeure insuffisante pour un bilan d'extension complet.

Le bilan sanguin de base comprendra un bilan hépatique complet (bilirubine totale et directe, ALT, phosphatase alcaline), une FSC, dosage des électrolytes de la créatinine de l'INR et de PTT.

¹ Statistiques canadiennes sur le cancer 2015 : Disponible en ligne au : www.cancer.ca

² Statistiques canadiennes sur le cancer 2013 : Disponible en ligne au : www.cancer.ca

³ National comprehensive cancer network : Disponible en ligne au : www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp#site

⁴ SEER Cancer Statistics Factsheets: *Pancreas Cancer*. National Cancer Institute. Bethesda. Disponible en ligne au : www.seer.cancer.gov/statfacts/html/pancreas.html

⁵ Kalsner, MH, Barkin, J, MacIntyre, JM. Pancreatic cancer. *Assessment of prognosis by clinical presentation*. Cancer 1985; 56 :397

⁶ Khorana, AA, Fine, RL. *Pancreatic cancer and thromboembolic disease*. Lancet Oncol 2004. 2 :655

Le dosage des marqueurs tumoraux CEA et CA 19-9 à des fins diagnostiques est peu sensible, non spécifique et n'est pas recommandé comme outil diagnostique pour le cancer du pancréas. L'usage du CA 19-9 comme outil prédictif d'une récurrence ou d'une réponse lors d'un traitement actif est cependant appuyé par les sociétés savantes en oncologie⁷.

Recommandation

Envisager de faire une tomodensitométrie (TDM) en moins de 2 semaines pour tout patient de 60 ans et plus avec une perte de poids et un des symptômes suivants persistant plus de 2 à 3 semaines :

- stéatorrhée;
- douleur dorsale inexplicée;
- douleur abdominale (surtout épigastrique) plus ou moins accompagnée de nausées et de vomissements;
- diabète de novo.

En raison de son évolution agressive, on suggère un maximum de 10 à 28 jours de délai entre la première visite et la prise en charge d'un possible cancer du pancréas⁸.

⁷ ASCO 2006 *Update of Recommendations for the Use of Tumor Markers in Gastrointestinal Cancer*. Clinical Oncology 2006;24(33): 5313-5327

⁸ NHS Scotland. *Scottish Referral Guidelines for Suspected Cancer*. Health Improvement Scotland. 2014

Cancer du duodénum

Il existe plusieurs types de cancers de l'intestin grêle : carcinoïdes, sarcomes, lymphomes et carcinomes. Bien que le cancer du duodénum soit un cancer digestif peu fréquent (0,4 %), 45 % des adénocarcinomes du grêle sont localisés au duodénum. La localisation la plus fréquente des adénocarcinomes du duodénum est l'ampoule de Vater. Il est important de considérer ce cancer chez les patients qui présentent des nausées et des vomissements persistants, progressifs et accompagnés d'anorexie, de dégoût pour la viande, de perte de poids et d'asthénie.

Les symptômes digestifs hauts peuvent aussi être non spécifiques et répondre partiellement ou temporairement aux traitements de la dyspepsie.

Les patients atteints d'une polypose adénomateuse familiale, d'un syndrome de Gardner, d'un syndrome de Lynch, de la maladie cœliaque ou de Crohn et du syndrome de Peutz-Jeghers risquent davantage de développer un adénocarcinome du duodénum.

L'examen physique est peu contributoire : douleur à la palpation de la région épigastrique, pâleur cutanée (c'est-à-dire patient anémique), ictère clinique s'il y a envahissement de l'ampoule de Vater ou parfois une masse abdominale palpable (5 %).

Au moindre doute, une tomodensitométrie abdominale biphasique (temps artériel et veineux) avec produit de contraste I.V. et par voie orale devra être effectuée (moins de 2 semaines). Si l'examen est considéré comme normal ou non concluant, mais que le patient continue à être symptomatique, une référence pour une endoscopie digestive haute doit être demandée (moins de 4 semaines).

Le bilan sanguin de base suggéré comprend une FSC, un bilan hépatique complet (bilirubine totale + directe, ALT, phosphatase alcaline), dosage des électrolytes, de la créatinine et de l'INR.

Le dosage des marqueurs tumoraux CEA et CA 19-9 à des fins diagnostiques est peu sensible, non spécifique et n'est pas recommandé comme outil diagnostique ou pour le suivi des cancers du duodénum^{1 2}

Recommandation

En raison de son évolution potentiellement agressive, une imagerie hautement suggestive de cancer devrait faire l'objet d'une investigation ou d'une référence en moins de 10 jours.

¹ Jing JX; Wang Y; Xu XQ; Sun T; Tian BG; Du LL; Zhao XW; Han CZ. *Tumor markers for diagnosis, monitoring of recurrence and prognosis in patients with upper gastrointestinal tract cancer.* [www.Asian Pac J Cancer Prev. 2014. 15\(23\):10267-72](http://www.Asian Pac J Cancer Prev. 2014. 15(23):10267-72)

² ASCO 2006 *Update of Recommendations for the Use of Tumor Markers in Gastrointestinal Cancer.* Clinical Oncology 2006.24(33): 5313-5327)

Cancer colorectal

Le cancer colorectal est souvent difficile à détecter, puisqu'il peut demeurer asymptomatique jusqu'à un stade tardif de la maladie. Il y a peu de symptômes ou signes fortement prédictifs d'un cancer colorectal. Ainsi, la valeur prédictive positive d'un saignement rectal isolé n'est que de 2,4 %. Par contre, la présence de facteurs de risque, de plus d'un symptôme ou signe ainsi que l'âge avancé (plus de 60 ans) augmentent la probabilité de cancer colorectal¹. Il est à noter que l'incidence a augmenté chez les adultes de moins de 50 ans dans les dernières années².

Facteurs de risque de cancer colorectal

Les principaux facteurs de risque sont:

- la maladie intestinale inflammatoire;
- les antécédents personnels de polypes adénomateux ou de cancer colorectal;
- les antécédents familiaux (au moins un membre de la famille du 1^{er} degré avec un diagnostic de polypes adénomateux ou de cancer colorectal, particulièrement avant l'âge de 60 ans³).

On note une probabilité élevée de cancer colorectal lorsqu'il y a persistance pendant 4 semaines ou plus (selon le jugement clinique) des symptômes suivants⁴ :

- tout type de rectorragie sans cause anale évidente. Un toucher rectal (au besoin anoscopie) s'avère essentiel avant de conclure à une origine anale de saignement. Une rectorragie avec ou sans hémorroïdes chez un patient de plus de 40 ans est une indication de colonoscopie semi-élective (voir le formulaire AH-702⁵);
- douleur abdominale nouvelle, distension abdominale;
- modification des habitudes intestinales (constipation ou diarrhées);
- réduction du calibre des selles (s'il y a lésion obstructive);
- symptômes d'anémie (fatigue, pâleur, palpitations, dyspnée);
- perte de poids inexplicée, faiblesse;
- masse abdominale ou rectale;
- malaise ou douleur périanale, sensation de masse, ténesme, sensation de vidange incomplète, urgence fécale, incontinence fécale;
- anémie ferriprive documentée inexplicée.

Dès qu'un patient présente une persistance de ces symptômes, il est recommandé de demander une formule sanguine, un examen physique et un toucher rectal à la recherche de

¹ Elisabeth Del Giudice et al. *Lignes directrices sur l'aiguillage des cas soupçonnés de cancer colorectal par un médecin de famille ou un autre professionnel des soins des soins primaires*. Le médecin de famille canadien. 08-2014 : 60 :717-723

² Statistiques canadienne cancer 2015. Disponible en ligne au : www.cancer.ca

³ MSSS : www.sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/cancer-colorectal

⁴ Ford, AC, Veldhuyzen van Zanten SJO, Rodgers, CC, Talley, NJ, Vakil, NB, Moayyedi, P. *Diagnostic Utility of Alarm Features for colorectal Cancer : Systematic Review and Meta-analysis*. Gut 2008. 159723

⁵ Algorithme de prise en charge destiné aux professionnels. Disponible en ligne au :

http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/pqccr/Algorithmes%20de%20prise%20en%20charge%20et%20de%20surveillance_2012-02-22.pdf

sang et/ou d'une masse rectale. À noter que la mesure de l'antigène carcino-embryonnaire (CEA) n'est pas un outil de détection du cancer colorectal

En cas de suspicion clinique de cancer colorectal, on ne doit pas retarder la demande d'une coloscopie diagnostique afin d'attendre les résultats d'examens complémentaires Il est important de noter que le test de RSOSi (recherche de sang occulte dans les selles par immunochimie) devrait être réservé aux patients asymptomatiques présentant un risque moyen de cancer colorectal. La présence de signes ou de symptômes évocateurs de cancer colorectal nécessite une investigation par coloscopie.

Recommandation

Pour une référence d'investigation de cancer colorectal, remplir le formulaire *Demande de coloscopie longue (AH-702)*⁵, en spécifiant l'indication clinique et les autres renseignements complémentaires associés.

Il est à noter que la référence en coloscopie pour investigation de cancer colorectal ne requiert pas de consultation préalable en clinique spécialisée. En présence de conditions particulières inscrites par le médecin référent sur le formulaire de demande de coloscopie longue AH-702, le médecin spécialiste jugera de la nécessité de réaliser une consultation préalable à l'examen.

Cancer abdominal avancé (de toute étiologie primaire)

Les drainages lymphatiques et veineux des viscères abdominaux en font un site métastatique fréquent des cancers abdominaux et de certains autres cancers comme le cancer du sein chez la femme. Les métastases hépatiques sont souvent asymptomatiques et indolores, sauf lors de la distension de la capsule hépatique lorsqu'elle est volumineuse. On trouve souvent des symptômes généraux dans le cas de métastases hépatiques tels que la fatigue, la perte de poids et l'anorexie, sans compter l'ictère provoqué par une destruction hépatique significative ou une obstruction des voies biliaires principales.

Les cancers abdominaux avancés peuvent provoquer des douleurs dorsales neuropathiques sévères. L'extension de certains cancers abdominaux (pancréas, duodénum, estomac, foie) aux ganglions abdominaux rétropéritonéaux ou péri-aortiques sont la cause fréquente d'atteintes des plexus nerveux mésentériques et cœliaques. Le patient présentera alors des douleurs sévères parfois transfixiantes et persistantes au dos (plus de 4 semaines), difficiles à soulager en raison de leur composante neuropathique.

La présence d'implants carcinomateux diffus sur les surfaces péritonéales abdominales est fréquente avec les cancers abdominaux avancés. Ces implants de carcinomatose se retrouvent sur les séreuses des différents organes abdominaux comme l'estomac, l'intestin grêle et le côlon : ils peuvent affecter leur fonction. Les patients se présentent alors avec de l'ascite (distension abdominale, anorexie, satiété rapide) ou des symptômes subocclusifs fluctuants et insidieux (coliques, douleurs abdominales vagues, vomissements, distension abdominale douloureuse, constipation ou, au contraire, diarrhée paradoxale).

À l'examen, on pourra trouver une distension abdominale diffuse, des masses palpables superficielles ombilicales ou profondes, un bombement des flancs avec une matité décline en cas d'ascite, des bruits intestinaux métalliques ou, au contraire, un silence témoignant d'un iléus. L'intestin grêle est la portion intestinale la plus souvent touchée par l'occlusion cancéreuse (61 % par rapport à 30 % pour le côlon)^{1 2 3}.

Recommandation

Une imagerie hautement suggestive de cancer devrait faire l'objet d'une investigation ou d'une référence en moins de 10 jours.

¹ Ripamonti, C, Fagnoni, E, Magni, A. *Management of symptoms due to inoperable bowel obstruction*. Tumori 2005; 91 : 233-236

² Trempe, D, Dion, D, Dechêne, G. *L'occlusion intestinale chez le patient atteint de cancer*. Le médecin du Québec. 2006. 41 : 63-68

³ Palli-science. *Suivi des patients atteints de cancer. Cancer de l'œsophage. Cancer du pancréas. Cancer gastrique*. Disponible en ligne au : www.palli-science.com

Cancer du rein

Ce cancer relativement peu fréquent est catégorisé comme étant « imprévisible » en raison de sa réponse imprédictible aux traitements oncologiques, de son évolution variable ainsi que de la fréquence élevée des syndromes paranéoplasiques (hypoglycémie, hypercalcémie, érythrocytose, insuffisance hépatique). Il survient plus fréquemment après l'âge de 40 ans. On lui connaît peu de facteurs de risque, hormis la maladie kystique rénale avancée qui multiplie son risque par 30¹. En raison de leur localisation rétropéritonéale, donc postérieure, les cancers du rein peuvent évoluer longtemps de façon asymptomatique : 25 % sont découverts à un stade avancé. Les douleurs floues à l'abdomen, au flanc et au dos témoignent d'une masse rénale en croissance ou d'un envahissement des adénopathies rétropéritonéales dorsales. Rares sont les patients avec un cancer du rein qui se présentent avec la « triade classique » d'hématurie sans symptôme urinaire irritatif, de douleur au flanc et de masse palpable à la loge rénale (seul le pôle inférieur du rein est accessible à la palpation).

Le quart de la circulation corporelle passe par les reins, ce qui explique l'hématurie souvent associée à ces cancers (40 %), avec des urines de couleur rouge, rose ou brune (urine couleur « coke »)². Dix à vingt pour cent des hématuries macroscopiques sont liées à un cancer (vessie, prostate, rein) contre seulement 2 à 5 % lorsqu'elles sont microscopiques^{3 4}. À noter que 10 à 20 % des cas d'hématurie demeurent idiopathiques⁵ (annexe 3). Les autres symptômes d'un cancer du rein sont la perte de poids, l'anémie, une fièvre paranéoplasique intermittente avec diaphorèses nocturnes (20 %) ainsi qu'une varicocèle nouvelle chez l'homme (11 %, du côté gauche habituellement)^{6 7}. Une atteinte des adénopathies para-aortiques rétropéritonéales peut entraîner une compression de la veine cave inférieure avec œdème aux jambes et aux organes génitaux.

L'examen physique est habituellement non contributoire au diagnostic d'un cancer du rein, mais l'examen des loges rénales doit être fait pour détecter une masse qui serait mobile à la respiration. On doit aussi rechercher, lors d'un examen de l'urètre, une caroncule ou un diverticule urétral friable qui pourrait expliquer le saignement urinaire. En cas d'hématurie, un toucher rectal est essentiel pour rechercher un possible cancer de la prostate, tout comme un toucher vaginal et rectal chez une femme avec palpation bimanuelle pour détecter des masses.

¹ Smith JW; Sallman AL; Williamson MR; Lott CG. *Acquired renal cystic disease: two cases of associated adenocarcinoma and a renal ultrasound survey of a peritoneal dialysis population.* Am J Kidney Dis 1987 Jul;10 (1) : 41-6

² Gibbons RP; Monte JE; Correa RJ Jr; Mason JT. *Manifestations of renal cell carcinoma.* Urology 1976 Sep;8 (3) : 201-6

³ Khadra MH; Pickard RS; Charlton M; Powell PH; Neal; J Urol. *A prospective analysis of 1930 patients with hematuria to evaluate current diagnostic practice.* 2000 Feb; 163 (2): 524-7

⁴ Grossfeld, GD, Litwin, MS, Wolf, JS, et al. *Evaluation of asymptomatic microscopic hematuria in adults: the American Urological Association best practice policy--part I: definition, detection, prevalence, and etiology.* Urology 2001; 57:599

⁵ Siroky MB, Oates RD, Babayan RK. *The Abnormal Urinalysis.* In: *Handbook of Urology.* Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. 2004:1-14

⁶ Palli-science. *Suivi des patients atteints de cancer. Cancer du rein.* Disponible en ligne au : www.palli-science.com

⁷ NHS Scotland. *Scottish Referral Guidelines for Suspected Cancer.* Health Improvement Scotland, 2014

Recommandation

Référer en consultation spécialisée en moins de 28 jours les patients de 45 ans et plus avec :

- une hématurie visible sans infection urinaire;
- une hématurie visible persistante ou récidivante malgré le traitement d'infections urinaires.

Ces patients doivent donc être référés en moins de 28 jours pour respecter un délai d'investigation (incluant l'uroscan et la biopsie) et de début de traitement en 4 à 6 semaines au total pour le cancer du rein en raison de l'évolution potentiellement rapide de celui-ci. Il est important de savoir que 88 % des masses rénales solides visibles à l'imagerie sont malignes.

Cancer de la vessie (urothélial)

Ce cancer est aussi appelé « cancer urothélial » puisqu'il peut toucher de façon multicentrique toute la muqueuse urothéliale des cavités rénales jusqu'à l'extrémité de l'urètre. Le cancer de la vessie est le cancer des voies urinaires le plus fréquent en Amérique du Nord : 50 à 75 % des cas sont superficiels au diagnostic^{1 2}. Il survient habituellement après l'âge de 40 ans.

Le diagnostic est souvent tardif, car de nombreuses conditions bénignes provoquent les mêmes symptômes que ceux du cancer de la vessie : hématurie et symptômes urinaires irritatifs (urgenterie, augmentation de la fréquence urinaire, douleur mictionnelle, difficulté à uriner, nycturie). Le tiers des patients avec un cancer de la vessie auront des symptômes irritatifs, associés à la progression de la maladie,

Une hématurie survient chez 80 à 90 % des patients avec un cancer urothélial, typiquement macroscopique et indolore. Deux à vingt pour cent des adultes auront de l'hématurie dans leur vie : 10 à 20 % des hématuries macroscopiques sont associées à un cancer (vessie, prostate, rein) contre seulement 2 à 5 % dans les cas d'hématuries microscopiques. Les cas d'hématurie macroscopique non associés à une infection urinaire devraient donc être examinés d'emblée^{3 4} (voir l'annexe 3). Les patients présentant un risque élevé de cancer de la vessie sont les patients de plus de 40 ans, surtout ceux qui ont été exposés à des produits chimiques oncogènes pour la muqueuse urinaire (métal, cuir, peinture, ciment, tapis, plastique, produits de laboratoire), ceux qui ont fumé, ceux qui ont subi dans le passé une irradiation pelvienne et ceux qui ont souffert de symptômes urinaires irritatifs répétés ou persistants⁵. À noter que 10 à 20 % des cas d'hématurie demeurent idiopathiques⁶. Les symptômes obstructifs sont rares, reliés le plus souvent à l'envahissement du col de la vessie ou de l'urètre prostatique.

Rares sont les cancers de la vessie qui se présentent par des symptômes d'envahissement pelvien ou des voies urinaires supérieures, donc avec des douleurs lombosacrées, sus-pubiennes ou au flanc, un œdème aux jambes ou des douleurs rectales (voir la fiche « Cancer pelvien avancé »)^{7 8}.

On doit rechercher lors d'un examen de l'urètre une caroncule ou un diverticule urétral friable qui pourrait expliquer le saignement. L'examen physique est habituellement non contributoire au diagnostic d'un cancer urothélial, mais un toucher rectal est essentiel pour rechercher un possible cancer de la prostate, tout comme un toucher vaginal chez une femme avec palpation bimanuelle pour détecter des masses. Les adénopathies inguinales ne sont habituellement pas touchées par les cancers de la vessie.

¹ Statistiques canadiennes sur le cancer 2013. Disponible en ligne au : www.cancer.ca

² Pelucchi, C, Bosetti, C, Negri, E, et al. *Mechanisms of disease: The epidemiology of bladder cancer*. Nat Clin Pract Urol 2006; 3:327

³ Khadra MH; Pickard RS; Charlton M; Powell PH; Neal A. *Prospective analysis of 1930 patients with hematuria to evaluate current diagnostic practice*. J Urol 2000 Feb; 163 (2): 524-7

⁴ Grossfeld, GD, Litwin, MS, Wolf, JS, et al. *Evaluation of asymptomatic microscopic hematuria in adults: the American Urological Association best practice policy--part I: definition, detection, prevalence, and etiology*. Urology 2001; 57:599

⁵ Patel, JV, Chambers, CV, Gomella, LG. *Hematuria : etiology and evaluation for the primary care physician*. Dans *Urology Update for Primary Care Physicians 2008*. The Canadian Journal of Urology. 15 (1) : 54-62

⁶ Siroky MB, Oates RD, Babayan RK. *The Abnormal Urinalysis*. In: *Handbook of Urology*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. 2004: 1-14

⁷ Palli-science. *Suivi des patients atteints de cancer. Cancer de la prostate. Cancer de la vessie. Cancer du rein*. Disponible en ligne au : www.palli-science.com

⁸ NHS Scotland. *Scottish Referral Guidelines for Suspected Cancer*. Health Improvement Scotland, 2014

Recommandation

Pour un possible cancer infiltrant de la vessie, référer les patients en consultation spécialisée en moins de 28 jours.

Référer en consultation spécialisée en moins de 28 jours pour une investigation :

- les patients âgés de 45 ans et plus avec hématurie visible inexplicée;
- ceux de 45 ans et plus avec hématurie macroscopique persistante ou récidivante malgré le traitement d'infections urinaires;
- ceux de 60 ans et plus avec hématurie microscopique inexplicée avec dysurie ou élévation des leucocytes à la formule sanguine.

Envisager une référence non urgente pour les patients avec des infections urinaires à répétition.

Cancer de la prostate

Le cancer de la prostate est le plus fréquent en Amérique du Nord après les cancers cutanés. Rare avant l'âge de 40 ans, la prévalence de ce cancer augmente rapidement après 50 ans¹. Un homme canadien sur sept en souffrira au cours de sa vie, mais ce cancer est rarement mortel, il est même souvent indolent.

Les symptômes associés au cancer de la prostate témoignent le plus souvent d'un cancer localement avancé entraînant une compression ou un envahissement de la vessie ou du rectum : augmentation de la fréquence urinaire, dysurie, nycturie, hésitation du jet urinaire, blocage urinaire, dysfonction érectile, malaise ou ténésme rectal ainsi que de la difficulté et de la douleur à la défécation. En pratique, chez un homme de plus de 50 ans, les symptômes urinaires témoignent le plus souvent d'une hypertrophie bénigne de la prostate, mais il est impossible de la distinguer cliniquement d'un cancer. Le sang dans l'urine ou le sperme est rarement un signe annonciateur du cancer de la prostate, mais sa présence chez un homme de plus de 50 ans implique la recherche d'un cancer de toutes les voies urinaires, y compris la prostate.

Un pourcentage significatif des patients avec un cancer de la prostate se présente d'emblée avec des symptômes de métastases dans les os, site le plus précoce et fréquent de métastases. Certains présenteront des douleurs lombo-sacrées et un œdème des organes génitaux et des jambes, témoignant d'une atteinte des adénopathies pelviennes (voir la fiche « Cancer pelvien avancé »)^{2 3}.

En plus de la mesure de l'antigène prostatique sérique (APS), l'examen sanguin est utile quoique peu spécifique pour le cancer de la prostate. Il faut faire un toucher rectal aux patients symptomatiques en gardant en tête que le doigt n'accède qu'aux portions postérieures et latérales de la glande et qu'il ne peut pas détecter des tumeurs de petite taille⁴. On y recherche une asymétrie, une induration ou un nodule. La valeur prédictive d'une anomalie au toucher rectal pour un cancer prostatique est faible : elle varie de 5 à 30 %⁵.

En présence de symptômes suspects de cancer de la prostate, un niveau d'APS élevé (plus de 4 à 10 ng/ml, seuil variable selon l'âge, en tenant compte de la rapidité du changement) ou en augmentation par rapport aux examens précédents, chez un homme en bonne condition générale, justifie la référence en spécialité pour une investigation plus poussée. Mais il faut savoir que plusieurs hommes ont un cancer de la prostate avec un niveau d'APS inférieur à 4,0 ng/ml : 15,2 % des patients avec un toucher rectal normal et un niveau d'APS inférieur à 4,0 ng/ml auront malgré tout un cancer de la prostate. Il n'existe donc pas de seuil limite au-dessous duquel on peut éliminer un cancer de la prostate.

¹ Statistiques canadiennes sur le cancer-2013. Disponible en ligne au : www.cancer.ca

² Palli-science. *Suivi des patients atteints de cancer. Cancer de la prostate*. Disponible en ligne au : www.palli-science.com

³ NHS Scotland. *Scottish Referral Guidelines for Suspected Cancer*. Health Improvement Scotland, 2014

⁴ Coley, CM, Barry, MJ, Fleming, C, Mulley, AG. *Early detection of prostate cancer. Part I: Prior probability and effectiveness of tests*. The American College of Physicians. *Ann Intern Med* 1997; 126: 394

⁵ Hoogendam, A, Buntinx, F, de Vet, HC. *The diagnostic value of digital rectal examination in primary care screening for prostate cancer : a meta-analysis*. *Fam Pract* 1999;16 : 621

On suggère un délai de référence en consultation spécialisée de 4 à 8 semaines en raison de l'évolution plus lente de ce cancer, tout en tenant compte de la possibilité d'un cancer plus agressif⁶.

Recommandation

Référer en moins de 28 jours les patients avec une prostate suspecte à l'examen rectal.

Envisager de demander la mesure de l'APS et l'examen de la prostate par le toucher rectal dans les cas suivants :

- symptômes d'infection urinaire basse (nycturie, augmentation de la fréquence urinaire, hésitation, urgenterie, rétention urinaire);
- dysfonction érectile nouvelle;
- hématurie visible (macroscopique).

Référer les patients en moins de 28 jours en consultation spécialisée pour éliminer un cancer de la prostate lorsque le niveau d'APS est élevé (au-dessus du niveau normal selon l'âge).

⁶ Conseil québécois de lutte contre le cancer. Avis sur les délais dans le traitement chirurgical du cancer 2001. Disponible en ligne au : www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/lutte-contre-le-cancer/documents/guides-cepo-pdf/avis_delais_traitement_cancer_2001.pdf

Cancer du testicule

Même s'il ne compte que pour 1 % de tous les cancers affectant les hommes, le cancer du testicule est la tumeur maligne solide la plus fréquente chez ceux âgés entre 15 et 35 ans¹. Le pronostic de ce cancer en fait un succès de l'oncologie moderne avec une survie de plus de 80 % aux stades précoces (I, II) de la maladie.

Quatre-vingt-quinze pour cent des cancers testiculaires prennent leur origine dans les cellules germinales, que l'on divise en tumeurs séminomateuses et tumeurs non séminomateuses, ces dernières étant plus agressives. La grande majorité de ces cancers sont sporadiques, donc sans lien avec les facteurs de risque reconnus tels que la cryptorchidie ou le syndrome de Klinefelter².

La présentation typique d'un cancer du testicule est celle d'un jeune homme qui consulte pour une masse testiculaire indolore translucide ou pour une augmentation de la taille du testicule. La présence d'une varicocèle unilatérale droite est suspecte (obstruction possible à la jonction de la veine gonadique droite et de la veine rénale), car les varicocèles se retrouvent le plus souvent du côté gauche en raison de la longueur asymétrique de la veine spermatique gauche³.

Seuls 10 % des patients avec un cancer du testicule présenteront une douleur testiculaire aiguë, qu'il faudra alors différencier d'une torsion testiculaire (échographie en urgence) ou d'une orchididymite (le plus souvent associée à une urétrite transmissible sexuellement)⁴. La transillumination scrotale permet de différencier immédiatement les masses solides (cancer, granulome, séminome) des masses liquides très prévalentes en clinique (hydrocèle, varicocèle).

On recherchera à l'examen une surface irrégulière du testicule, un nodule ferme et fixe attaché au testicule, aux structures du cordon spermatique et au scrotum.

Au moindre doute de cancer testiculaire, il faudra rechercher une adénopathie sus-claviculaire gauche, le testicule ayant le même réseau de drainage lymphatique que les structures abdominales. Une atteinte des adénopathies rétropéritonéales pelviennes pourra provoquer des douleurs au dos ainsi qu'un œdème des jambes par atteinte lymphatique ou de la veine cave inférieure. Dix pour cent des cancers testiculaires se présentent d'emblée par des métastases (hépatiques, mais surtout pulmonaires).

Au moindre soupçon, une échographie scrotale urgente en vue de détecter une masse non translucide est l'examen de choix avec une référence urgente si les résultats laissent planer un doute.

Recommandation

Envisager une référence en consultation spécialisée en moins de 10 jours pour un patient avec un nodule, un élargissement ou un changement de texture du testicule.

Envisager de faire une échographie pour tout changement inexplicé et/ou persistant d'un testicule.

¹ A Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Murray T, Thun MJ : *Cancer statistics*. 2008. SO CA Cancer J Clin. 2008; 58(2):71-96

² Pottern LM, Brown LM, Hoover RN, Javadpour N, O'Connell KJ, Stutzman RE, Blattner WA. *Testicular cancer risk among young men: role of cryptorchidism and inguinal hernia*. J Natl Cancer Inst. 1985;74 (2):377

³ Palli-Science *Suivi des patients atteints de cancer: Cancer du testicule*. Disponible en ligne au : www.palli-science.com

⁴ Marth D, Scheidegger J, Studer UE.. *Ultrasonography of testicular tumors*. Urol Int. 1990;45(4):237

Cancer du col utérin

En raison de la diminution d'incidence du cancer du col de l'utérus au Canada grâce au dépistage, les médecins de première ligne voient moins de femmes avec des lésions cervicales cancéreuses et risquent donc de ne pas détecter ce cancer assez rapidement. Le cancer du col est pourtant responsable de 1 % des décès par cancer au Canada avec une survie relative de 74 %, inférieure à celle du cancer de l'endomètre (86 %) et du sein (87 %)¹. L'incidence du cancer du col de l'utérus est très faible pour les femmes âgées entre 20 et 30 ans, monte à son niveau le plus élevé entre 45 et 49 ans²³ avec un deuxième pic vers 75 ans⁴.

En raison de sa localisation, les symptômes de ce cancer sont absents au début de la maladie. Un cancer du col peut occasionner une douleur pelvienne, des coïtalgies et des pertes séreuses ou malodorantes ainsi que des saignements anormaux. Les saignements anormaux sont typiquement en postcoïtal, mais des saignements intermenstruels, des saignements postménopausiques ou des ménorragies peuvent survenir aussi⁵ 6 7. En cas de saignement postcoïtal, la probabilité d'avoir un cancer du col augmente avec l'âge (un cas sur 2 400 femmes entre 45 et 54 ans)⁸. Il n'est pas rare de trouver d'emblée des symptômes de cancers pelviens avancés lors d'un diagnostic de cancer du col, symptômes pour lesquels une investigation urgente (idéalement en moins de 2 semaines) est recommandée (voir la fiche « Cancer pelvien avancé »).

L'examen clinique peut être normal si la lésion est haute dans l'endocol ou de type endophytique : on notera alors uniquement un col dur, augmenté de volume, en forme de « baril ». Une lésion bourgeonnante exophytique sera habituellement friable (saignement de contact), faisant protrusion à la surface du col, donc visible. On doit rechercher à l'examen physique des adénopathies inguinales, une ou plusieurs masses pelviennes, une ascite, une lésion aux culs de sac vaginaux visible au spéculum ou palpable à l'examen bimanuel, une extension sous forme de masse ou d'induration au toucher rectal du septum recto-vaginal ou du rectum ainsi que des masses hépatiques ou abdominales.

Toutes les femmes présentant une lésion ou un saignement postcoïtal suspects, surtout celles âgées de 45 ans et plus, devraient être examinées rapidement et subir un prélèvement cytologique du col avec une spatule et une cytobrosse, et ce, peu importe qu'un prélèvement récent ait été fait ou pas, et référées d'emblée rapidement en colposcopie. Même si le col semble normal à l'examen visuel, le cancer du col est possible. Il faut aussi considérer la possibilité d'un cancer de l'endomètre en cas de saignements anormaux puisqu'il peut se présenter de la même façon qu'un cancer du col utérin.

¹ Statistiques canadiennes sur le cancer 2008. Disponible en ligne au : www.cancer.ca

² Agence de santé publique du Canada. Disponible en ligne au : www.phac-aspc.gc.ca/cancer/du_col_de_luterus

³ Institut national du cancer du Canada. Statistiques canadiennes sur le cancer 1995. Toronto, Canada, 1995

⁴ Institut national de santé publique. Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels. *Avis sur l'optimisation du dépistage du cancer du col utérin au Québec*. Janvier 2009

⁵ Palli-science. *Suivi des patients atteints de cancer. Cancer du col de l'utérus*. Disponible en ligne au : www.palli-science.com

⁶ NHS Scotland. *Scottish referral guidelines for suspected cancer*. Health Improvement Scotland. 2014

⁷ Institut national du cancer France. Haute autorité de Santé. Guide. *Cancer invasif du col utérin*. Janvier 2010. Disponible en ligne au : www.e-cancer.fr

⁸ Shapley, M, Jordan, J, Croft, PR. *A systematic review of post coital bleeding and risk of cervical cancer*. Br J Gen Pract 2006; 56(527) : 453 :60

Recommandation

Pour respecter les recommandations de l'Association des gynécologues et obstétriciens du Canada⁹ et celles du Conseil québécois de lutte contre le cancer¹⁰, une investigation colposcopique pour un possible cancer du col de l'utérus devrait se faire dans un délai maximal de 28 jours.

Référez en moins de 10 jours pour une colposcopie toute femme dont l'aspect du col laisse suspecter un cancer (ulcère, nodule, lésion vascularisée).

⁹ Farrell, S et al. *Déclaration sur les temps d'attente en obstétrique- gynécologie*. J Obstet Gynaecol Can, vol 30, n°3, 2008, p. 258–270

¹⁰ Conseil québécois de lutte contre le cancer. Avis sur les délais dans le traitement chirurgical du cancer 2001. Disponible en ligne au : www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/lutte-contre-le-cancer/documents/guides-cepo-pdf/avis_delais_traitement_cancer_2001.pdf

Cancer de l'ovaire

Le cancer de l'ovaire est le cancer gynécologique le plus meurtrier : il est la 5^e cause de mortalité par cancer chez les femmes canadiennes. Comme son incidence augmente avec l'âge, on prévoit une recrudescence de ce cancer au Canada au cours des prochaines années. L'âge moyen au diagnostic est de 63 ans, 10 ans de moins pour les cancers familiaux. La majorité des femmes qui en sont affectées sont ménopausées¹.

Contrairement aux autres cancers gynécologiques, les symptômes du cancer ovarien ne sont pas spécifiques ni localisés. Ils sont souvent en lien avec une extension à distance du cancer, incluant l'ascite et la subocclusion, la fatigue, une perte de poids (50 %), du ballonnement, une augmentation de volume de l'abdomen, des douleurs pelviennes ou abdominales (58 %) qui sont peu spécifiques, des nausées et/ou vomissements, une sensation de plénitude, une satiété précoce et de la difficulté à manger².

Comme ces symptômes se retrouvent très souvent dans la population générale, le médecin de première ligne devra inclure le diagnostic de cancer ovarien dans son diagnostic différentiel, surtout si les symptômes sont persistants, intenses et d'apparition récente (moins de 12 mois), particulièrement lorsqu'ils surviennent chez des femmes ménopausées et âgées^{3 4}.

Quatre-vingt-quinze pour cent des cancers ovariens se présentent avec au moins un de ces symptômes. Soixante-dix-sept pour cent des patientes avec un cancer ovarien ont des symptômes abdominaux, 70 % des symptômes digestifs⁵. Il n'est pas rare de trouver au diagnostic de cancer ovarien une maladie avancée avec une symptomatologie d'envahissement pelvien, tels des symptômes urinaires (34 %), des symptômes rectaux irritatifs, de la constipation, des douleurs coïtales et des douleurs lombaires (voir la fiche « Cancer pelvien avancé »).

On suspecte alors un cancer ovarien et on recherche les signes cliniques par un examen physique incluant un examen gynécologique et rectal. À l'examen bimanuel, qui doit être minutieux, on peut trouver une ou plusieurs masses annexielles ou pelviennes irrégulières et fixes (30 %), des masses abdominales, une présence d'ascite et même un épanchement pleural. L'ovaire étant un organe de petite taille situé postérieurement à l'utérus, l'examen bimanuel ne peut habituellement pas détecter une masse pelvienne de taille limitée. De plus, il ne faut pas oublier que les ovaires des femmes ménopausées sont atrophiés, donc non palpables. Toute annexe palpable est suspecte après la ménopause et doit être examinée⁶.

Lorsque l'on soupçonne un cancer de l'ovaire, on procède à une échographie pelvienne et abdominale. Une mesure des CA 125 sériques peut être utile dans les cas de forte suspicion clinique (masses pelviennes), bien que cet examen soit non spécifique au cancer ovarien. Il est très pertinent lorsqu'il est demandé dans un contexte de masse pelvienne et il est utile surtout

¹ Piver, MS. *Hereditary ovarian cancer*. *Gynecol Oncol* 2002; 85 : 9

² Olson, SH, Mignone, L, Nakaraseive, C, Caputo, TA, Barakat, RR, Harlap, S. *Symptoms of ovarian cancer*. *Obstet Gynecol* 2001 : 98 : 212-7

³ Palli-science. *Suivi des patients atteints de cancer*. Cancer de l'ovaire. Disponible en ligne au : www.palli-science.com

⁴ NHS Scotland. *Scottish Referral Guidelines for Suspected Cancer*. Health Improvement Scotland. 2014

⁵ Goff, BA, Mandel, LS, Melançon, CH, Muntz, HG. *Frequency of symptom of ovarian cancer in women presenting to primary care*. *JAMA* 2004 :291 : 2705-2712

⁶ Schutter, EM, Sohn, C, Kristen, P et al. *Estimation for probability of malignancy using a logistic model in post menopausal women with a pelvic mass : an international multicenter study*. *Gynecol Oncol* 1998

dans le suivi pendant et après le traitement de ce cancer pour détecter des récurrences précoces^{7 8 9}.

La prise en charge d'un possible cancer ovarien devrait se faire dans un délai maximal de 4 semaines pour respecter les recommandations de l'Association des gynécologues et obstétriciens du Canada (SOGC) et celles du Conseil québécois de lutte contre le cancer^{10 11}.

⁷ Gynecologic Cancer Foundation. Society of Gynecologic Oncologists. American Cancer Society : *First consensus statement on symptoms of ovarian cancer*. 2007 Ovarian Cancer Symptoms Consensus Statement

⁸ Ostiguy, G; *Le Cancer ovarien*. Le médecin du Québec 2006. Disponible en ligne au :

<http://lemedecinquebec.org/Media/90366/049-056DreOstiguy0406.pdf>

⁹ Boisjoly JA, Lacroix, A. *Les marqueurs tumoraux*. Médecin du Québec 2014. Disponible en ligne au :

<http://lemedecinquebec.org/archives/2014/11/les-marqueurs-tumoraux-pour-qui-pourquoi-et-quand>

¹⁰ Farrell, S et al. *Déclaration sur les temps d'attente en obstétrique-gynécologie*. J Obstet Gynaecol Can 2008; 30 : 3 : 258-270

¹¹ MSSS : *Avis sur les délais dans le traitement chirurgical du cancer*. Disponible en ligne au :

www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/lutte-contre-le-cancer/documents/guides-cepo-pdf/avis_delaits_traitement_cancer_2001.pdf

Recommandation

Référer en moins de 48 h une patiente avec une masse abdominale suspecte (non typique de fibromes utérins) ou une ascite.

Référer une patiente en moins de 10 jours en consultation spécialisée si l'échographie pelvienne laisse suspecter un cancer ovarien.

Amorcer l'investigation en vue de détecter un cancer de l'ovaire chez toute femme de 50 ans et plus présentant les symptômes persistants suivants (surtout s'ils sont présents depuis plus de 12 mois) :

- distension abdominale;
- sensation de satiété, perte d'appétit;
- douleur abdominale ou pelvienne;
- urgenturie, augmentation de la fréquence urinaire.

Envisager d'amorcer l'investigation en vue de détecter un cancer de l'ovaire chez toute femme qui présente une perte de poids, un changement d'habitudes dans les selles et une fatigue inexplicée.

Envisager d'amorcer l'investigation en vue de détecter un cancer ovarien chez toute femme de 50 ans et plus avec un nouveau diagnostic de côlon irritable (cette condition débute rarement à cet âge).

Aviser toutes les femmes sans soupçon de cancer ovarien de retourner voir leur médecin de famille en cas de symptômes nouveaux, récidivants ou persistants.

La mesure du marqueur sérique CA-125 peut être utile pour une femme avec des symptômes suggestifs de cancer ovarien : si on mesure plus de 35 UI/ml, effectuer une échographie pelvienne et abdominale.

Procéder à une évaluation clinique et une investigation méticuleuse pour rechercher une autre condition que le cancer ovarien chez toute femme avec un CA-125 normal (moins de 35 UI/ml) ou avec un CA-125 augmenté (35 UI/ml) et une échographie pelvienne normale.

Cancer de l'endomètre

Les cancers du corps de l'utérus, dont 90 % proviennent de l'endomètre, sont les cancers gynécologiques les plus fréquents au Canada. Quatre-vingt-dix pour cent se manifestent par des saignements utérins irréguliers, typiquement peu abondants, ce qui facilite leur détection précoce¹. Quatre-vingts pour cent des cancers de l'endomètre sont détectés au stade I et sont guéris par une simple chirurgie². En cas de détection plus tardive, ce cancer se comporte de façon agressive et peut s'accompagner de symptômes rectaux ou urinaires d'invasion pelvienne (voir la fiche « Cancer pelvien avancé »). Le cancer de l'endomètre est plus fréquent chez les femmes exposées aux œstrogènes seuls (en absence d'hormones progestatives)^{3,4,5}.

Les facteurs de risque du cancer de l'endomètre sont les suivants :

- âge avancé;
- ménopause;
- saignements irréguliers anormaux en postménopause;
- hyperplasie avec atypies à la biopsie;
- obésité;
- œstrogénothérapie non opposée à la ménopause;
- persistance du saignement anormal 4 semaines après l'arrêt de l'hormonothérapie;
- toute condition amenant des cycles anovulatoires, dont le syndrome des ovaires polykystiques;
- ménopause tardive;
- cancer familial endométrial ou colorectal;
- prise de tamoxifène pour un cancer du sein.

Tout saignement utérin anormal chez les femmes de 40 ans et plus doit être examiné : un examen du col utérin ainsi qu'un examen pelvien bimanuel minutieux sont essentiels pour détecter des masses pelviennes et une augmentation du volume utérin ou des annexes. Il est impératif de procéder à une biopsie de l'endomètre chez les femmes ménopausées qui présentent des saignements anormaux, avec ou sans hormonothérapie, quelle que soit leur quantité.

La référence en consultation spécialisée en raison de la possibilité d'un cancer de l'endomètre devrait se faire dans un délai maximal de 4 semaines pour respecter les recommandations de

¹ Karlsson, B, Gransberg, S, Wikland, M et al. *Transvaginal ultrasonography of the endometrium in women with post menopausal bleeding- A nordic multicenter study*. Am J Obstet Gynecol 1995; 172: 1488

² ACOG practice bulletin. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologist. No 65, Aug 2005 : *Management of endometrial cancer*. Obstet Gynecol 2005. 106 :41

³ Smith, RA, Von Eschenbach, AC, Wender, R et al. American Cancer Society Guidelines for Early Endometrial Cancer Detection : *Update of early detection guidelines for prostate, colorectal, and endometrial cancers*. CA Cancer J Clin 2001. 51 : 38

⁴ Calle, EE, Rodriguez, C, Walker-Thermond, K, Thun, MJ. *Overweight, obesity, and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of U.S. Adults*. NEJM Med 2003. 348 : 1625

⁵ Strom, BL, Schinnar, R, Weber, AL, et al. *Case-control study of postmenopausal hormone replacement therapy and endometrial cancer*. Am J Epidemiol 2006. 164 : 775

l'Association des gynécologues et obstétriciens du Canada⁶ et celles du Conseil québécois de lutte contre le cancer⁷. Mais si l'examen pelvien et la biopsie utérine sont normaux, la référence sera moins urgente.

Dix pour cent des femmes ménopausées présentant un saignement utérin anormal auront un cancer utérin, 59 % de l'atrophie, 12 % des polypes, 10 % de l'hyperplasie et moins de 1 % un cancer du col utérin.

Les autres symptômes du cancer de l'endomètre sont :

- les pertes vaginales anormales;
- les malaises pelviens;
- le ténesme rectal;
- la constipation ainsi que la sensation de pression sur la vessie avec pollakiurie et dysurie;
- une hématurie visible (macroscopique).

Recommandation

Référer en moins de 10 jours les patientes de 55 ans et plus présentant des saignements postménopausiques inexpliqués (plus de 12 mois après l'arrêt des menstruations) pour un premier rendez-vous en spécialité en vue d'éliminer un cancer de l'endomètre.

Envisager la référence en moins de 10 jours des patientes de moins de 55 ans présentant des saignements postménopausiques inexpliqués (plus de 12 mois après l'arrêt des menstruations) pour un premier rendez-vous en spécialité en vue d'éliminer un cancer de l'endomètre.

Envisager de demander une échographie pelvienne endovaginale pour détecter un cancer de l'endomètre pour toute femme de 55 ans et plus qui présente des pertes vaginales anormales pour la première fois depuis sa ménopause.

⁶ Farrell, S et al. *Déclaration sur les temps d'attente en obstétrique- gynécologie*. J Obstet Gynaecol Can, vol 30. n°3. 2008 : p. 258–270

⁷ Conseil québécois de lutte contre le cancer. Avis sur les délais dans le traitement chirurgical du cancer 2001. Disponible en ligne au : www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/lutte-contre-le-cancer/documents/guides-cepo-pdf/avis_delais_traitement_cancer_2001.pdf

Cancer de la vulve

Le cancer de la vulve compte pour environ 5 à 8 % de tous les cancers gynécologiques. Il s'agit donc d'un cancer relativement rare. Il présente un bon pronostic lorsqu'il est détecté tôt et son traitement est essentiellement chirurgical.

L'incidence du cancer invasif de la vulve est restée relativement stable au cours des dernières années, mais l'incidence du carcinome *in situ*, (lésion de haut grade) une lésion précurseur, a plus que doublé au cours des vingt dernières années, surtout chez des femmes jeunes. On attribue une partie de cette augmentation à la prévalence augmentée de l'infection au virus du papillome humain (VPH). Les VPH oncogènes à haut risque sont ceux le plus souvent associés à des lésions vulvaires multicentriques. Par contre, les lésions condylomateuses classiques (lésion de bas grade) à la vulve sont le plus souvent associées à des VPH à faible risque oncogène. Ces condylomes n'évolueront habituellement pas vers des lésions invasives et régresseront avec le temps.

Les néoplasies intraépithéliales vulvaires (lésion de haut grade) sont des conditions précancéreuses reliées le plus souvent à l'infection au VPH chez les femmes jeunes. Près d'un tiers des cancers de la vulve se développent chez des femmes qui avaient au préalable une néoplasie intraépithéliale de la vulve. Ce facteur de risque est donc le plus important

Le cancer de la vulve des femmes plus âgées est moins souvent en lien avec une infection à VPH, il se développe plutôt à partir d'une hyperplasie atypique.

Les cancers de la vulve associés au VPH sont habituellement moins agressifs. Le tableau clinique du cancer de la vulve a évolué considérablement au cours des 30 dernières années : auparavant, la majorité des patientes étaient des femmes âgées qui se présentaient avec un stade avancé de la maladie.

La très grande majorité des cancers de la vulve, soit environ 90 %, sont des carcinomes épidermoïdes. Les autres lésions cancéreuses trouvées à la vulve sont les mélanomes, le deuxième cancer le plus fréquent de la vulve (4 %), les adénocarcinomes qui se développent à partir des glandes de la vulve, la maladie de Paget, les carcinomes basocellulaires et les sarcomes (très rares).

La majorité des cancers de la vulve sont visibles. Environ 70 % sont situés sur les petites lèvres ou les grandes lèvres, 10 à 15 % des cas dans la zone du clitoris et moins de 5 % au périnée et à la fourchette¹. Un cancer de la vulve se présente à l'examen physique par une lésion d'apparence et de couleur très variables : blanche, rouge, brune, noire ou de couleur chair, ulcérée, indurée, nodulaire, friable, souvent cartonnée ou exophytique. Il faut donc s'inquiéter de toute nouvelle lésion persistante, quelle que soit son apparence, surtout si la lésion saigne, ou lorsqu'elle est douloureuse ou prurigineuse. Un cancer de la vulve n'a pas de présentation typique, le clinicien se doit de suspecter toute lésion nouvelle et persistante.

Les symptômes sont absents chez 20 à 50 % des patientes. Sinon, les patientes se plaignent surtout de prurit persistant localisé, d'un malaise ou d'une douleur locale, de saignements spontanés ou de contact, d'un nodule ferme, de verrues ou d'un ulcère à la vulve. La dysurie et

¹ Palli-science. *Suivi des patients atteints de cancer. Cancer de la vulve.* Disponible en ligne au : www.palli-science.com/

les pertes vaginales sont habituellement des signes d'une extension locale avancée. Une lésion cancéreuse présente depuis plusieurs mois peut s'infecter superficiellement et provoquer alors des douleurs et des odeurs incommodantes. On doit rechercher des adénopathies inguinales fixes et indurées.

La détection du cancer de la vulve est souvent faite par le médecin lors d'un examen gynécologique de routine, sinon en réponse à des patientes qui se plaignent de prurit ou de malaise vulvaire. On ne doit jamais poser un diagnostic de bénignité sur de tels symptômes sans faire un examen détaillé de la vulve, surtout pour les personnes plus âgées. Au moindre doute, les patientes avec une lésion vulvaire suspecte doivent être orientées en moins de 28 jours en colposcopie avec examen poussé de la vulve, du vagin et du col.

On déplore le fait que ce cancer ne soit pas détecté plus tôt, au stade du précurseur immédiat : la lésion de haut grade. Le manque d'expérience des médecins dans la détection des lésions vulvaires anormales et les délais induits avant la biopsie sont des facteurs mis en cause expliquant le délai souvent important avant un diagnostic, sans compter la pudeur que ressentent certaines femmes plus âgées à se faire examiner. La circulation lymphatique extensive dans cette région contribue au développement rapide des métastases ganglionnaires, et ce, même pour des lésions invasives précoces. Il est donc essentiel de procéder rapidement à la détection et au diagnostic de toute lésion vulvaire suspecte.

Recommandation

Envisager une consultation en gynécologie oncologique en moins de 28 jours pour toute lésion suspecte à la vulve (nodule, ulcération, saignement).

Maladies trophoblastiques gestationnelles

Les môles hydatiformes (grossesses molaires) font partie d'un groupe de maladies gestationnelles : sont incluses dans ce groupe les môles hydatiformes complètes (sans fœtus) ou partielles (présence d'un fœtus) considérées comme des lésions prénéoplasiques ainsi que les maladies trophoblastiques malignes (môles invasives, choriocarcinomes, tumeurs du site placentaire et épithélioïdes)¹. On estime que 15 à 20 % des femmes avec une môle complète développeront une maladie trophoblastique maligne, contre 0.5 à 1 % pour une môle partielle². Les femmes les plus à risque sont celles de moins de 16 ans ou de plus de 40 ans. Alors que les môles sont habituellement découvertes au premier trimestre de la grossesse, les cancers trophoblastiques sont découverts plus tard, dans les mois suivant l'accouchement ou dans le cadre du suivi de l'évolution des hormones chorioniques gonadotrophiques (hCG.). Les maladies trophoblastiques malignes répondent très bien aux traitements oncologiques, avec 95 à 98 % de guérison si elles sont traitées dès leur début.

L'élévation marquée des hCG, proportionnelle au volume tumoral, explique les symptômes souvent prononcés de la grossesse : nausées, vomissements sévères sinon incoercibles, kystes lutéaux et même quelquefois prééclampsie précoce (avant 20 semaines de gestation). Rarement, on peut retrouver des symptômes d'hyperthyroïdie avec une grossesse molaire avancée (tachycardie, sudations, tremblements).

Typiquement, les femmes porteuses d'une môle consultent en début de grossesse pour des douleurs ou des malaises pelviens (en raison de la croissance anormalement rapide du volume utérin) accompagnés de saignements anormaux (84 % des cas), le plus souvent abondants et de couleur rouge noirâtre, alors que les symptômes de grossesse tels que les nausées et les vomissements sont encore très présents, contrairement aux femmes avec une fausse couche chez qui les symptômes de grossesse s'atténuent ou disparaissent³.

On recherche à l'examen un utérus mou, de volume trop important pour l'âge de la grossesse, avec une masse annexielle (kyste ovarien lutéal) et même de possibles métastases au vagin, aux poumons, au cerveau ou au foie.

Aucun des signes ou symptômes n'étant spécifiques d'une maladie trophoblastique, il ne faut pas hésiter à recourir en tout premier lieu, en présence de saignements anormaux avec symptômes pelviens, à une échographie pelvienne, celle-ci offrant une sensibilité de 70 à 90% pour la maladie (elle permettra aussi d'éliminer un avortement spontané et une grossesse ectopique). À noter qu'on ne trouvera pas de fœtus dans les cas de môles complètes, uniquement une masse hétérogène. Au moindre doute, on devra mesurer le niveau sérique des hCG (plus de 100 000 mIU/ml dans 40 % des cas).

¹ Registre des maladies trophoblastiques du Québec. Disponible en ligne au : www.rmtg.ca/a-propos

² Berkowitz RS, Goldstein DP. *Current advances in the management of gestational trophoblastic disease*. Gynecol Oncol. 2013 Jan;128(1):3-5. Epub 2012 Jul 27

³ Soto-Wright V, Bernstein M, Goldstein DP, Berkowitz RS ; *The changing clinical presentation of complete molar pregnancy*. Obstet Gynecol. 1995;86(5):775

Recommandation

Mesurer le niveau sérique de hCG et effectuer une échographie pelvienne endovaginale en moins de 2 semaines chez toute patiente en début de grossesse qui présente des saignements importants, surtout s'il y a présence de malaises ou de douleurs pelviennes et de symptômes prononcés de grossesse, ainsi que chez toute femme en postpartum qui présente des saignements anormaux.

En enregistrant sa patiente au Registre des maladies trophoblastiques du Québec (www.rmtq.ca), le médecin participe à l'optimisation de la prise en charge de ces pathologies rares. Le RMTQ offre également un soutien clinique, des protocoles de recherche et de l'information.

Cancer pelvien avancé (de toute étiologie primaire)

Les principaux cancers pelviens sont les cancers du col de l'utérus, de l'endomètre, du rectum, des ovaires, de la prostate et du rectum. Leurs manifestations locales et régionales présentent des similarités résumées dans le tableau ci-dessous^{1 2}. Un examen pelvien et, lorsqu'elle est requise, une investigation de base devraient être effectués en présence de symptômes d'alerte de cancer pelvien avancé.

Examen pelvien	Symptômes d'alerte
Femme : Examen de la vulve Examen de l'urètre Examen de la paroi vaginale Examen de la voûte vaginale Palpation du dôme vaginal Palpation du septum recto-vaginal Examen visuel du col Palpation du col Palpation bimanuelle à la recherche de masses Homme : Toucher rectal avec examen de la prostate	Saignement postcoïtaux Saignements intermenstruels Changement du cycle menstruel chez une femme de 30 ans Saignements postménopausiques Pertes vaginales anormales persistantes non reliées à une vaginite ou à une cervicite infectieuse Dyspareunie Douleurs pelviennes Hématurie Symptômes urinaires irritatifs Symptômes obstructifs urinaires Ténésme Rectorragie
Examen gynécologique bimanuel, vaginal et rectal, cytologie cervicale, échographie pelvienne et mesure du CA 125	En présence des symptômes d'alerte suivants, surtout chez une femme de 50 ans et plus : <ul style="list-style-type: none"> • Douleur abdominale ou pelvienne persistante (plus de 4 semaines), constante ou récidivante • Douleur (irradiation) aux jambes, au périnée et à la région lombaire • Saignements postménopausiques • Saignements postcoïtaux • Distension abdominale • Satiété rapide • Perte d'appétit, perte de poids • Urgence urinaire • Ténésme, rectorragie • Changements des habitudes des selles
Mesure de l'APS chez un homme	Symptômes obstructifs urinaires Hématurie Symptômes urinaires irritatifs

¹ Palli-science. *Suivi des patients atteints de cancer. Cancer de l'endomètre. Cancer de la prostate. Cancer de l'ovaire. Cancer urothélial. Cancer du col de l'utérus.* Disponible en ligne au : www.palli-science.com/

² NHS Scotland. *Scottish referral guidelines for suspected cancer.* Health Improvement Scotland. 2014

Une extension d'un cancer pelvien avancé peut provoquer des symptômes urinaires inflammatoires secondaires à l'envahissement vésical (hématurie, pollakiurie, urgence, fréquence augmentée, dysurie), du ténesme et des douleurs à la défécation ainsi que de possibles rectorragies lors de l'envahissement du rectum.

L'extension directe à la paroi pelvienne et au plexus nerveux lombo-sacré provoquera des douleurs pelviennes associées à une possible radiculopathie lombo-sacrée avec perte de force et de sensibilité au niveau du périnée et des jambes.

Un œdème unilatéral ou bilatéral des jambes peut résulter d'un blocage veineux ou lymphatique en raison d'une compression par la tumeur elle-même ou par un envahissement des ganglions pelviens.

On doit rechercher à l'examen physique des adénopathies inguinales, et même sus-claviculaires gauches, une ou plusieurs masses pelviennes, une augmentation du volume de l'utérus et des annexes, une ascite, une lésion au dôme vaginal visible au spéculum ou palpable à l'examen biannuel, une masse rectale ou prostatique, une induration au toucher rectal au niveau du septum recto-vaginal ou de la paroi rectale ainsi que des masses hépatiques ou abdominales témoignant d'un stade plus avancé d'un cancer pelvien.

Cancers du système nerveux central (SNC) : tumeurs cérébrales primaires ou secondaires

Chez les adultes, les cancers primaires du cerveau sont rares : ce sont les cancers métastatiques que l'on retrouve le plus souvent¹. Cependant, l'incidence des glioblastomes (ou tumeurs primitives malignes) augmente chez les patients plus âgés².

Huit à dix pour cent des cancers présenteront éventuellement des métastases cérébrales. La majorité des métastases cérébrales détectées en clinique proviennent des cancers du poumon, du sein, du rein, des mélanomes et du cancer colorectal³. Plus de la moitié des patients chez qui l'on découvre une métastase cérébrale auront plus d'une lésion.

Les tumeurs cérébrales peuvent se manifester par des convulsions focales ou généralisées (15 à 30 % ces cas), par une hypertension intracrânienne (vomissements, céphalées, vision embrouillée, diminution de l'état de conscience), en raison de la non extensibilité de la boîte osseuse crânienne, ou par un déficit neurologique focal. Tout signe neurologique focalisateur doit faire soupçonner une masse cérébrale ou cérébelleuse. Les symptômes neurologiques focaux dépendent du site anatomique cérébral touché : la parole, la sensation, la vision et la motricité. Près de la moitié des patients avec une tumeur cérébrale présenteront des céphalées, le plus souvent non spécifiques. La présentation typique de vomissements associés à une céphalée nocturne sévère n'est retrouvée que dans 17 % des cas de tumeurs cérébrales. Étant donné que la céphalée est une raison fréquente de consultation en première ligne, le clinicien à l'affût d'une tumeur cérébrale devra rechercher des signes ou des symptômes neurologiques, des nausées ou des vomissements (typiquement associés aux changements de position), des céphalées nouvelles, changées, sévères, augmentées à l'effort (Valsalva), présentes la nuit ou au réveil.

Les déficits cognitifs sont fréquents avec les tumeurs cérébrales, habituellement subtils, de type mnésique ou impliquant des changements de la personnalité. Il faut penser aux tumeurs cérébrales en cas de dépression nouvelle atypique, de somnolence accrue, de passivité et de perte d'intérêt, surtout chez un patient avec des antécédents de cancer ou présentant un risque de cancer.

Non traitées, les tumeurs cérébrales peuvent entraîner le décès rapidement par hypertension intracrânienne, généralement en moins de 3 mois. Le traitement des tumeurs cérébrales varie selon la pathologie et requiert une approche multidisciplinaire qui devrait se faire dans des centres de référence désignés. Il peut consister, individuellement ou en combinaison, en une résection chirurgicale ou une biopsie, une radiothérapie fractionnée, une radiochirurgie stéréotaxique ou une chimiothérapie.

¹ Palli-science. *Suivi des patients atteints de cancer. Détection des métastases. Cancer cérébral*. Disponible en ligne au : www.palli-science.com/

² CBTRUS Statistical Report: 2006-2010. Ostrom Q T et al. *Neuro Oncol* 2013;15:ii1-ii56

³ Schouten, LJ, Rutten' J, Huveneers, HA et al. *Incidence for brain metastases in a cohort of patients with carcinoma of the breast, colon, kidney, lung and melanoma*. *Cancer* 2002 : 94 : 2698-2705

Recommandation

Demander une IRM avec contraste en moins de 2 semaines devant tout symptôme ou signe d'une possible tumeur cérébrale.

Référer les patients à l'urgence si les symptômes progressent rapidement ou en cas de suspicion d'hypertension intracrânienne.

Cancer du SNC de la moelle épinière et de la colonne vertébrale (primaire ou secondaire)

La très grande majorité des tumeurs spinales chez les adultes sont des métastases, donc des tumeurs secondaires¹. Contrairement aux tumeurs primaires du SNC, 97 % des métastases spinales sont extradurales (compression externe du sac dural), le plus souvent par expansion tumorale au travers d'un foramen intervertébral (par un cancer du poumon par exemple) ou à partir d'une métastase vertébrale. Soixante-dix pour cent des cas de compressions médullaires surviennent au niveau thoracique, 20 % au niveau lombaire et 10 % au niveau cervical.

Ces métastases peuvent comprimer les racines émergentes, mais aussi la moelle épinière (C1 à L2) ou la queue de cheval et le cône médullaire (L3 jusqu'aux racines sacrées)². Les compressions médullaires métastatiques sont le plus souvent associées aux cancers de la prostate, du sein, du poumon, du rein ainsi qu'aux lymphomes et aux myélomes multiples. Les douleurs au dos atypiques, sévères et réfractaires, présentes la nuit ou persistant plus de 4 semaines, doivent évoquer une possible atteinte du rachis, surtout chez des patients avec des antécédents de cancer, des patients avec des métastases osseuses vertébrales connues et des patients présentant un risque de cancer (plus de 50 ans, fumeurs, autres symptômes d'appel de cancer). Dans cette population, la présence d'une douleur mécanique, exagérée par le mouvement, doit aussi évoquer la présence d'une atteinte osseuse et la possibilité d'une fracture pathologique pouvant nécessiter une stabilisation.

On doit rechercher méticuleusement chez ces patients une faiblesse et des engourdissements des jambes, une rétention urinaire avec ou sans incontinence, une constipation inhabituelle et une perte de sensibilité du périnée. La faiblesse des jambes et les paresthésies précèdent habituellement l'atteinte des sphincters : l'anesthésie cutanée complète est rare puisque les dermatomes sensitifs se recourent. Les patients sont habituellement plus conscients de leurs déficits moteurs que sensitifs, mais ces derniers sont détectables à l'examen physique.

La percussion douloureuse d'une ou de plusieurs vertèbres est souvent repérée à l'examen d'un patient avec une atteinte vertébrale. L'élévation de la jambe peut provoquer une douleur radiculaire ainsi que des paresthésies au dos et aux jambes (signe de l'Hermitte). Une paraplégie peut survenir en quelques heures à peine : les déficits neurologiques sont tributaires du degré de destruction de la moelle épinière et des nerfs spinaux qui en émergent.

- Le statut neurologique au diagnostic est le meilleur prédicteur de la mobilité future du patient³. Malheureusement, les deux tiers des patients avec une compression médullaire sont non ambulants au diagnostic alors qu'ils souffraient presque tous de dorsalgies depuis des semaines ou des mois. Non traitée, la compression médullaire provoquera une paraplégie ou une hémiplégié irréversible avec perte de contrôle des sphincters; sa détection précoce est cruciale.

¹ Palli-science. *Suivi des patients atteints de cancer. Détection des métastases*. Disponible en ligne au : www.palli-science.com/

² Spinazze, S, Caraceni, A, Schrijvers, D. *Epidural spinal cord compression*. Crit Rev Oncol Hematol 2005 ;56(3) : 397-406

³ Loblaw DA, Perry J, Chambers A, Laperriere NJ. *Systematic review of the diagnosis and management of malignant extradural spinal cord compression*. The Cancer Care Ontario Practice Guidelines Initiative's Neuro-Oncology Disease Site Group. J.Clin.Oncol. 2005.23: 2028 -37

- Une atteinte du réflexe cutané plantaire (cutané plantaire en extension) doit évoquer une possible atteinte de la moelle épinière (atteinte du neurone moteur supérieur) accompagnée habituellement d'une augmentation des réflexes ostéo-tendineux aux membres inférieurs.
- Une douleur mécanique nouvelle chez un patient avec facteurs de risque doit évoquer la possibilité d'une instabilité du rachis et doit être examinée.

Recommandation

Un symptôme ou un signe de possible compression médullaire devrait donc faire l'objet d'une référence immédiate (le jour même) pour imagerie et traitement en urgence.

Cancer osseux (primaire ou secondaire)

Chez les adultes de plus de 40 ans, les métastases osseuses sont 500 fois plus fréquentes que les sarcomes osseux primaires¹. L'os est le troisième site le plus fréquent de métastases après le foie et les poumons². Les néoplasies primaires métastasants le plus souvent vers l'os sont celles du sein, de la prostate, du rein, du poumon et de la thyroïde. Quant aux sarcomes primaires de l'os, l'ostéosarcome et le sarcome d'Ewing surviennent surtout dans les 2^e et 3^e décades avec un second pic d'incidence dans la 7^e décade. Le chondrosarcome est un primaire osseux survenant chez l'adulte de plus de 40 ans habituellement. Les sarcomes ne provoquent généralement pas d'atteinte de l'état général.

En présence d'une douleur osseuse inhabituelle, une histoire complète incluant les antécédents de néoplasie doit être effectuée. La douleur osseuse néoplasique est typiquement non soulagée par le repos, plus intense la nuit et réfractaire aux modalités analgésiques usuelles simples. Des douleurs à caractère mécanique (en charge ou à l'utilisation) peuvent être reliées à une atteinte du cortex de l'os et doivent laisser suspecter un risque potentiel de fracture. Les principaux os touchés sont les vertèbres, les côtes, le crâne, le fémur et la ceinture scapulaire.

À l'examen physique, on recherchera de la chaleur locale, des douleurs à la palpation de l'os affecté, une masse dans les tissus mous, une spasticité musculaire ou une atrophie musculaire, etc. Un examen neurologique complet du membre affecté est nécessaire. Si une métastase est suspectée, un examen physique complet, incluant l'examen de la thyroïde, des seins, de l'abdomen, de la prostate et des aires ganglionnaires, doit être effectué pour détecter un carcinome primaire³.

Une douleur osseuse inhabituelle, réfractaire au traitement usuel et évoluant depuis 3 ou 4 semaines, devrait être examinée. La radiographie simple de tout l'os affecté (incluant l'articulation proximale et distale) est l'examen de dépistage initial de choix. Elle est peu coûteuse, facilement disponible et rapide à obtenir. Le diagnostic différentiel des lésions osseuses s'effectue d'abord sur la radiographie simple. La radiographie simple devrait démontrer des anomalies significatives en présence d'un sarcome primaire de l'os.

Une IRM, une scintigraphie osseuse complète ou une TDM devraient être obtenues rapidement en présence d'une radiographie normale, si le niveau de suspicion clinique est élevé et si les symptômes progressent. Les douleurs référées doivent aussi être considérées (ex : douleur ressentie au genou pour une lésion de la hanche).

En présence d'une atteinte neurologique documentée avec suspicion de lésion au rachis, une IRM en urgence du segment du rachis touché devrait être obtenue et le patient devrait être immédiatement référé pour évaluation.

Des examens de laboratoire simples, comme une formule sanguine complète, une vitesse de sédimentation, la protéine C réactive aideront à éliminer une origine autre des douleurs osseuses, comme l'infection. La découverte d'une augmentation de la calcémie sérique peut

¹ Biermann JS, Holt GE, Lewis VO, et al. *Metastatic bone disease : Diagnosis, Evaluation, and treatment*. J Bone Joint Surg Am. 2009;91(6) : 1518-1530

² Coleman, RE. *Skeletal Complications of Malignancy*. Cancer 1997. 80: 1588-1594

³ Rougraff BT et al. *Skeletal Metastasis of unknown origin. A prospective study of a diagnostic strategy*. J Bone and Joint Surg Am. 1993.75:1276-1281

accompagner des métastases osseuses ou témoigner d'un syndrome paranéoplasique. Chez un homme plus âgé où la fréquence du cancer prostatique est élevée, la mesure de l'antigène prostatique (APS) peut témoigner de la présence de métastases aux os, le site le plus fréquent de métastases de ce cancer.

Recommandation

Une lésion osseuse laissant suspecter une métastase ou un sarcome primaire osseux démontrée sur une radiographie devrait faire l'objet d'une référence en moins de 10 jours en consultation spécialisée pour un complément d'investigation et une amorce de traitement, le cas échéant.

S'il y a présence d'une atteinte corticale importante ou de douleurs à caractère mécanique, le patient devra être déchargé ou immobilisé en attendant d'être dirigé en spécialité afin d'éviter une fracture pathologique⁴.

⁴ Mirels H. Metastatic disease in long bones. *A proposed scoring system for diagnosing impending fractures.* Clin Orthop Relat Res. 2003 ; (415 suppl) : S4-S13

Cancer cutané

Même s'ils ne provoquent que 2 % des décès par cancer, les cancers cutanés sont de loin les plus fréquents en Occident. Leur détection précoce par le clinicien de première ligne peut faire une différence significative quant aux années de vie sauvées et à la préservation esthétique¹. Le mélanome est le cancer cutané le plus mortel. Il est en rapide augmentation en Amérique du Nord, associé surtout à l'exposition aux rayons ultraviolets des individus à peau claire. L'âge moyen lors du diagnostic de mélanome n'est que de 59 ans, ce qui en fait le deuxième cancer le plus important quant au nombre d'années de vie perdues^{2,3}.

Contrairement aux autres cancers, le cancer cutané est visible et donc détectable rapidement. La détection précoce des lésions cutanées suspectes, les mélanomes surtout, est basée sur l'examen des lésions cutanées selon l'algorithme « ABCDE » et la détection d'un nævus différent (« vilain petit canard ») chez un patient porteur de nombreux nævus⁴. Certains patients porteurs de nombreux nævus font l'objet d'un suivi photographique annuel afin de mieux détecter les changements. L'exposition clinique répétée aux lésions cutanées demeure la meilleure façon de rehausser la capacité de détection des lésions malignes en raison de la grande variété de présentations de celles-ci. Pour accroître leur capacité de détection, les cliniciens de première ligne devraient aussi visiter régulièrement des sites de photographies dermatologiques⁵.

Détection des cancers cutanés : éléments visuels à rechercher	
A	Asymétrie (la moitié d'un grain de beauté ne correspond pas à l'autre)
B	Bordure irrégulière (contour irrégulier, dentelé)
C	Couleurs hétérogènes incluant le noir, le rouge, le violet et le brun. Le blanc au sein d'une lésion peut témoigner d'une involution d'un mélanome avec extension plus profonde
D	Diamètre de 6 mm ou plus (le moins fiable des critères)
E	Évolution : croissance de la lésion, épaissement, changement d'apparence

¹ Statistiques canadiennes sur le cancer. 2013. Disponible en ligne au : www.cancer.ca

² National Comprehensive Cancer Network(NCCN) : *Melanoma*. Version 3.2014. Disponible en ligne au : www.nccn.org

³ Palli-science. *Suivi des patients atteints de cancer. Mélanomes et autres cancers cutanés*. Disponible en ligne au : www.palli-science.com/

⁴ Orient, M. Jane. *Sapira's Art & Science of Bedside Diagnosis*. 2010. pp 126-130

⁵ Énoncé de position de l'Association des dermatologistes du Québec sur le dépistage des cancers cutanés par les omnipraticiens lors de l'examen médical périodique. Décembre 2012. Disponible en ligne au: www.fmsq.org/fr/

Autres signes suspects :

- plaie qui ne guérit pas;
- propagation des pigments au-delà d'un grain de beauté;
- rougeur ou gonflement au-delà des contours d'un grain de beauté;
- démangeaison, sensibilité, douleur;
- modification de l'apparence d'un grain de beauté : desquamation, saignement, apparition de nodules.

On suggère un maximum de 2 à 4 semaines entre la première visite et la biopsie d'un possible mélanome^{6 7}. Lorsqu'un mélanome est suspecté, il ne faut pas hésiter à référer le patient rapidement au dermatologue ou au chirurgien pour une biopsie en ellipse avec exérèse complète de la lésion si possible^{8 9 10}.

Recommandation

Référer en moins de 10 jours à un spécialiste formé pour l'exérèse de mélanome les patients présentant :

- une lésion pigmentée suspecte de mélanome nodulaire;
- une lésion pigmentée suspecte de mélanome non nodulaire à la dermoscopie;
- une lésion pigmentée suspecte de mélanome (score de 3 ou plus) :
 - 2 points : chaque changement de taille, de forme et de couleur;
 - 1 point : chaque lésion de plus de 6 mm, avec inflammation, écoulement ou accompagnée d'une sensation changée.

Envisager de référer en moins de 10 jours un patient :

- avec une lésion suspecte de carcinome basocellulaire uniquement si le retard de traitement entraînerait pour le patient des conséquences négatives (localisation dans une zone délicate comme le visage, lésion de grande taille);
- avec une lésion suspecte de carcinome épidermoïde :
 - référer à un spécialiste en moins de 3 mois tout patient avec une lésion suspecte de carcinome basocellulaire.

⁶ NHS Scotland. *Scottish Referral Guidelines for Suspected Cancer*. Health Improvement Scotland, 2014

⁷ NICE. *Guideline. Referral guidelines for suspected cancer*. 22 Juin 2015. Disponible en ligne au : www.nice.org.uk/guidance/CG27

⁸ Granger Eugénie. *L'exérèse des tumeurs cutanées*. Médecin du Québec. Vol 48. No 5. Mai 2013

⁹ Zuber TJ. Punch Biopsy of the skin. *Am Fam Physician*. 2002.Mar 15.65(6):1155-1158

¹⁰ Nice Guidance on Cancer Services : *Improving outcomes for people with skin tumours including melanoma (update): The management of low risk basal cell carcinoma in the community*. 2010. Disponible en ligne au: www.nice.org.uk

Sarcomes des tissus mous

Les sarcomes font partie d'un groupe hétérogène de tumeurs malignes non épithéliales. Ces tumeurs des tissus de soutien squelettiques et non squelettiques peuvent survenir n'importe où dans le corps. Les sarcomes prennent leur origine dans des cellules embryonnaires mésenchymateuses souches qui se différencient en cellules malignes histologiquement similaires aux cellules du tissu conjonctif, du stroma intestinal, du cartilage, des os, des vaisseaux sanguins, des muscles lisses, de la gaine nerveuse ou du tissu adipeux. Vingt pour cent des sarcomes sont osseux, 80 % affectent les tissus mous.

Les tumeurs bénignes des tissus mous (lipomes, kystes, abcès, granulomes) sont 100 fois plus fréquentes en première ligne que les sarcomes, d'où le retard fréquent de diagnostic de ces cancers souvent agressifs¹.

La plupart des sarcomes des tissus mous se présentent par des masses indolores ou peu douloureuses en croissance rapide (à l'échelle de semaines). Lorsqu'elles sont non visibles (cavité abdominale, espace rétro-péritonéal), ces masses peuvent devenir volumineuses : le tiers des sarcomes mesurent plus de 10 cm au diagnostic. Au début de leur évolution, la croissance des sarcomes se fait habituellement le long des plans anatomiques en respectant les fascias. Les symptômes généraux, soit la fatigue, la fièvre, la perte de poids, sont rares au diagnostic.

Cette présentation discrète des sarcomes explique leur détection souvent tardive. Il est recommandé de référer en moins de 2 semaines le patient avec une masse suspecte des tissus mous pour une biopsie à l'aiguille sous échoguidage ou une chirurgie-exérèse avec larges marges^{2 3 4 5 6 7}.

Les masses des tissus mous suspectes sont les suivantes⁸:

- masse douloureuse;
- masse de 5 cm ou plus;
- masse en croissance;
- masse irrégulière;
- masse profonde ou fixe des tissus mous;
- symptômes et signes de compression locale nerveuse périphérique.

¹ NICE guideline ;*Suspected cancer : recognition and referral*. 22 juin 2015. Disponible en ligne au : www.nice.org.uk/guidance/NG12v

² National Comprehensive Cancer Network (NCCN). *Soft tissue sarcoma*. Clinical Practice Guidelines in Oncology (2012 update). Disponible en ligne au : www.nccn.com

³ Avis sur les délais dans le traitement chirurgical du cancer – Conseil québécois de lutte contre le cancer – 2001. Le *Conseil québécois de lutte contre le cancer* s'est prononcé sur des délais acceptables entre un diagnostic présumé et un traitement chirurgical à visée curative.

⁴ NHS Scotland; *Scottish referral guidelines for suspected cancer*; Health Improvement Scotland. 2014

⁵ Palli-Science: *Suivi des patients atteints de cancer : sarcomes des tissus mous*. www.palli-science.com

⁶ Hussein R, Smith MA. *Soft tissue sarcomas: are current referral guidelines sufficient?* Ann R Coll Surg Engl. 2005; 87(3): 171

⁷ Bhangu AA, Beard JA, Grimer RJ: *Should Soft Tissue Sarcomas be Treated at a Specialist Centre ?* Sarcoma. 2004; 8 (1):1

⁸ Hussein R, Smith MA. *Soft tissue sarcomas: are current referral guidelines sufficient?* Ann R Coll Surg Engl. 2005 : 87(3):171

La biopsie incisionnelle est déconseillée en raison du risque de dissémination tumorale. Lorsque c'est possible, toute suspicion de sarcome justifie une référence à un chirurgien expérimenté dans ce type de cancer. De plus, pour le diagnostic d'une masse des tissus mous, il ne faut pas retarder l'analyse histopathologique pour effectuer une imagerie. L'échographie de surface n'est pas recommandée pour les masses des tissus mous ni même la tomodensitométrie en raison du manque de sensibilité de ces modalités diagnostiques pour les sarcomes.

Recommandation

Envisager de référer à un spécialiste en moins de 10 jours un patient présentant une lésion osseuse suspecte de sarcome à la radiographie

Envisager de demander une TDM en moins de 2 semaines pour évaluer une masse des tissus mous de cause inconnue et en croissance chez un adulte (moins de 2 jours chez un enfant).

Cancers hématologiques

Les hémopathies malignes (« cancer du sang ») regroupent plusieurs conditions différentes, incluant les leucémies aiguës, mais aussi les désordres lymphoprolifératifs (maladie de Hodgkin, lymphomes non hodgkiniens, myélome multiple, leucémie lymphoïde chronique) et les désordres myéloprolifératifs (polycythémie et thrombocythémie essentielle, leucémie myéloïde chronique, myélofibrose) ainsi que les syndromes myélodysplasiques. Ces syndromes hématologiques peuvent toucher une ou plusieurs des trois lignées sanguines (globules rouges, globules blancs, plaquettes) pour provoquer soit une surproduction, soit une déficience qui se manifeste alors par de l'anémie (fatigue, dyspnée, pâleur, tachycardie, décompensation cardiaque), une thrombocytopénie (pétéchies, ecchymoses spontanées, épistaxis, hémorragies) ou une neutropénie (fièvre, infections)¹.

On trouve dans la plupart des cancers hématologiques des symptômes généraux dits « de type B » : sudations nocturnes, fièvre et perte de poids, et parfois prurit et douleurs osseuses².

On doit rechercher à l'examen physique de la fièvre, des lésions de grattage, des pétéchies et des ecchymoses, une pâleur des téguments ainsi que des adénopathies augmentées de volume, fermes et indolores le plus souvent, mobiles au début de la maladie (contrairement aux adénopathies métastatiques), mais fixes lorsqu'elles deviennent volumineuses (magmas ganglionnaires). On recherche aussi une splénomégalie et une hépatomégalie, celles-ci étant le plus souvent discrètes au début de la maladie.

Un symptôme ou un signe persistant devrait être évalué rapidement (par une formule sanguine complète) et le patient référé en consultation spécialisée en moins de 28 jours pour une investigation plus poussée³.

¹ Palli-science. *Suivi des patients atteints de cancer. Détection des métastases. Syndromes myélodysplasiques. Syndromes myéloprolifératifs.* www.palli-science.com/

² Mesa, Ra, Niblack, J, Wadleigh, M et al. *The burden of fatigue and quality of life in myeloproliferative disorders (MPDs) : an international internet-based survey of 1179 MPD patients.* Cancer 2007: 109 :68

³ NHS Scotland. *Scottish Referral Guidelines for Suspected Cancer.* Health Improvement Scotland. 2014

ANNEXE 1 :

Recommandations selon les symptômes ou les signes cliniques

Cette section a été adaptée du document de « NICE¹ ».

Les termes utilisés dans les recommandations déterminent le niveau d'urgence.

Référer : Il s'agit d'une recommandation forte pour diriger le patient vers des services spécialisés pour une investigation.

Envisager : Le médecin de famille pourra décider, selon son jugement clinique, d'une investigation spécialisée.

Symptôme ou signe clinique	Cancer suspecté	Recommandation
Sphère ORL		
Lésion dans la cavité buccale, incluant les lèvres Nodule Ulcère Leucoplasie (plaque blanche) Érythroplasie (lésion rouge)	ORL	Envisager de référer le patient à un spécialiste ORL en moins de 10 jours
Changement de la voix, chez un patient de 45 ans et plus : <ul style="list-style-type: none"> voix rauque persistante masse cervicale d'étiologie indéterminée 	Larynx	Envisager de référer le patient à un ORL en moins de 10 jours
Masse cervicale	ORL	Envisager de référer le patient à un ORL en moins de 10 jours
Nodule thyroïde d'étiologie indéterminée	Glande thyroïde	Envisager de référer le patient à un ORL en moins de 10 jours
Thorax		
Douleur thoracique d'étiologie indéterminée chez un patient qui a déjà fumé Toux inexpliquée Dyspnée inexpliquée nouvelle ou aggravée Infection pulmonaire persistante Perte de poids Perte d'appétit	Poumon Mésothéliome	Demander une radiographie pulmonaire en moins de 2 semaines pour rechercher un cancer du poumon, chez un patient de 40 ans et plus, fumeur ou ancien fumeur

Symptôme ou signe clinique	Cancer suspecté	Recommandation
Douleur thoracique d'étiologie indéterminée chez un patient qui n'a jamais fumé présentant au moins 2 des symptômes suivants : <ul style="list-style-type: none"> • toux • fatigue • dyspnée • douleur thoracique • perte de poids • perte d'appétit 	Poumon	Demander une radiographie pulmonaire en moins de 2 semaines pour rechercher un cancer du poumon chez un patient de 40 ans et plus qui n'a jamais fumé
Hémoptysies Radiographie pulmonaire suspecte Hémoptysies chez un patient de 40 ans et plus ^{1 2 3 4}	Poumon	Référer le patient à un spécialiste en moins de 10 jours
Hippocratisme digital Adénopathie sus-claviculaire Adénopathie cervicale persistante inexpliquée Infection pulmonaire répétée ou persistante Tout autre signe thoracique compatible avec un cancer du poumon Thrombocytose	Poumon	Demander une radiographie pulmonaire en moins de 2 semaines pour rechercher un cancer du poumon chez un patient de 40 ans et plus
Adénopathie sus-claviculaire ou cervicale persistante chez un patient de plus de 40 ans	Poumon	Demander une radiographie pulmonaire en moins de 2 semaines
Tout signe thoracique compatible avec une maladie pleurale	Mésothéliome Poumon	Demander une radiographie pulmonaire en moins de 2 semaines pour rechercher un cancer du poumon ou un mésothéliome chez un patient de 40 ans et plus
Sein		
Nodule dans un sein, inexpliqué, chez une femme de 30 ans et plus	Sein	Référer la patiente en consultation spécialisée pour une investigation complète (trajectoire d'investigation du cancer du sein) en moins de 10 jours
Nodule dans un sein chez une femme de moins de 30 ans	Sein	Référer la patiente pour une investigation non urgente

¹ NICE Guideline. *Suspected cancer : recognition and referral* ; 22 juin 2015 ; Disponible en ligne au : www.nice.org.uk/guidance/ng12

² NICE (National Institute for Health and Care Excellence). Royaume-Uni. *Lung cancer, The diagnosis and treatment of lung cancer*. April 2011. Disponible en ligne au : www.nice.org.uk/guidance/CG121, www.nice.org.uk/guidance/cg121, www.pathways.nice.org.uk/pathways/lung-cancer/lung-cancer-overview

³ www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/lutte-contre-le-cancer/documents/guides-cepo-pdf/avis_delais_traitement_cancer_2001.pdf

⁴ INESSS en collaboration avec le Groupe d'étude en oncologie du Québec (GEOQ). et la Direction générale de cancérologie. *Cancer du poumon - Algorithmes d'investigation, de traitement et de suivi*, 2014

www.inesss.qc.ca/publications/publications/publication/cancer-du-poumon-algorithmes-dinvestigation-de-traitement-et-de-suivi.html

Symptôme ou signe clinique	Cancer suspecté	Recommandation
Masse axillaire inexplicée chez une femme de 30 ans et plus	Sein	Envisager une investigation complète (trajectoire d'investigation du cancer du sein) en moins 10 jours
Écoulement d'un sein unilatéral inexplicé avec rétraction chez une femme de 50 ans et plus	Sein	Référer la patiente pour une investigation complète (trajectoire d'investigation du cancer du sein) en moins de 10 jours
Abdomen		
Dysphagie haute	Œsophage	Demander une endoscopie digestive haute en moins de 2 semaines
Dyspepsie réfractaire au traitement chez un patient de 55 ans et plus	Œsophage Gastrique	Demander une endoscopie digestive haute plus de 2 semaines
Dyspepsie réfractaire au traitement chez un patient de 55 ans et plus avec perte de poids	Œsophage Gastrique	Demander une endoscopie digestive haute (plus de 2 semaines)
Reflux avec perte de poids chez un patient de 55 ans et plus	Œsophage Gastrique	Demander en moins de 2 semaines une endoscopie digestive haute
Reflux chez un patient de 55 ans et plus avec hausse des plaquettes, nausées, vomissements	Œsophage Gastrique	Demander une endoscopie digestive haute (plus de 2 semaines)
Nausées ou vomissements avec perte de poids chez un patient de 60 ans et plus	Pancréas	Envisager de référer le patient en moins de 2 semaines, pour une TDM (tomodensitométrie) abdominale et une pelvienne Si non accessible, demander une échographie abdominale et pelvienne
Nausées ou vomissements chez un patient de 55 ans ou plus, avec hausse des plaquettes, dyspepsie, douleur abdominale	Œsophage Gastrique	Demander une endoscopie digestive haute (plus de 2 semaines)
Hématémèse	Œsophage Gastrique	Si le saignement n'est pas actif : demander une endoscopie digestive (plus de 2 semaines)
Douleur abdominale inexplicée avec perte de poids chez un patient de 40 ans et plus	Colorectal	Référer le patient pour une coloscopie (formulaire AH-702)
Douleur abdominale inexplicée chez un patient de moins de 50 ans avec rectorragie	Colorectal	Référer le patient pour une coloscopie (formulaire AH-702)
Douleur abdominale inexplicée chez un patient de plus de 50 ans avec rectorragie	Colorectal	Référer le patient pour une coloscopie (formulaire AH-702)
Patient de plus de 60 ans avec une anémie ferriprive ou des changements d'habitude des selles	Colorectal	Référer le patient pour une coloscopie (formulaire AH-702)
Douleur abdominale supérieure chez un patient de 55 ans et plus avec perte de poids	Œsophage Gastrique	Demander une endoscopie gastro-intestinale en moins de 2 semaines

Symptôme ou signe clinique	Cancer suspecté	Recommandation
Douleur abdominale supérieure chez un patient de 55 ans et plus avec anémie, hausse des plaquettes, nausées ou vomissements	Œsophage Gastrique	Envisager de demander une endoscopie gastro-intestinale (plus de 2 semaines)
Découverte à l'examen physique d'une masse abdominale supérieure, d'une hépatomégalie ou d'une ascite	Gastrique Colorectal avancé Ovaire avancé	Référer le patient en moins de 10 jours en consultation spécialisée pour investigation
Masse abdominale supérieure compatible avec une augmentation du volume du foie ou de la vésicule biliaire	Voies biliaires	Demander une échographie abdominale en moins de 2 semaines
Masse abdominale chez une personne de 60 ans et plus avec perte de poids	Pancréas	Référer pour une TDM (tomodensitométrie) abdominale et pelvienne en moins de 2 semaines Si non accessible, procéder à une échographie abdominale et pelvienne
Douleur au dos inexpliquée avec perte de poids chez un patient de 60 ans et plus	Pancréas	Référer pour une TDM (tomodensitométrie) abdominale et pelvienne en moins de 2 semaines Si non accessible, procéder à une échographie abdominale et pelvienne
Ictère inexpliqué chez un patient de 40 ans et plus	Pancréas	Référer pour une TDM (tomodensitométrie) abdominale et pelvienne en moins de 2 semaines Si non accessible, procéder alors à une échographie abdominale et pelvienne
Symptômes de « côlon irritable » nouveaux chez un patient de 50 ans et plus d'une durée de 12 mois et plus (Le côlon irritable commence très rarement à cet âge)	Ovaire	Amorcer l'investigation en première ligne : échographie ou TDM abdomino-pelvienne
Changement d'habitudes des selles, inexpliqué, chez un patient de 60 ans et plus	Colorectal	Référer pour une coloscopie (formulaire AH-702)
Changement d'habitudes des selles, inexpliqué, sans rectorragies, chez un patient de moins de 60 ans	Colorectal	Référer pour une coloscopie (formulaire AH-702)
Changement d'habitude des selles, inexpliqué, chez une femme de 50 ans et plus	Ovaire	Amorcer l'investigation en première ligne : échographie ou TDM abdomino-pelvienne
Changement d'habitudes des selles, inexpliqué, chez un patient de 50 ans et plus avec rectorragies	Colorectal	Référer pour une coloscopie (formulaire AH-702)
Diarrhée ou constipation nouvelle chez un patient de 60 ans et plus avec perte de poids	Pancréas	Demander une TDM abdomino-pelvienne, ou à défaut une échographie en moins de 2 semaines
Hépto-splénomégalie inexpliquée	Leucémie	Demander une formule sanguine complète en moins de 48 h

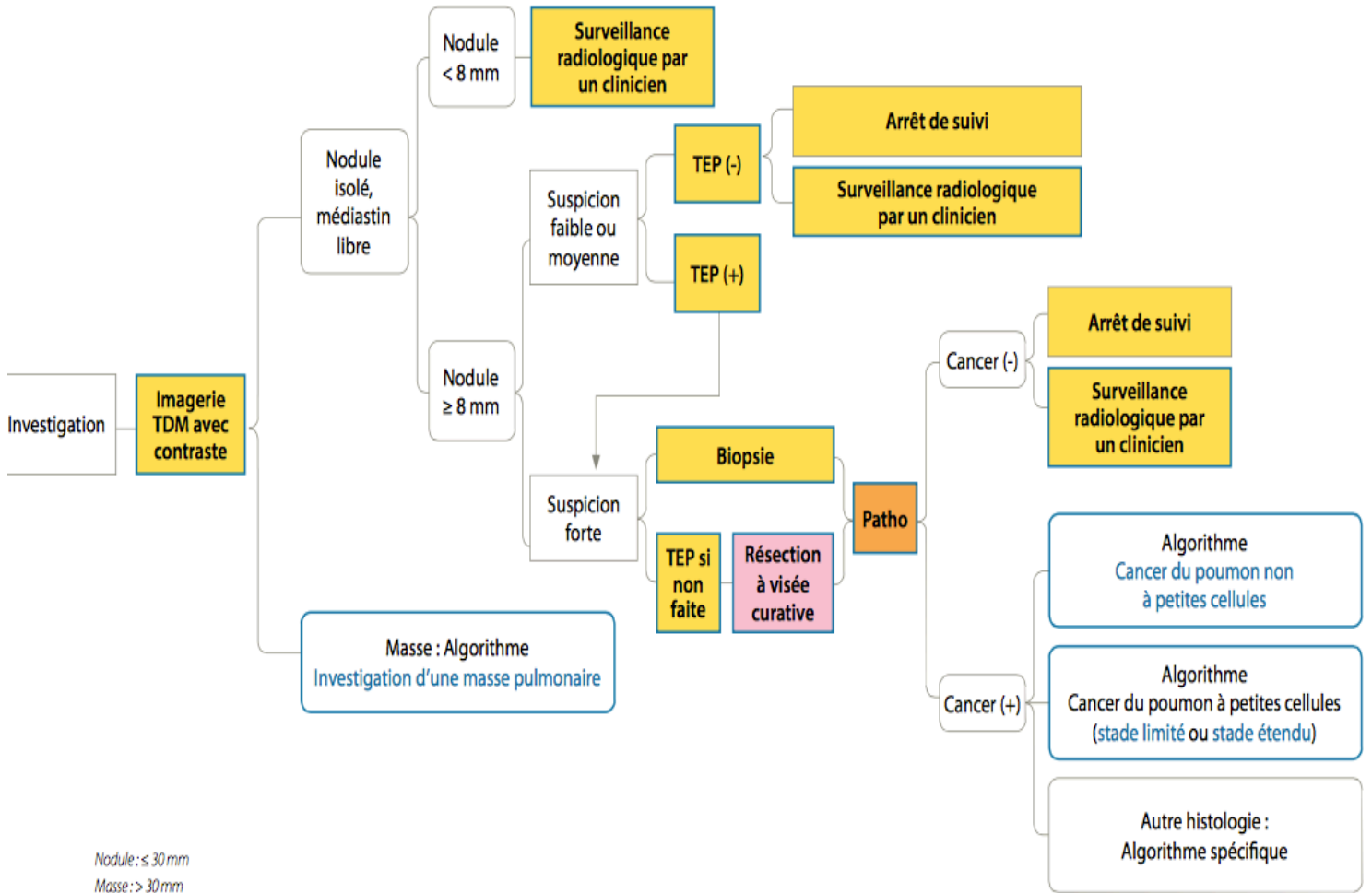
Symptôme ou signe clinique	Cancer suspecté	Recommandation
Splénomégalie inexplicée	Lymphome non hodgkinien	Envisager de référer en consultation spécialisée en moins de 10 jours
Douleur abdominale médiane et/ou pelvienne persistante ou récidivante (plus de 12 fois par année) chez une femme de 50 ans et plus	Ovaire	Mesure du CA 125 s'il y a un doute clinique important Amorcer l'investigation de base en première ligne : échographie pelvienne et abdominale en moins de 2 semaines : référer en consultation spécialisée en moins de 10 jours en cas d'anomalie suspecte
Distension abdominale fréquente (plus de 12 fois par année) ou persistante chez une femme de 50 ans et plus	Ovaire	Mesure du CA 125 s'il y a un doute clinique important Faire une échographie pelvienne et abdominale avant de référer la patiente en spécialité
Douleurs au dos ou osseuses		
Douleur au dos inexplicée avec perte de poids chez un patient de 60 ans et plus	Pancréas	Envisager de référer le patient pour une TDM (tomodensitométrie) abdominale et pelvienne urgente en moins de 2 semaines Si non accessible, demander une échographie abdominale et pelvienne
Douleur au dos inexplicée chez un patient de 60 ans et plus Fracture inexplicée chez un patient de 60 ans et plus	Myélome multiple	Demander une formule sanguine complète, une mesure de la calcémie sérique et de la viscosité du plasma avec la sédimentation en moins de 2 semaines
Douleurs osseuses persistantes inexplicées chez un patient de 60 ans et plus	Myélome multiple	Demander une formule sanguine complète, une mesure de la calcémie sérique et de la viscosité du plasma avec la sédimentation en moins de 2 semaines
Pelvis		
Dysurie avec hématurie microscopique chez un patient de 60 ans et plus	Vessie	Référer le patient en urologie en moins de 10 jours
Hématurie visible (macroscopique) inexplicée persistante ou récidivante après des traitements pour infection urinaire chez un patient de 45 ans et plus	Vessie Rein	Référer le patient en urologie en moins de 28 jours
Hématurie microscopique avec dysurie ou des leucocytes sanguins augmentés chez un patient de 60 ans et plus	Vessie	Référer le patient en urologie en moins de 28 jours
Hématurie visible (macroscopique) avec anémie ou thrombocytose, glycémie élevée ou pertes vaginales anormales chez une patiente de 55 ans et plus	Endomètre avancé	Référer la patiente en gynécologie en moins de 10 jours
Hématurie visible (macroscopique) chez un homme	Prostate	Envisager de faire la mesure de l'APS et un toucher rectal
Infection urinaire inexplicée ou persistante chez un patient de 60 ans et plus	Vessie	Référer le patient en urologie en moins de 28 jours

Symptôme ou signe clinique	Cancer suspecté	Recommandation
Symptômes urinaires bas chez un homme (nycturie, fréquence augmentée, hésitation, urgenturie, rétention)	Prostate	Envisager de faire la mesure de l'APS et un toucher rectal
Fréquence urinaire augmentée, urgenturie persistante ou récidivante, chez une femme de 50 ans et plus	Ovaire	Mesure du CA 125 s'il y a un doute clinique important Demander une échographie pelvienne et abdominale à faire en moins de 2 semaines
Masse au testicule, élargissement, changement de texture	Testicule	Envisager de référer le patient en urologie en moins de 10 jours
Symptôme testiculaire inexpliqué	Testicule	Envisager de demander une échographie
Masse pelvienne chez une femme qui n'est pas compatible avec des fibromes utérins	Ovaire	Référer la patiente en gynécologie en moins de 10 jours
Lésion ou masse suspecte au col utérin ou au vagin	Col utérin	Référer en gynécologie en moins de 28 jours
Saignements postménopausiques (plus de 12 mois après l'arrêt des menstruations) chez une femme de 55 ans et plus	Endomètre	Référer la patiente en gynécologie en moins de 28 jours
Saignements postménopausiques (plus de 12 mois après l'arrêt des menstruations) chez une femme de moins de 55 ans	Endomètre	Référer la patiente en gynécologie en moins de 28 jours
Rectorragies inexpliquées chez un patient de 55 ans et plus	Colorectal	Référer le patient en moins de 10 jours en consultation spécialisée (trajectoire d'investigation du cancer colorectal)
Saignements vulvaires inexpliqués Nodule ou masse vulvaire inexpliqués	Vulve	Référer la patiente pour un rendez-vous en gynécologie en moins de 28 jours
Masse rectale inexpliquée	Colorectal	Référer le patient en moins de 10 jours en consultation spécialisée (trajectoire d'investigation du cancer colorectal)
Masse anale ou ulcère inexpliqués	Anus	Référer le patient en moins de 10 jours en consultation spécialisée
Tissus mous et adénopathies		
Masse en croissance dans les tissus mous du corps	Sarcome	Référer le patient en moins de 2 semaines pour une TDM (tomodensitométrie)
Masse, lésion ou symptôme au pénis inexpliqués et persistants (exclure une ITSS)	Pénis	Référer le patient en moins de 10 jours en consultation spécialisée
Adénopathie (une ou plus) inexpliquée chez un adulte Douleur au niveau des adénopathies après ingestion d'alcool	Lymphomes (Hodgkin ou non hodgkinien)	Référer le patient en moins de 10 jours en consultation spécialisée
Lymphadénopathies généralisées	Leucémie	Demander une formule sanguine complète en moins de 48 h

Symptôme ou signe clinique	Cancer suspecté	Recommandation
Neurologique		
Symptômes ou signes neurologiques centraux (cérébral ou possible atteinte de la moelle épinière)	SNC, moelle épinière	Demander en moins de 2 semaines une imagerie par IRM ou une TDM
Système hématologique		
Ecchymoses inexpliquées	Leucémie	Demander une formule sanguine complète en moins de 48 heures
Pâleur, fatigue importante persistante	Leucémie	Demander une formule sanguine complète en moins de 48 heures
Pétéchies	Leucémie	Demander une formule sanguine complète en moins de 48 heures
Prurit avec splénomégalie inexpliqués ET fièvre, diaphorèses nocturnes, perte de poids, dyspnée	Lymphome	Envisager une référence en consultation spécialisée en moins de 10 jours
Thrombophlébite profonde inexpliquée	Possible cancer avancé sous-jacent	Envisager une investigation pour rechercher un cancer sous-jacent en moins de 28 jours
Peau		
Lésion cutanée suspecte pigmentée avec au moins 3 sur 7 sur l'échelle d'évaluation	Mélanome	Référer le patient en moins de 10 jours en dermatologie
Lésion cutanée suspecte pigmentée ou non, laissant suspecter un mélanome nodulaire	Mélanome	Référer le patient en moins de 10 jours en dermatologie
Lésion cutanée laissant suspecter un	Carcinome basocellulaire	Référer en moins de 3 mois Adresser en moins de 10 jours si le délai a des conséquences négatives (visage, large lésion)
Symptômes généraux		
Perte de poids, fatigue ou perte d'appétit inexpliquée chez un patient de 40 ans et plus qui a déjà fumé	Poumon Mésothéliome (sans exposition à l'amiante)	Demander une radiographie en moins de 2 semaines
Perte de poids	Cancer de toute origine incluant poumon, pancréas, estomac, œsophage, pancréas, vessie et rein	Évaluation clinique exhaustive Référer en moins de 10 jours en consultation spécialisée pour compléter cette investigation
Perte d'appétit inexpliquée avec satiété rapide	Ovaire	Demander en moins de 2 semaines une échographie pelvienne et abdominale
Diabète nouveau chez un patient de 60 ans et plus avec perte de poids	Pancréas	Envisager de faire une TDM abdominale en moins de 2 semaines, sinon demander une échographie
Fatigue inexpliquée chez une femme	Ovaire	Échographie pelvienne et abdominale à faire en moins de 2 semaines

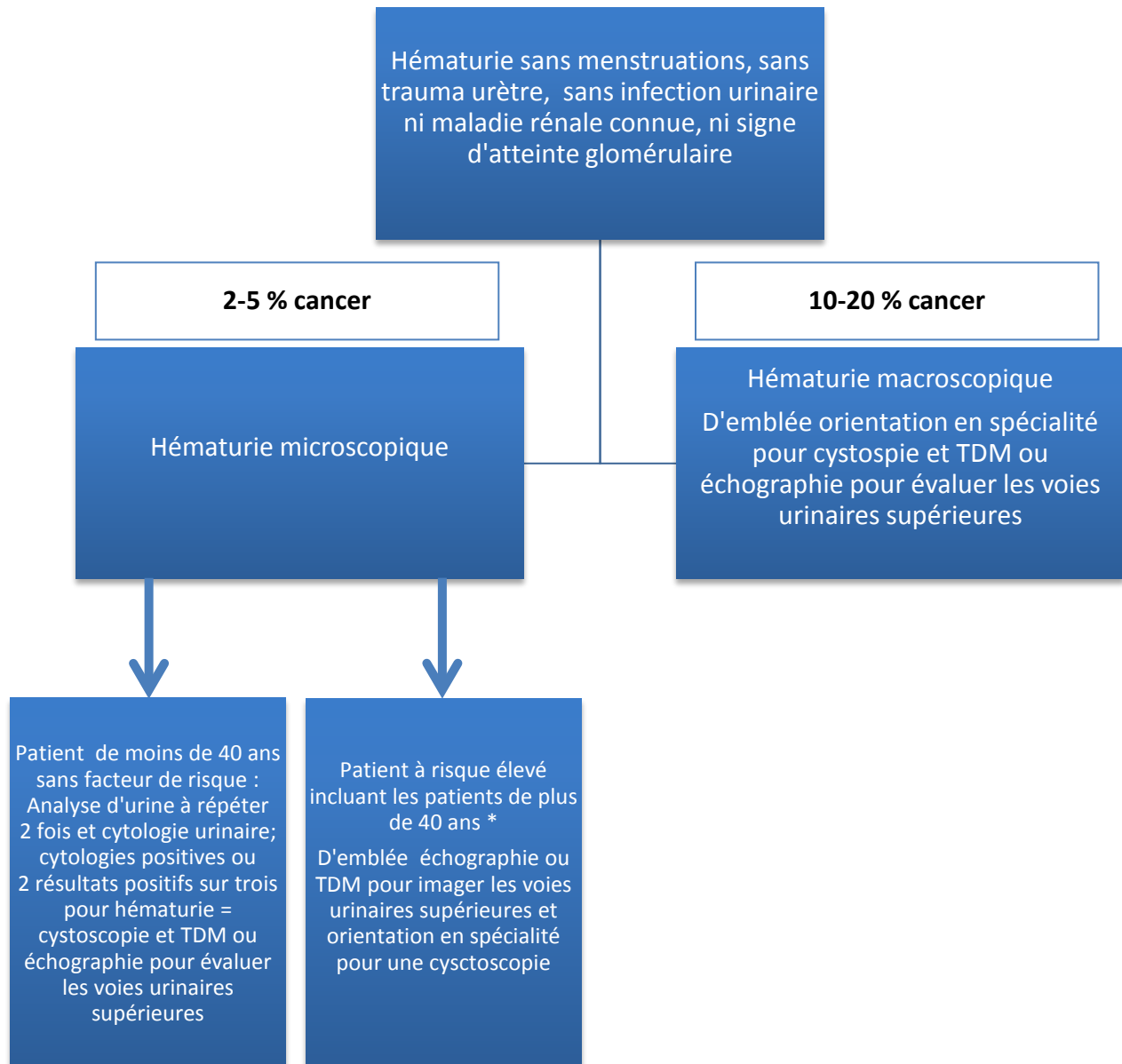
Symptôme ou signe clinique	Cancer suspecté	Recommandation
Fièvre Perte de poids Diaphorèses nocturnes Dyspnée persistante inexpliquée	Leucémie Lymphome	Demander une formule sanguine complète en moins de 48 heures Référencer en moins de 10 jours en hématologie
Infections persistantes ou récidivantes inexpliquées	Leucémie	Demander une formule sanguine complète en moins de 48 heures
Diaphorèses nocturnes, prurit, dyspnée et perte de poids	Lymphome	Envisager une référence en moins de 10 jours en hématologie

ANNEXE 2 : Algorithme d'investigation d'un nodule pulmonaire isolé, INESSS 2014¹



¹ www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Oncologie/CEPO-GEOQ_Algorithmes_cancer_du_poumon.pdf

ANNEXE 3 : Investigation d'une hématurie en première ligne^{1 2 3}



¹ Palli-Science. *Suivi des patients atteints de cancer. Cancer de la vessie.* www.palli-science.com

² Grossfeld GD, Litwin MS, Wolf JS. *Evaluation of Asymptomatic Microscopic Hematuria in Adults: the American Urological Association Best Practice Policy – Part II: Patient Evaluation, Cytology, Voided Markers, Imaging, Cystoscopy, Nephrology Evaluation, and Follow-up.* Urology 2001 ;; 57 (4) : 604-10

³ Canadian guidelines for management of asymptomatic microscopic hematuria in adults 2008. Can Urol Association J 2009: 3(1) : 77-80