

**Vendredi 13 Janvier 2012**

**Thème : L'ANNONCE DE LA RECHUTE**

**08h50 – 09h05 : Michel REICH**

**1-Parmi les propositions suivantes concernant l'annonce d'une rechute d'un cancer du sein chez une patiente, une ou plusieurs sont fausses : lesquelles ?**

- V** -Elle ne doit pas s'intégrer dans le cadre du dispositif d'annonce comme c'est le cas pour l'annonce initiale d'un cancer du sein localisé
- F** -Elle doit tenir compte de ce que sait la patiente de sa situation médicale
- V** - Elle est moins traumatisante que l'annonce initiale de cancer du sein
- V** - Elle ne doit pas respecter les mécanismes de défense de la patiente car il y a urgence à traiter
- F** - Elle doit s'accompagner d'une trace écrite dans le dossier médical

**2-Parmi les propositions suivantes concernant l'impact psychologique de l'annonce d'une rechute d'un cancer du sein, une ou plusieurs sont vraies : lesquelles ?**

- F** -Les croyances des patientes par rapport à la rechute ne doivent jamais être prises en considération dans le choix thérapeutique
- V** -L'apparition de troubles psychiatriques tels que dépression, trouble de l'adaptation, stress post-traumatique peuvent être différés par rapport à l'annonce
- V** -Le vécu psychologique de l'annonce de cette rechute peut conditionner l'adaptation ultérieure des patientes
- V** - La difficulté pour ces patientes à devoir annoncer à l'entourage et notamment leurs enfants constitue une source supplémentaire de détresse psychologique
- F** - L'acceptation sur le plan psychologique d'une nouvelle prise en charge par chimiothérapie se fait plus facilement

**3-Parmi les propositions suivantes concernant l'annonce d'une rechute du cancer du sein et de ses traitements chez la femme jeune, une ou plusieurs sont vraies : lesquelles ?**

- V** - La survenue ultérieure d'un épisode dépressif majeur durant la chimiothérapie peut compromettre la bonne poursuite de ce traitement
- V** - La sincérité relationnelle de l'oncologue doit primer sur l'énonciation systématique d'une vérité pronostique
- F** - L'alopécie due à la chimiothérapie est systématiquement mal vécue sur le plan psychologique
- F** - Les attentes des patientes concernant les modalités de cette annonce correspondent généralement à celles de leur médecin
- V** - L'annonce d'une rechute de cancer du sein doit tenir compte des spécificités psychosociales de chaque patient

# Q.C.M

## Thème : LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

### 09h30 – 10h10 - Didier MAYEUR

#### 1-Les patchs de capsaïcine :

- F sont indiqués dans le traitement de douleurs nociceptives
- V sont indiqués en traitement de douleurs neuropathiques non diabétiques après échec des traitements classiques
- F peuvent être prescrits par le médecin traitant
- F ne nécessitent pas l'application préalable d'un anesthésique local

#### 2-Les fentanyl d'action rapide :

- V nécessitent une titration
- F sont interchangeables entre eux dose pour dose
- V peuvent être utilisés en traitement d'accès douloureux prévisibles
- V peuvent être repris dans un délai inférieur à deux heures

#### 3-Parmi les techniques non médicamenteuses :

- F Il est certain que la musicothérapie n'a aucun intérêt
- V L'acupuncture pourrait être utile dans le traitement des douleurs neuropathiques post-chimiothérapie
- F L'exercice physique ne permet pas de diminuer les douleurs post-thérapeutiques

# Q.C.M

## 09H50 – 10H10 : Sylvie ROSTAING

### Quelle est, ou quelles sont, la ou les réponses justes ?

- V** - Une douleur est qualifiée de « rebelle » si les traitements antalgiques occasionnent des effets indésirables intolérables et incontrôlables, limitant l'augmentation des doses.
- F** - On dénombre aujourd'hui 3% à 5% de douleurs cancéreuses rebelles.
- F** - Une douleur instable est synonyme de douleur rebelle.
- V** - Les pompes d'antalgie auto-contrôlée (pompes PCA) à morphine ou oxycodone sont indiquées en cas de douleur cancéreuse instable.
- F** - Il faut privilégier les monothérapies dans le traitement symptomatique des douleurs cancéreuses rebelles.
- V** - Dans le cadre de douleurs rebelles, la méthadone peut être envisagée après évaluation par une équipe spécialisée en « douleur ou soins palliatifs ».
- F** - En cas de douleurs rebelles, la rotation des opioïdes est une alternative thérapeutique qui est proposée après échec d'un traitement par méthadone.
- F** - La méthadone a l'AMM en France pour la douleur.
- F** - La Kétamine est un antagoniste des récepteurs opioïdes de la corne postérieure de la moelle.
- V** En cas de douleur cancéreuse rebelle, la kétamine peut être associée au traitement opioïde fort.
- F** - Parmi les 3 voies d'administration centrale des antalgiques (péridurale, intrathécale, intra-cérébro-ventriculaire), la voie péridurale est à privilégier.
- V** - Le ziconotide est indiqué pour le traitement des douleurs intenses, chroniques chez les patients nécessitant une analgésie intrarachidienne
- F** - Le ziconotide est un antalgique opioïde.
- F** - Le ziconotide est réservé aux douleurs neuropathiques.
- V** - On peut associer anesthésique local, morphine et ziconotide, par voie intrarachidienne, dans les douleurs cancéreuses rebelles.

# Q.C.M

## Thème : LES SOINS DE SUPPORT : AUTRE

**10h20 – 10h40 : Hélène SIMON**

**QCM 1 : Employé dans le cancer du sein métastatique le Bévacicumab augmente significativement le risque de toxicité  $\geq 3$  pour**

- F - L'hypertension artérielle
- V - Les thromboses veineuses
- F - L'insuffisance cardiaque
- F - Les événements hémorragiques

**QCM 2 Après la mise en place d'une chambre implantable quel délai, au vu des études récentes, est recommandé avant de débiter le Bévacicumab ?**

- F - 48h
- V - 7 jours
- F - 10 jours
- F - 21 jours

**QCM 3 La tension artérielle d'une patiente est mesurée en hôpital de jour, juste avant l'administration d'un premier cycle de Bévacicumab à 169/105 mm hg. Cette patiente est asymptomatique. Quelle conduite devez-vous adopter.**

- V - Administrer le Bevacizumab et lui demander une surveillance tensionnelle à domicile avant le prochain cycle.
- F - Retarder la perfusion de Bevacizumab pour faire le bilan de cette HTA et instaurer si nécessaire un traitement
- F - Administrer un antihypertenseur oral ou IV avant la perfusion de Bevacizumab, puis lui demander une surveillance tensionnelle à domicile avant le prochain cycle.

## Q.C.M

**11h10 – 12h00 : Philippe COLOMBAT**

**1) Fréquence du symptôme d'épuisement professionnel chez les médecins oncologues :**

- F - 10 % - 20 %
- F - 20 % - 30 %
- V** - 30 % - 40 %
- F - 50 % - 60 %

**2) Parmi les causes suivantes, quelles sont celles pouvant être à l'origine du syndrome d'épuisement professionnel des soignants ? :**

- V** - la charge de travail
- F - l'organisation du travail
- F - les rapports entre l'infirmière et le médecin
- F - le type de management
- V** - +/- le caractère du soignant

**3) Parmi les dispositions suivantes quelles sont celles qui sont actuellement obligatoires dans les services de cancérologie ?**

- F - les R.C.P.
- V** - le soutien aux équipes
- F - les formations internes
- V** - les staffs pluriprofessionnels
- F - la réalisation d'un projet de prise en charge des patients et des proches
- V** - les R.M.M.

## Q.C.M

### Thème : CANCER DU SEIN METASTATIQUES D'EMBLEE : PRISE EN CHARGE DE LA TUMEUR PRIMITIVE ?

**14h00 – 14h15 : Marie-France CHAUVET**

**En ce qui concerne l'intérêt du contrôle local des patientes au stade IV d'emblée:**

**F** Toutes les études publiées à ce jour montrent un bénéfice significatif en survie chez ces patientes

**V** La survie semble améliorée surtout en cas de tumeur peu agressive, associée à un seul site métastatique, plutôt osseux.

**V** Les biais observés dans les études rétrospectives imposent la prudence sur les effets de la prise en charge locorégionale sur la survie

**F** La survie des patientes semble améliorée quelque soit le type de métastase

### Thème : OUTILS SERVANT A L'EVALUATION DE L'ACTION THERAPEUTIQUE

**15h35 – 15h50 : Jean-Marc RIEDENGER**

**Lors du suivi thérapeutique d'une métastase, le dosage du CA15-3 (**

**F** - n'est pas un élément d'évaluation de l'efficacité thérapeutique

**V** - est un élément d'évaluation de l'efficacité thérapeutique parmi d'autres (examen clinique, imagerie...).

**F** - est le principal élément d'évaluation de l'efficacité thérapeutique.

**F** - est l'unique élément d'évaluation de l'efficacité thérapeutique

**Lors du suivi biologique de l'efficacité thérapeutique d'une métastase**

**F** - il est inutile de faire doser le marqueur dans un même laboratoire

**F** - Il est inutile de doser le marqueur avant traitement

**F** - Une augmentation de marqueur sous traitement correspond toujours à une évolution

**V** - La normalisation d'une valeur initiale est élevée est un facteur de meilleur pronostic

**Les études publiées montrent un taux de discordances clinico-biologiques de 20 à 30% celles-ci peuvent s'expliquer par (1 mauvaise réponse)**

**F** - Des réponses cliniques dissociées

**V** - Des évolutions unifocales

**F** - Un effet pointe lors d'un traitement systémique

**F** - La difficulté à définir des cibles en imagerie