

Dr I.BOULOUH

Szrxicz Oncologie Mésicale

CLCC-Annaba

2021-2022

Les échelles d'évaluation de l'état général & classifications des cancers

I- Evaluation de l'état général chez un cancéreux

I.1 Echelle de performance-Définition :

Outil de mesure du degré d'autonomie d'une personne.

Permet d'évaluer en médecine, en oncologie comme dans d'autres spécialités:

l'état de santé général et les activités du quotidien effectuées par des patients atteints de cancer. Cette évaluation peut par exemple déterminer

- Si leur état permet l'administration d'une chimiothérapie,
- Si les doses doivent être ajustées,
- Egalement de mesurer l'intensité requise des soins palliatifs.
- Elle est également employée au cours des essais cliniques des chimiothérapies pour mesurer la qualité de vie.

I.2 Systèmes d'évaluation :

Plusieurs systèmes d'évaluation sont disponibles:

- ❑ le score de **Karnofsky** et
- ❑ le score de **Zubrod**, particulièrement employé pour les publications de l'OMS.
- ❑ le score de **Lansky** ,Concerne les enfants

A- Échelle de Karnofsky

L'échelle est de 100 à 0, où 100 représente la pleine santé et 0 la mort.

Les praticiens cotent parfois par intervalles standardisés, de 10 en 10.

Cette échelle d'évaluation porte le nom du **Dr David A. Karnofsky**, qui décrivit cette échelle en 1949 avec le Dr Joseph H. Burchenal.

L'objectif initial de son élaboration est de fournir aux thérapeutes une évaluation des capacités de leur patient de survivre à une chimiothérapie anticancéreuse :

indice	description
100	Normal ; aucune plainte, aucun signe de maladie.
90	En mesure de poursuivre une activité normale ; signes ou symptômes mineurs de maladie.
80	Activité normale, avec un effort ; quelques signes ou symptômes de maladie.
70	Autonome ; incapable de poursuivre une activité normale ou de travailler de façon active.
60	Nécessité occasionnelle d'assistance mais capacité de pourvoir à ses besoins essentiels.
50	Nécessité d'aide considérable à la personne, soins médicaux fréquents.
40	Invalide ; nécessité de soins et d'assistance spécifiques.
30	Complètement invalide ; indication d'hospitalisation, pas de risque imminent de décès.
20	Très malade ; hospitalisation nécessaire, traitement actif ou de support nécessaire.
10	Moribond ; issue fatale proche.
0	Décédé.

B -échelle de « Zubrod » :

L'échelle de l'Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), publiée par Oken et al. en 1982), également appelée « **échelle (ou statut de performance de l'OMS** » ou « échelle de Zubrod », s'étend sur six valeurs, de 0 à 5 :

0 représente un bon état de santé et

5 le décès

son avantage sur l'échelle de Karnofsky réside dans sa simplicité

indice	description
0	Asymptomatique (activité normale : aucune restriction à poursuivre les activités précédant l'affection).
1	Symptomatique (gêné pour les activités physiques soutenues mais capable de se déplacer seul et d'assurer un travail léger ou sédentaire, par exemple un travail de bureau ou le ménage).
2	Symptomatique, alité moins de 50 % de la journée (capable de se déplacer seul et de s'occuper de soi-même mais incapable de produire un travail léger).
3	Symptomatique, alité plus de 50 % de la journée, sans y être confiné (capable de prendre soin de soi-même de manière limitée, alité ou confiné au fauteuil plus de 50 % de la journée).
4	Confiné au lit (totalement dépendant, incapable de prendre soin de soi-même, confiné au lit ou au fauteuil).
5	Mort.

Comparaison :

Une équivalence entre les index de Zubrod et de Karnofsky, particulièrement efficace chez les sujets en bonne santé, a été validée à une large échelle pour les patients atteints de cancer :

Zubrod 0-1 : correspond à Karnofsky 80-100

Zubrod 2 c : orrespond à Karnofsky 60-70

Zubrod 3-4 : correspond à Karnofsky 10-50

3

C-Score de Lansky :

Concernant les enfants, qui peuvent éprouver des difficultés à exprimer leur qualité de vie, un système d'évaluation plus observationnelle est proposé par Lansky et al., validé en 1987.

indice	description
100	Pleinement actif, normal.
90	Restrictions mineures aux activités physiques et au jeu.
80	Actif mais plus rapidement fatigable qu'avant l'affection.
70	Restrictions importantes aux activités et au temps passé à jouer.
60	Activités physiques et de jeu minimales ; l'enfant se consacre à des activités plus calmes.
50	S'habille mais traîne et s'étend souvent sur un lit ou un fauteuil ; pas de jeu actif mais capable de participer à des jeux ou des activités calmes.
40	Le plus souvent alité ; peut participer à des activités calmes.
30	Alité ; besoin d'aide, y compris pour des activités calmes.
20	Dort souvent ; jeu totalement limité à des activités passives.
10	Ne joue pas ; ne quitte pas le lit.
0	Absence de réaction.

II-Classification des cancers

II.1 Introduction :

Quand le diagnostic de cancer est posé, une évaluation de son extension est impérative. L'examen clinique et les résultats des investigations RX constituent la base du staging classique pour rendre valable les protocoles thérapeutiques = utiliser une classification précise des tumeurs destinée à codifier les stades anatomocliniques dans un langage commun à tous les oncologues.

La méthode de staging doit être universellement acceptable et simple.

Les facteurs ou les caractéristiques assignées à chacun des stades progressifs O-IV doivent refléter leur influence réelle sur le pronostic. Un facteur propre au stade IV ne devrait pas être placé dans le stade II.

La communication doit être précise.

II.2 Définition :

La classification TNM est un système international, qui permet de classer les cancers selon leurs extensions anatomiques.

Cette classification permet d'établir des relations entre les différents oncologues autorisant ainsi des comparaisons d'informations échangées. Il s'agit en quelque sorte d'un code commun.

Il s'agit d'une classification

- ☐ soit **purement clinique** préfixe ' c ' (**cTNM**)
- ☐ Soit **après traitement chirurgical** et examen anatomopathologique : préfixe ' p ' (**pTNM**)
- ☐ S'il s'agit d'une récurrence, on peut utiliser le préfixe ' r ' (**rTNM**).

II.3 Intérêt de la classification TNM :

La classification des tumeurs a plusieurs buts :

- ❖ Stadifier le cancer;
- ❖ Prévoir le pronostic
- ❖ Adapter la thérapeutique à la situation clinique
- ❖ Comparer les résultats thérapeutiques entre groupes de malades relativement homogènes,

- ❖ Permettre des études thérapeutiques nécessaires pour la mise en évidence d'un progrès thérapeutique.

II.4 Eléments pris en compte pour la classification des tumeurs

La plupart des classifications ont une base initiale clinique. Cependant parfois, d'autres éléments seront pris en considération.

Les éléments déterminants sont : 5

- ☐ l'importance de l'envahissement local,
- ☐ l'importance de l'envahissement à distance,
- ☐ le type histologique et éventuellement des grades spécifiques à ce type de cancer,
- ☐ éventuellement des marqueurs tumoraux divers,

(à l'avenir, les différents marqueurs géniques - recherche d'anomalies génétiques)
l'état général du malade.

RAPPEL SUR LE BILAN D'EXTENSION

Le bilan d'extension consiste, à partir de l'examen clinique initial complet, à demander les examens complémentaires qui permettront d'établir l'extension qu'a pris le cancer, et de proposer ainsi une thérapeutique adaptée.

1. Extension locale

L'étude de l'extension locale a pour but de préciser le siège, les dimensions de la tumeur, et ses relations avec les organes voisins. Elle s'apprécie sur le volume tumoral, selon des moyens différents adaptés à la localisation tumorale.

Exp ; - Pour le Cancer de sein , de la thyroïde et des testicules l'examen clinique seule permet une bonne classification

- Pour le cancer du côlon, la colonoscopie permet d'évaluer l'invasion superficielle
- Pour le cancer de l'ovaire, c'est la cœlioscopie ou laparotomie exploratrice qui permet de faire une classification correcte.

2. Extension ganglionnaire

- **Evaluation clinique:**

On recherchera, par la palpation soigneuse des aires ganglionnaires :

- Ganglions axillaires dans le cancer du sein
- Ganglions cervicaux dans les cancers ORL
- Ganglions inguinaux des cancers de la vulve, de la verge, des mélanomes des membres inférieurs
- Ganglion sus-claviculaire des métastases à distance (ce n'est plus une extension régionale).

- **Evaluation para clinique :**

La lymphographie pédieuse, réservée aux lymphopathies mais également pour certaines études aux cancers du col de l'utérus

Le scanner abdomino-pelvien et/ou thoracique, montrant les ganglions augmentés de volume

- **Evaluation chirurgicale**

La chirurgie cancérologique correcte comporte une lymphadénectomie des ganglions satellites, et une étude histologique de principe 6

3. Bilan d'extension métastatique :

Le risque de métastases existe pratiquement pour tous les cancers (sauf pour le baso cellulaire) ; Quatre organes sont étudiés fréquemment :

Poumon : radiographie simple

Foie: échographie abdominale

Os : scintigraphie osseuse

Cerveau : scanner cérébral ou IRM

II. 5 Classification :

La classification TNM comporte :

Critère T : Ce critère concerne la tumeur primitive :

- **T x** la tumeur primitive ne peut être étudiée
- **T 0** il n'y a pas de tumeur primitive
- **T 1** atteinte très limitée,
- **T 2** atteinte plus importante (en général, la taille dépasse 2 cm)
- **T 3** atteinte des tissus conjonctifs voisins (fixité),
- **T 4** atteinte des organes voisins.

Critère N : Ce critère concerne les ganglions régionaux :

- **N x** il n'est pas possible de statuer sur les ganglions,
- **N 0** la recherche de ganglions satellites est négative,
- **N 1** atteintes minimales ganglionnaires des ganglions proximaux,
- **N 2** atteintes majeures ganglionnaires des ganglions proximaux,
- **N 3** atteintes des ganglions au-delà des ganglions proximaux.

Critère N Il décrit la présence ou non de métastases :

- **M x** il n'y a pas d'éléments permettant de statuer sur les métastases,
- **M 0** il n'y a pas de métastases à distance,
- **M 1** il existe une (ou des) métastase(s) à distance

Regroupement par stade :

Stade	Description
O	Cancers in situ (non-invasifs, sans métastases lymphatiques ou veineuses).
I	Invasion locale précoce, sans métastases.
II	Extension locale limitée de la tumeur et/ou métastases lymphatiques régionales
III	Tumeur étendue localement et/ou métastases lymphatiques régionales étendues
IV	Tumeur localement avancée ou métastases à distance quel que soit l'extension Locale

II.6 Conclusion :

La classification TNM est un code universel qui reste simple, précis, sans ambiguïté.

Il est toujours important de stratifier les tumeurs dans le but de créer des groupes homogènes : homogène sur un plan pronostique, homogène sur un plan thérapeutique.

D'autre part, les échanges d'informations sont facilités par ce langage commun ; il est, ainsi, plus aisé de comparer, et d'évaluer.

