

Annales des examens DIU d'Oncogériatrie

Année 2005

Session juin

Démarche de conception et de réalisation d'une chimiothérapie anticancéreuse chez un sujet âgé

Session septembre

Définition, description et mise en œuvre des soins de support dans la prise en charge d'un malade âgé atteint de tumeur maligne.

Année 2006

Session juin

Question rédactionnelle :

Maniement et complications des morphiniques chez les malades âgés

Cas clinique

Vous voyez en consultation Mr François P, médecin à la retraite âgé de 82 ans, en compagnie de son épouse. Il a comme antécédent une hypertension artérielle non compliquée, une hypercholestérolémie et un surpoids (95 kg pour 178 cm). Les chiffres tensionnels sont normalisés par un inhibiteur calcique et le taux de cholestérol par une statine. Il a cessé toute activité professionnelle il y a 4 ans, en quittant la présidence de l'Association des Médecins Retraités de sa discipline d'origine. Il vit avec son épouse, dévouée à ses côtés et a un fils unique qui travaille sur une plate forme pétrolière en Afrique. Il joue au golf une fois par semaine et passe sinon depuis un an beaucoup de temps devant la télévision.

Sa présentation est un peu négligée avec une cravate défaite, tachée de jaune d'œuf, et la braguette mi-ouverte. Il marche avec une canne. Il arrive très souriant vers vous et vous salue d'un « Bonjour Collègue. Super l'hôpital et la secrétaire est vraiment canon ! ».

Il est adressé pour l'exploration d'une adénopathie cervicale haute de 3 cm de diamètre, non douloureuse et mobile. Cette adénopathie est isolée. A la question « Depuis quand avez-vous cela ? », il répond « J'en sais rien. C'est X, mon ancien interne, qui a voulu que je vienne vous voir. Mais c'est sûrement les dents. D'ailleurs vous n'auriez pas mieux que l'Augmentin, cela fait trois mois que j'en prends et la boule est toujours là. Trois mois ou plus j'en sais rien. D'ailleurs *j'ai la mémoire qui flanche, je me souviens plus très bien* (ces derniers mots sont chantonnés) ».

Son épouse intervient en fixant les débuts des difficultés de mémoire à deux ans auparavant et en les considérant comme assez gênants car elle doit tout lui répéter. Elle précise qu'en outre son mari ne s'intéresse plus à grand chose. Elle trouve qu'il cherche ses mots et qu'il est irritable (« Ah les gonzesses ! » dit-il). Elle raconte également qu'il s'est trompé cette année dans la rédaction de la déclaration d'impôt. Il s'est énervé contre elle quand elle a voulu corriger le document fiscal. (« *D'ailleurs il est très irritable même si comme vous voyez il blague souvent* »).

Il a maigri de quelques kilos (4 au cours des 2 derniers mois) et se dit « crevé, c'est les antibiotiques sûrement ». Il marche avec une canne depuis une chute dans l'escalier il y a trois semaines.

L'examen clinique somatique est strictement normal en dehors d'un souffle carotidien systolique gauche. La pression artérielle est symétrique à 130/85 sans hypotension orthostatique.

Comment poursuivez-vous l'évaluation clinique et paraclinique de ce malade ?

Alors que vous avez envoyé le patient passer un ECG dans la salle de soins des infirmières, l'épouse vous interroge « Qu'est-ce qu'il a ? C'est terrible, je me le reconnais plus, il dit des choses parfois ! ».

Comment répondez-vous à cette question ?

Le prélèvement histologique du ganglion cervical montre une prolifération lymphomateuse à grandes cellules B.

Précisez votre bilan d'extension

Celui-ci s'avère négatif.

Précisez les termes de votre entretien avec le malade et son épouse. Quel plan de prise en charge proposez-vous.

La décision thérapeutique est la réalisation d'une chimiothérapie associant : Mabthéra (375 mg/m²) , Oncovin (1,4 mg/m² J1), Adriamycine (50 mg/m² J1), Endoxan (750 mg/m²) et Prednisone (1 mg/kg, J1 à J5). Les cycles de chimiothérapie sont prévus toutes les trois semaines.

Quelles sont les complications potentielles de cette chimiothérapie et comment les prévenir au mieux chez ce patient ?

Huit jours après la première chimiothérapie le patient est adressé en urgence pour un tableau de confusion fébrile. La température est à 39°5. Il est agité dans son lit, tient de propos incohérents à forte connotation sexuelle. Il insulte tout le monde et traite l'infirmière qui pose la perfusion de salope. Il arrache immédiatement la perfusion. L'examen clinique ne montre pas de foyer infectieux évident. La numération montre une hémoglobine à 8 gr/dl, une leucopénie à 400 (10% de polynucléaires et 15 % de monocytes). Les plaquettes sont à 80000.

Décrivez la prise en charge.

La guérison de l'épisode et la prévention des récurrences permet la réalisation du protocole thérapeutique à peu près dans les délais. L'adénopathie a quasiment disparu.

La veille de la sixième cure, il fait une nouvelle chute responsable d'une violente douleur dorsale basse. Le lendemain à l'hôpital de jour, il est hyperalgique, incapable de marcher. La palpation de la douzième vertèbre dorsale est très douloureuse.

Quel bilan proposez-vous ?

Quinze jours après les choses vont un peu mieux même s'il reste très fatigué et encore douloureux. Il peut à peine se déplacer dans son appartement et va difficilement du lit au fauteuil de la salle à manger. Vous recevez un coup de téléphone de son fils (qui est sur sa plate-forme de forage). « C'est la catastrophe : mon cousin vient de m'appeler. Ma mère vient de se casser le col du fémur ! ».

Que faites-vous, en sachant qu'il n'y a plus un lit de disponible dans votre hôpital ?

Année 2007

Session juin

Question rédactionnelle (50 % de la note)

Evaluation et prise en charge nutritionnelle d'un cancéreux âgé.

Cas clinique (50% de la note)

Un homme âgé de 82 ans, vivant en appartement avec son épouse de 78 ans, père de deux enfants de 50 et 52 ans, consulte pour des rectorragies évoluant depuis 6 mois environ. Il a maigri de 5 kg au cours de ces trois mois et se plaint d'une perte d'appétit, notamment pour les viandes, ainsi que d'une discrète douleur au foie. Il signale aussi une constipation qui a tendance à s'aggraver mais qui alterne curieusement avec des phénomènes à type de spasmes intestinaux douloureux soulagés par des diarrhées. Il se sent très coupable d'avoir attendu pour consulter et dit avec quelques larmes dans les yeux « de toute façon, je suis fichu, c'est un cancer non ? ». Son épouse signale que depuis 15 jours il dort très mal et reste vissé devant la télévision. Auparavant il marchait tous les jours deux heures dans le bois de Boulogne.

Des antécédents du patient, on retiendra les éléments suivants :

- profession exercée pendant 35 ans : gérant d'un débit de boissons
- antécédents familiaux : son père est décédé d'un cancer du colon à l'âge de 55 ans, sa mère est décédée d'un cancer de l'ovaire à l'âge de 60 ans
- antécédents personnels :
- hypercholestérolémie traitée par statines
- hypertension artérielle contrôlée par IEC
- pose d'un stent coronarien à l'âge de 70 ans pour angor, sous bêtabloquant + Aspirine à petites doses

L'examen clinique de ce patient permet de constater les éléments suivants :

- absence de ganglion de Troisier
- léger débord hépatique avec sensibilité à la palpation
- toucher rectal : normal en dehors d'une prostate de type adénomateuse responsable à ce titre d'une pollakiurie nocturne. Un peu de sang rouge sur le doigtier.
- tendance récente mais manifeste à la constipation avec fausses diarrhées

Q : quel bilan clinique et paraclinique proposez-vous, tant sur le plan du cancer potentiel que sur le plan général ? Légitimez chacun des éléments de ce bilan.

Les résultats en sont :

- Endoscopie digestive : tumeur du sigmoïde en 'trognon de pomme', sténosant les $\frac{3}{4}$ de la circonférence colique. La biopsie permet de faire le diagnostic de carcinome lieberkhunien peu différencié.
- Présence de métastases hépatiques au nombre de trois de taille inférieure à 2 cm dans un même lobe hépatique et à distance des axes vasculaires et biliaires, confirmées en échographie avec un foie de surcharge
- Echographie cardiaque : altération de la FEVG à 45% avec troubles de la contractilité
- biologie

- biologie hépatique perturbée (1.5 N pour les transaminases et les phosphatases alcalines, normalité de la bilirubine)
- NFS : anémie hypochrome microcytaire à 10 gr/l, hyperplaquettose à 570 000
- Clairance de la créatinine à 65 ml/mn
- ACE et CA 19-9 à 2N

Quelles propositions thérapeutiques émettez-vous ? Justifiez vos hypothèses. Qu'expliquez-vous au patient si vous proposez une chimiothérapie ? Quels sont les trois principaux médicaments possibles ? Quelles en sont les grandes toxicités ? Comment organisez-vous la prise en charge en pratique et quelles sont les difficultés de réalisation possibles. Quel sera votre programme de surveillance pendant le traitement ?

Au terme de six cycles de traitement, l'évaluation morphologique permet de constater que les métastases ont régressé de 75% en volume. Il est donc discuté une chirurgie des métastases hépatiques

La chirurgie hépatique est acceptée par le patient et permet l'exérèse des trois localisations hépatiques sous forme d'une lobectomie. Hélas, en post-opératoire immédiat, le patient fait un angor motivant un séjour d'une semaine en USI cardio-vasculaire. Vous le voyez avec une sonde urinaire, sous seringue électrique de dérivés nitrés, attaché aux quatre membres. Il hurle « Salopes, laissez-moi tranquille ! »

Que proposez-vous ?

Le bilan cardiaque réalisé à distance constate une chute de la FEVG à 40%.

Que proposez-vous sur le plan carcinologique ? En cas de simple surveillance, comment l'organisez-vous ?

Année 2007

Session septembre

Question rédactionnelle (40 % de la note)

Stratégie antibiotique devant un patient âgé fébrile en aplasie post chimiothérapie.

Cas clinique (60 % de la note)

Il s'agit d'une femme de 78 ans qui consulte en présence de son mari pour une tuméfaction du sein gauche à ses côtés.

Celui-ci s'impose dans la conversation d'emblée en dressant un tableau de difficultés relationnelles d'apparition progressive depuis 5 à 6 mois. Il décrit une perte d'intérêt pour les activités de loisir qu'elle appréciait jusqu'alors (poterie, peinture sur soie, randonnée). Elle est devenue maladroitte pour les activités domestiques, qu'elle rechigne d'ailleurs à assurer. Elle parle moins, est « renfermée ». Elle n'a aucun antécédent médical et ne prend aucun médicament. L'évaluation de l'autonomie par les ADL et IADL est normale.

La patiente a un visage un peu figé, peu expressif et exprime spontanément une certaine tristesse. Elle ne se plaint pas de difficultés mnésiques (ce que confirme le mari) mais se dit fatiguée et incapable de se concentrer longtemps. Les activités manuelles artistiques ne l'intéressent plus et elle sent que son talent l'a abandonné (« Cela dépend, il y a des jours où tu fais très bien les choses, quand tu veux » dit le mari.). Le sommeil est décrit comme satisfaisant mais fréquemment peuplé de rêves dont elle ne garde pas le souvenir. Son mari décrit une agitation motrice nocturne fréquente (« elle me réveille car elle gigote »). La restitution de l'actualité récente est bonne, sans plus car peu détaillée chez cette ancienne journaliste artistique. La mémoire des faits anciens est parfaite. Le langage en dénomination et en fluence est normal. La reconnaissance de photos de personnages historiques est correcte. L'examen des praxies réflexives est normal de même que celui des praxies idéomotrices. En revanche il existe des troubles visuo-spatiaux avec un échec au test de l'horloge. Le MMS est à 26/30 (perte d'un point au rappel différé et de trois points au calcul). L'examen neurologique central et périphérique est normal. Il existe un doute sur une roue dentée à la mobilisation de la main droite. La marche est un peu ralentie avec une perte du ballant du bras droit. Le demi-tour est normal. Le reste de l'examen clinique est normal.

Pendant que vous sortez avec la malade du cabinet de consultation pour tester la marche, mon mari vous remet dans la main un petit bout de papier plié. Vous le lisez en marchant derrière la malade et il est inscrit : « Je n'ose pas vous le dire devant elle mais elle voit des choses qui n'existent pas ».

Vis à vis de ces troubles quelle est votre démarche (diagnostique, examens complémentaires, prise en charge)

Vous en arrivez enfin à l'examen du sein ...

Il est noté au niveau du sein gauche une tuméfaction importante, soulevant la peau, s'accompagnant d'un phénomène de rétraction cutanée lorsque la patiente lève les bras au ciel. Cette tuméfaction est présente depuis un an, elle a progressivement augmenté de taille, sans être rapidement évolutive toutefois pour atteindre un diamètre de 5 cm. Elle n'est pas douloureuse, elle

n'est pas ulcérée, et elle s'accompagne d'une adénopathie axillaire, dure, mobile, non douloureuse mais manifestement suspecte d'être tumorale et mesurant 2 cm de diamètre.

Le reste de l'examen clinique est normal, notamment au niveau des autres aires ganglionnaires et du sein contro-latéral.

Quel bilan cancérologique proposez-vous chez cette patiente ?

Quel bilan envisagez-vous pour évaluer les grandes fonctions vitales de cette patiente ?

Quelle décision prenez-vous pour établir le diagnostic de malignité et évaluer l'extension histologique de la maladie ?

Quelle proposition thérapeutique au plan local, régional et général proposez-vous sachant que l'on vous confirmera l'hormono-sensibilité de la maladie, son caractère bien différencié (score de Scarff Bloom Richardson à 1 ; indice de prolifération Ki 67 < à 10%) ?

Justifier chacune de vos décisions thérapeutiques au plan local, régional et général.

Au décours du traitement loco-régional et quelques temps après l'instauration du traitement médical général, la patiente vient vous revoir en consultation, se plaignant d'arthralgies invalidantes touchant les petites articulations de la main, les poignets et les chevilles. Ces douleurs sont rendues d'autant plus gênantes qu'est apparu un lymphoedème du membre supérieur gauche.

Quelle est votre proposition thérapeutique sur la prise en charge du lymphoedème ?

Quel est votre avis sur l'origine de ces douleurs et que proposez-vous ?

Dans le même temps le mari exprime son inquiétude devant le fait que sa femme est tombée à plusieurs reprises ces deux derniers mois « oh à chaque fois par maladresse... pensez donc avec tout cela elle n'a plus de muscle ... ».

Quelles sont vos propositions pour ces derniers problèmes ?