



## Cas clinique

- A l'examen, la patiente se dit fatiguée mais son état général est conservé (Performans Status 2).
- T° 37.3°C, PA 105/55mmHg, FC 100/mn, SaO2 94%.
- Les bruits du cœur sont rapides et réguliers à l'auscultation cardiaque, un souffle systolique est perçu à l'ensemble des foyers. Il n'y a pas de crépitant et le murmure vésiculaire est symétrique à l'auscultation pulmonaire.
- L'abdomen est sensible à la palpation dans son ensemble surtout en fosse iliaque droite avec sensation d'empâtement. Il n'y a pas de défense, les dernières selles remontent à 2 jours auparavant. Il n'y a pas de sang sur le doigtier au TR.

## Cas clinique

- La biologie retrouve:
  - 8 000 leucocytes/mm<sup>3</sup>,
  - lymphocytes à 1000 /mm<sup>3</sup>,
  - Hb 8.0g/dl, VGM 78 fl,
  - plaquettes 450.000/mm<sup>3</sup>,
  - réticulocytes 35.000 /mm<sup>3</sup>,
  - Na 146 mmol/l, K 4.6 mmol/l,
  - urée 15 mmol/l, créatinine 95 µmol/l, CRP 25mg/l.
- Le bilan hépatique normal, l'albumine est à 30g/l.
- La troponine est normale, ainsi que la glycémie.

## Cas clinique

- 1) Commentez les anomalies biologiques
- 2) Quelle est votre attitude thérapeutique initiale ? Que pensez-vous de l'ordonnance ?
- 3) Les explorations des douleurs abdominales ont finalement conclu à un adénocarcinome du cœcum précocclusif, sans extension métastatique. Avant de discuter le dossier de Mme X en réunion de concertation multidisciplinaire pour décider d'une attitude thérapeutique adaptée, vous devez préciser certaines données essentielles. Décrivez-les brièvement
- 4) La patiente présente quelques éléments de fragilité gériatrique, quels seront vos arguments pour justifier d'un traitement chirurgical standard
- 5) Comment allez-vous entourer le geste chirurgical finalement décidé ?
- 6) Quelle serait ensuite l'indication théorique d'une chimiothérapie ?

### 1) Commentez les anomalies biologiques

- Anémie microcytaire arégénérative (possiblement liée à une carence martiale)
- Lymphopénie modérée
- Hyperplaquettose (possiblement liée à une carence martiale)
- Hypoalbuminémie (possible dénutrition si pas de fuite protéique urinaire ou digestive ou pas d'insuffisance hépatocellulaire)
- Hypernatrémie (deshydratation)
- Insuffisance rénale fonctionnelle en rapport avec la déshydratation (l'hyperurémie peut aussi être en favorisée par un saignement digestif)
- Discret syndrome inflammatoire

## 2) Quelle est votre attitude thérapeutique initiale ? Que pensez-vous de l'ordonnance ?

- Arrêt des diurétiques (thiazidique et furosémide)
- Arrêt du Zyloric (pas d'indication)
- Arrêt de l'Orocal (majoré les troubles digestifs)
- Réhydratation, intraveineuse au début (car inappétence et nausées)
- Transfusion de 2 culots globulaires (après avoir prélevé le bilan d'anémie) chez cette patiente ayant une cardiopathie ischémique.
- Traitement antalgique (Paracétamol + Spasfon), IV au début
- Evacuer un éventuel fécalome
- Traitement antinauséeux si besoin (éviter Primpéran, plutôt Motilium)
- ECG si pas fait aux urgences
- (Manque dans l'ordonnance le traitement de l'ostéoporose qu'il faudra revoir plus tard)

## 3) Vous devez préciser certaines données essentielles. Décrivez-les brièvement

- Mode vie : domicile, institution, mariée ou veuve, vit seule ou non
- Entourage familial et amical, aidant principal, personne de confiance
- Autonomie avant l'hospitalisation (ADL, IADL)
- Appréhender l'état cognitif, MMSE, horloge
- Colliger l'ensemble des comorbidités, étaient-elles contrôlées ou non
- Récupérer les ordonnances, renseigner les traitements réellement pris avant l'hospitalisation (médicaments pris en automédication)
- Etat nutritionnel (perte de poids, albumine, pré-albumine)
- Etat thymique (syndrome anxio-dépressif)
- Mobilité, troubles de la marche et de l'équilibre, chutes récentes
- Troubles sensoriels invalidants
- Bilan cardiaque : échographie cardiaque avec mesure de la fraction d'éjection du VG

4) La patiente présente quelques éléments de fragilité gériatrique, quels seront vos arguments pour justifier d'un traitement chirurgical standard

- Cancer symptomatique : patiente hospitalisée pour douleurs abdominales, anémie, tumeur pré-occlusive
- Cancer a priori curable chirurgicalement
- En théorie possibilité de rétablissement immédiat de la continuité, suites opératoires plus simples, pas de nécessité de réintervention
- Il faut l'accord de la patiente après explications adaptées, de préférence en présence de sa famille ou de l'aidant principal, surtout si troubles cognitifs
- Le pronostic vital non engagé à très court terme

5) Comment allez-vous entourer le geste chirurgical finalement décidé ?

- Pour une réhabilitation post-opératoire optimisée :
- Renutrition périchirurgicale (régime hypercalorique hyperprotidique pauvre en fibre et complément nutritionnels oraux sans fibre et sans lactose, immunonutrition quelques jours avant la chirurgie (Oralimpact\*))
- Mise au fauteuil précoce en post-opératoire, kinésithérapie motrice
- Analgésie adaptée (éviter le Tramadol/Topalgic en post opératoire pour limiter les risques de confusion)

6) Quelle serait ensuite l'indication théorique d'une chimiothérapie ?

- Stade III (et peut-être Stade II avec emboles lymphatiques et vasculaires)