



Groupement de Coopération Sanitaire  
A M P L I T U D E

---

# Cas clinique de Madame M.

Journée Gériatologique de Vitteaux

15 octobre 2015

Dr Imad SFEIR

Oncogériatre

Madame M (85 ans) est résidente dans un EHPAD depuis 1 an. Elle a intégré dès son arrivée une USA (Unité Spécifique Alzheimer) où elle déambule dans un milieu fermé. Elle participe aux animations simples. Madame M. présente une inversion du cycle nyctéméral. Elle prend son traitement per os mais s'oppose régulièrement à certains actes infirmiers comme les prises de sang ou les pansements.



# Traitement habituel

---

- Ebixa 5mg/pression, sol buvable: 4 pressions par jour
- Xanax 0,25mg CPR: 1 CPR par jour
- Doliprane gel 500: 6 gel par jour
- Uvedose 100.000 UI: 1 ampoule tous les 60 jours



## ATCD:

- Un passage en arythmie complète par fibrillation auriculaire résolu spontanément en 2012
- Une poussée de chondrocalcinose en 2011
- Dépression réactionnelle il y a 20 ans suite au décès de son mari.

## Pathologies actives:

- Ostéoporose
- Démence type Alzheimer (diagnostic 2003)
- Anxiété



- Veuve depuis 20 ans
- A 3 enfants (1 garçon et 1 fille résidants à proximité de Montbard et une 2<sup>ème</sup> fille qui habite Orléans )
- A travaillé comme secrétaire dans l'entreprise de son mari (garage automobile)
- Elle résidait seule une maison particulière jusqu'à son arrivée à l'EHPAD.
- Elle est sous tutelle (sa fille aînée)
- ALD 30 pour démence depuis 10 ans



# Bilan gériatrique

- ADL: 1/6 (dépendante pour la toilette, habillage, aller aux WC, locomotion, continence et alimentation)
- IADL: 0/8 (dépendance pour le téléphone, les courses, les repas, l'entretien, lessive, le transport, la prise de médicaments et la gestion du budget)
- Elle a un périmètre de marche conservé
- MMSE à 10/30
- GIR 2
- NPI (Inventaire Neuropsychiatrique) coté à 40 au lieu de 36 il y a un an. Ce score est basé sur la fréquence, la gravité et le retentissement des troubles du comportement sur la vie quotidienne.
- Albumine à 30 g/l



# Contexte oncologique

- Madame M. présente une AEG depuis plusieurs semaines avec fatigue++, somnolence++ et perte du poids et une dyspnée.
- La résidente présente également un urticaire généralisé avec des lésions de grattage (non calmé par un anti-histaminique).
- L'examen clinique met en évidence une masse médiane sous mandibulaire de 2 cm.
- NFP: Hb: 11.6 g/l, GB a 6700 (53%PNN et 30%LC), Plq à 238000
- VS à 30, Clairance créatinine à 63 ml/min
- PAL à 198 (N<130)
- EPP: hypo albuminémie et hyper gammaglobulinémie<sub>7</sub>



- L'échographie confirme la présence de 2 masses sous mandibulaire: une médiane de 2cm et la deuxième gauche de 1.6 cm pouvant correspondre à des adénopathies suspectes.
- Le scanner cervical réalisé en premier temps montre la présence de plusieurs ADNP cervicales suspectes avec un syndrome de masse tissulaire para vertébral supérieur bilatéral.
- le scanner thoraco-abdomino-pelvien : plusieurs ADNP axillaires bilatérales et inguinales bilatérales et lombo aortiques pouvant atteindre 50 par 40 mm de diamètre en moyenne. Pleurésie Droite suspecte.





- Que faire à ce stade?
  - en sachant que Madame M. est incapable de comprendre ce qui lui arrive et ne peut pas donner son consentement

# Demander l'avis du tuteur et la famille

- Entretien téléphonique avec sa fille (tutrice) pour une éventuelle biopsie. La fille veut réfléchir et discuter avec son frère et sa sœur.
- Une semaine après, la famille donne son accord pour réaliser une biopsie. Mais à ce stade, les enfants ne veulent pas parler d'une possible prise en charge thérapeutique





Groupement de Coopération Sanitaire  
A M P L I T U D E

---

Le ganglion biopsié est colonisé par un  
**Lymphome Malin B**, Folliculaire, de grade 1-2 de  
l'OMS

# Discussion en RCP du dossier de Madame M.:

---

- 1-Pas de chimio type CHOP
- 2-Possibilité de proposer du Chloraminophène per os
- 3-Abstention thérapeutique



- Après l'accord de la famille,
- Nous avons démarré un traitement par :
  - Chloraminophène gél 2mg: 2 gél par jour TLJ et
  - Solupred 20mg: 3 CPR par jour 4 jours par mois.



- Bonne tolérance du traitement sur le plan clinique (moins fatiguée, stabilisation du poids, disparition de prurit et moins de chute) et biologique (pas de baisse significative de l'Hb ni de GB et plaquettes).
- Scanner cervico-thoraco-abdominal réalisé trois mois après le début du traitement) montre une diminution significative des ganglions de manière générale. Diminution de la pleurésie.
- 1 an après le début du traitement : Altération progressive de l'état général avec une baisse de l'Hb à 7,5 g/l, ce qui nous a obligé à arrêter le traitement.
- Décès de la patiente 3 mois après dans un tableau de défaillance global.



- Malgré que Madame M. est démente et très dépendante, nous avons réussi à trouver un compromis entre l'abstention thérapeutique et un traitement optimal.
- Sa qualité de vie s'est améliorée pendant environ 1 an.





Groupement de Coopération Sanitaire  
A M P L I T U D E

---

Merci

Dr Imad Sfeir  
Imad.sfeir@ch-hco.fr