

Réunion de concertation pluridisciplinaire...

....en temps réel

Dr Isabelle Morel-Soldner

Service de Gériatrie

Centre Hospitalier Lyon Sud

Mr B. né le 19/08/1944 - RCP

Réunion de concertation pluridisciplinaire

Données générales

Date : 20/03/2014 Nom du MEDECIN : Dr MOREL-SOLDNER

HOPITAL / CLINIQUE : Centre Hospitalier LYON SUD

Participants :

Nom du patient : B.

Prénom : R.

Date de naissance : 19/08/1944

Age : 70 ans

Sexe : M

Mr B. né le 19/08/1944 - RCP

Antécédents et histoire de la maladie

- Des antécédents d'éthylisme chronique à l'origine d'une encéphalopathie étiquetée **encéphalopathie de Wernicke**
- En 2009, épisode de pré-DT associé à un tableau de décompensation cardio-respiratoire

Le patient présente un ralentissement idéo-moteur important, des troubles de la compréhension, une ataxie. Il est noté habituellement un comportement un peu frontal.

Le MMS est de réalisation difficile : 14/30

Consommation d'alcool : environ une topette de vin par jour

Tabagisme estimé à 40 paquets/année, poursuivi actuellement.

L'examen clinique retrouve une hépatomégalie connue.

Au niveau biologique, les gamma-GT sont contrôlés à 139 U/L, les transaminases sont normales, PAL à 267 U/L, bilirubine normale, TP spontané à 93 %.

Mr B. né le 19/08/1944 - RCP

Antécédents et histoire de la maladie

- HTA équilibrée
- Tachycardie isolée ralentie par bêtabloquants

ECG : rythme sinusal rapide à 106 bat/min le 03.01.2014 avec un espace PR limite à 0,16 secondes, absence de trouble de la repolarisation hormis une onde T négative isolée en D3.

L'échographie cardiaque visualise un VG non dilaté, non hypertrophié avec une fraction d'éjection estimée à 55 %, oreillette gauche et cavités droites non dilatées, IT minime sans HTAP, minime IA sans sténose significative avec valve aortique athéromateuse, IM cotée à 1/4 sur valve mitrale dystrophique

- DNID bien équilibré, non compliqué (HbA1c contrôlé en novembre 2013 à 6,5 %)
- Néphrectomie rein surnuméraire (à l'âge de 20 ans)
- Fonction rénale conservée

Mr B. né le 19/08/1944 - RCP

Antécédents et histoire de la maladie

- Découverte fortuite en décembre 2013 d'un goitre plongeant multi-hétéronodulaire avec une adénopathie satellite suspecte dans l'aire IV gauche. Patient en euthyroïdie.

- Traitement habituel :

SELOKEN 50 mg le matin

AMLOR 5 mg/jour

GLUCOR 100 mg : ½ matin, midi et soir

STABLON : 1 matin et soir

ZOLPIDEM au coucher

DOLIPRANE + GAVISCON

Mode de Vie :

Vit en EHPAD depuis 2010, 2 fils

Autonome pour les activités basales de la vie quotidienne (transferts, soins d'hygiène corporelle, continence) mais nécessite d'être stimulé, important clinostatisme, pas de notion de chutes à répétition. Dépendant pour les IADL.

Mr B. né le 19/08/1944 - RCP

Histoire de la maladie

Patient âgé de 70 ans présentant une symptomatologie ancienne de RGO, avec aggravation depuis quelques mois d'un pyrosis et apparition récente d'une dysphagie aux solides.

L'écho-endoscopie du 30/01/2014 a mis en évidence **un adénocarcinome du cardio et du bas-œsophage sur endobrachyoesophage, étendu de 31 à 41 cm, non totalement franchissable** (T3N+ à l'écho-endoscopie).

A priori, pas d'indication de prothèse endo-oesophagienne (avis des gastro-entérologues)

L'examen anatomopathologique met en évidence une infiltration de l'œsophage par un adénocarcinome infiltrant bien différencié tubulo-papillaire et mucineux, la présence d'un *Helicobacter pylori* et un aspect de lésion de bulbite sub-aigue non spécifique sans signe suspect de malignité.

TDM TAP et PET-scan. : **métastases ganglionnaires** coelio-mesenteriques, médiastinales et lombo-aortiques

Mr B. né le 19/08/1944 - RCP

Patient symptomatique de sa pathologie carcinologique avec présence d'un pyrosis et d'une dysphagie aux solides. Il décrit une dysphagie haute, plutôt cervicale : en lien avec la tumeur oesophagienne ? Le goitre plongeant est-il en cause ?

A l'interrogatoire, le patient ne décrit pas d'anorexie, pas de nausée, pas de symptomatologie douloureuse, le transit est conservé.

Il est noté la majoration d'un syndrome anxieux avec insomnie, une thymie altérée mais des fonctions cognitives et une autonomie stables.

Installation d'une dénutrition : amaigrissement de 4 kg en 3 mois et hypoalbuminémie contrôlée à 27,6 g/L.

CA19-9 : 284, ACE : 13, Anémie : 9 g/dl

PS estimé à 1

G8 : 7.5 / 17

Surveillance ?

Chimiothérapie ?

Mr B. né le 19/08/1944 - RCP

Souhait du patient

Le patient exprime très clairement « son souhait de ne pas souffrir et sa peur d'y rester ».

Nous discutons avec le patient des différentes possibilités thérapeutiques. Quel est son degré de compréhension exacte ? Le patient est venu seul.

Des explications lui sont données en cas de chimiothérapie sur la nécessité de la pose d'un PAC et sur la réalisation de la chimiothérapie en Hôpital de Jour ou en courte hospitalisation. Le patient ne semble pas opposé à la réalisation d'une chimiothérapie. Par contre, il se dit opposé à la réalisation d'une chirurgie.

Mr B. né le 19/08/1944 - RCP

Date de début de la maladie : janvier 2014

Topographie initiale : œsophage

Histologie : adénocarcinome

Histoire actuelle : Phase initiale Rechute locale Métastase

Score OMS :

Classification

TNM initial :

pTNM :

TNM actuel :

Participe à un essai clinique : Non

Mr B. né le 19/08/1944 - RCP

Conclusion de la réunion de concertation oncologique du 20/03/2014

Quelle est votre proposition ?

En cas de chimiothérapie, être particulièrement vigilant sur la toxicité neurologique chez ce patient aux antécédents d'éthylisme et de diabète et prévoir la réalisation d'un EMG (avis auprès du neurologue).

Nom et signature du modérateur :

Mr B. né le 19/08/1944 - RCP

Conclusion de la réunion de concertation oncologique du 20/03/2014

Chimiothérapie par 5FU-Carboplatine tous les 21 jours

Proposition d'inclusion dans un essai clinique : Non

Validation RCP : Oui

Nom et signature du modérateur :

Réévaluation après 3 cures de 5FU-Carboplatine en juin 2014

Cliniquement, Mr B. va mieux : moins de troubles anxieux, disparition des épigastralgies et de la dysphagie.

Bonne tolérance de la chimiothérapie : absence de mucite, absence de nausées, pas de troubles du transit, pas d'aggravation de la neuropathie périphérique.

L'état cognitif et fonctionnel est stable. Absence de chute.

Persistance d'une anorexie (prise de la 1/2 des portions) avec un amaigrissement de 2 kg depuis février 2014 mais une amélioration d'1 point de l'albuminémie.

Biologie : anémie stable à 91g/dl, fonction rénale stable

TDM TAP du 26/05/2014 : masse tumorale du cardia stable mais **progression des ganglions satellites** de la région coeliaque et lombo-aortique, stabilité du nodule surrénalien droit et des ganglions médiastinaux, pas d'épanchement péritonéal.

Des informations sont redonnées à Mr B. sur la nature cancéreuse de sa tumeur et la nécessité de modifier la chimiothérapie. Le patient est d'accord pour poursuivre la chimiothérapie, même avec une fréquence plus rapprochée (tous les 15 jours)

Mr B. né le 19/08/1944 - RCP

Conclusion de la réunion de concertation oncologique du 05/06/2014

Quelle est votre proposition ?

Nom et signature du modérateur :

Mr B. né le 19/08/1944 - RCP

Conclusion de la réunion de concertation oncologique du 05/06/2014

Changement de chimiothérapie pour FOLFIRI.

En cas de dysphagie, possibilité d'irradiation à visée palliative.

Proposition d'inclusion dans un essai clinique : Non

Validation RCP : Oui

Nom et signature du modérateur :

Réévaluation après 8 cures de FOLFIRI en Octobre 2014

Les plaintes fonctionnelles sont quasiment absentes, notamment au niveau dysphagique, le poids est stable.

Stabilité neuro-psychologique et fonctionnelle. Bonne compliance de Mr B.

Chimiothérapie bien tolérée sous couvert d'un traitement par NEULASTA et EPO

Le scanner TAP du 24.09.2014 retient un aspect inchangé de l'épaississement oesophago-gastrique et des adénomégalies médiastinales et abdominales, pas de nouvelle lésion décelée.

EN CONCLUSION

- **Poursuite d'une bonne efficacité d'un FOLFIRI après 8 cures, toujours bien toléré sous couvert de facteurs de croissance.**
- **Patient à revoir après 4 cures supplémentaires avec les données d'un scanner TAP et de marqueurs biologiques de contrôle.**

Réévaluation après 4 cures supplémentaires de FOLFIRI en décembre 2014

Les choses se compliquent...

Nette altération de l'état général depuis 2 ou 3 semaines, avec un amaigrissement de 7kg, quelques diarrhées depuis 4 à 5 jours

Plaintes fonctionnelles à type notamment de **rachialgies** rendant la marche de plus en plus difficile, rachis diffusément douloureux à la palpation

TDM TAP du 21.11.2014 : aspect stable de l'épaississement oeso-gastrique, des adénomégalies médiastinales et abdominales. Par contre, apparition d'une évolution sous la forme **d'une thrombose porte** étendue aux branches droite et gauche en extension au tronc spléno-mésaraïque

Bilan biologique : insuffisance rénale modérée avec une créatininémie à 136 $\mu\text{mol/l}$, soit un CKD-EPI à 46ml/min, une cholestase anictérique (gamma GT : 200UI/l, PAL : 169UI/l), sans cytolyse, pas de critère biologique de dénutrition sévère (albuminémie 37,9g/l, pré albuminémie 0,15g/l), hémogramme sub-normal.

Réévaluation après 4 cures supplémentaires de FOLFIRI en décembre 2014

Instauration d'une anticoagulation curative devant cette thrombose porte.

Annulation de la chimiothérapie prévue théoriquement le 05.12.2014

Introduction d'une corticothérapie.

Symptomatologie clinique évocatrice d'une progression tumorale avec des douleurs rachidiennes au premier plan pour lesquelles on organise une scintigraphie osseuse et une IRM pan-rachidienne.

Patient à revoir avec les données de son bilan d'évaluation pour discussion de la balance bénéfique/risque d'une chimiothérapie de 3ème ligne et/ou d'une radiothérapie.

Qu'en pensez-vous ?

Suite de l'histoire médicale...

Le 6.01.2015, réalisation à la demande de ses enfants d'un scanner cérébral. L'injection de produit de contraste est compliquée à 12 H d'un arrêt cardio-respiratoire, justifiant une prise en charge par le SAMU puis en service de Réanimation Médicale.

L'évolution clinique après massage cardiaque et administration d'adrénaline a été rassurante,

Persistance d'une tachycardie sinusale associée à une dyspnée, AEG

La scintigraphie osseuse du 05.01.2015 : aspect compatible avec un Paget du bassin et du fémur droit, par d'argument scintigraphique pour des localisations osseuses secondaires du rachis.

L'IRM du rachis du 19.01.2015 : pas d'argument pour des lésions rachidiennes en revanche une lésion du sacrum évocatrice de maladie de Paget avec une extension dans les parties molles d'aspect atypique, évoquant soit une dégénérescence sarcomateuse, soit une lésion secondaire surajoutée.

La balance bénéfice/risque d'une chimiothérapie apparait dans le contexte actuel défavorable

Une consultation de suivi est prévue dans 3 mois.