



« Manque du mot »

par le Dr Jimmy FONTAINE*



* Médecin généraliste
1480 Tubize
jimmy.fontaine@ssmg.be

L'auteur déclare ne pas présenter de liens d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique ou de dispositifs médicaux en ce qui concerne cet article.

Madame N., 70 ans, me contacte pour prendre un rendez-vous car elle ne se sent pas bien. N'ayant plus de disponibilité dans mon agenda, je m'enquiers de la raison de son rendez-vous pour évaluer le niveau d'urgence. Elle me répète qu'elle ne se sent pas bien. Je n'arrive pas à lui arracher plus de détails par téléphone mais je sens bien que quelque chose n'est pas normal. Je décide de raccourcir ma pause de midi pour la recevoir.

Madame N. est une patiente en bonne santé. Elle a un léger surpoids. Elle marche régulièrement pour promener son chien. Elle revient tous les 3 mois pour ses médicaments et se faire « contrôler », comme elle a l'habitude de me dire. Elle présente une hypertension et une gastrite chronique pour lesquelles elle prend du perindopril 5 mg et du pantoprazol 20 mg. Une fois installée en face de moi, elle m'explique ne pas se sentir bien et pense que cela est dû à un antihistaminique que j'avais prescrit dans le passé pour une urticaire cutanée et qu'elle a repris suite à des démangeaisons. Je lui demande ce qu'elle veut dire par « se sentir mal ». Mais elle ne parvient pas à me répondre et pousse un soupir dans son masque. Je lui demande s'il s'est produit quelque chose à la maison, si tout va bien avec son époux. Elle me répond par l'affirmative. Je suis interpellé par la difficulté avec laquelle elle s'exprime.

Origine neurologique ?

Je lui demande quand elle est née et elle ne parvient pas à me répondre. Je lui pose une question à propos du temps qu'il fait et elle me dit qu'il fait beau alors qu'il pleut depuis une semaine. Je l'interroge sur le nom de son mari. Elle me regarde ahurie et me répond : « mon mari ! ».

Je lui montre ma montre et la questionne sur la dénomination de cette dernière : elle m'affirme que c'est un téléphone. Quand je lui dis que c'est une montre, elle me rétorque : « oui, c'est une horloge ! ».

ABSTRACT

Case report of a 70-year-old patient consulting for speech difficulties of recent onset.

Keywords : aphasia, stroke, lung cancer.

RÉSUMÉ

Histoire clinique d'une patiente de 70 ans qui consulte pour des difficultés d'élocution d'apparition récente.

Mots-clés : aphasic, AVC, cancer pulmonaire.

AVC ?

La patiente me dit se sentir bizarre depuis 4-5 jours. J'appelle son mari qui attend dans la voiture. Il confirme que son épouse n'est pas dans son « assiette » depuis quelques jours mais n'a rien remarqué de particulier : « Elle fait les courses, promène le chien et prépare les repas comme d'habitude, Docteur ».

Je réalise un examen clinique minutieux. Les paramètres sont normaux et l'examen clinique, en particulier neurologique, ne révèle aucune anomalie.

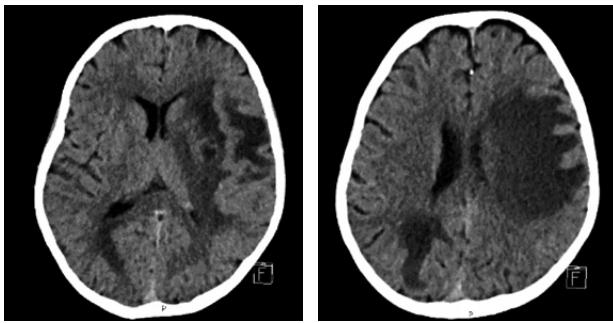
La patiente aurait-elle fait un AVC il y a quelques jours ?

J'appelle les urgences pour expliquer la situation. Vu la durée des symptômes, la patiente sera amenée à l'hôpital par son époux.

Bilan aux urgences

Un scanner cérébral est réalisé.





Le scan révèle une lésion tumorale cystique/nécrotique située contre le noyau lenticulaire (ou lentiforme) et dans la capsule externe et le centre semi-ovale gauches. Il y a un effet de masse sur le ventricule latéral gauche. On distingue aussi une lésion tumorale pariétale droite.

L'aphasie est le seul symptôme présenté par la patiente. Il s'agit d'une aphasicité léthologique (qu'on nomme communément «le manque du mot»): la patiente éprouve des difficultés à trouver ses mots. Les phrases peuvent rester inachevées. Elle présente également des paraphasies sémantiques (ou catégorielles ou verbales), c'est-à-dire que la patiente substitue le mot par un autre mot ayant un sens apparenté (par exemple, «horloge» pour signifier «une montre»).

Étiologies

La plupart du temps, l'aphasie fait suite à une lésion située au niveau de l'hémisphère cérébral gauche.

Les causes d'aphasie peuvent être divisées en 2 groupes :

- lésions non évolutives pour lesquelles l'aphasie ne s'aggrave pas (AVC, traumatisme crânien, encéphalite, par exemple);
- lésions évolutives pour lesquelles l'aphasie va s'aggraver au cours du temps (lésions tumorales, troubles démentiels, par exemple).

Retour à la situation clinique

Un scanner thoraco-abdominal a été réalisé et a révélé d'autres lésions : volumineuse adénopathie axillaire droite, lésion mammaire gauche, lésions pulmonaires diffuses avec une masse plus volumineuse de 3,5 cm au niveau du lobe pulmonaire supérieur droit, lésions au niveau du fascia rénal gauche et de la crête pelvienne droite.

Une corticothérapie intra-veineuse a été initiée pour diminuer les métastases cérébrales.

Cependant, une complication a eu lieu : perforation digestive sur diverticulite, probablement favorisée par la corticothérapie. La patiente s'en est sortie mais présente une colostomie.

Le bilan d'extension et les biopsies permettront de poser le diagnostic de cancer pulmonaire à petites cellules.

À ce stade, il n'y a pas de traitement curatif. Le traitement consiste ici en 4 lignes de chimiothérapie avec une immunothérapie. S'ensuivront une radiothérapie du cerveau et une immunothérapie d'entretien.

Le cancer pulmonaire à petites cellules

Il représente 15% des cancers du poumon et concerne surtout des patients tabagiques. Il s'agit d'un cancer agressif qui croît rapidement.

Au moment du diagnostic, 70% des patients sont déjà au stade métastatique (seuls 5% des patients présentent une tumeur localisée).

La survie dépend du stade de la maladie au moment du diagnostic, avec une survie à 5 ans de 51,6% et 65,5% pour le stade I chez l'homme et la femme respectivement, et de 2,3% et 4,9% à 5 ans pour le stade IV chez l'homme et la femme respectivement.

Conclusion

Il est apparu que la patiente avait fumé auparavant. Elle cumulait 20 années-paquets. Le tabac est le facteur de risque le plus important.

Un dépistage par scan low dose aurait-il permis de découvrir la lésion à un stade plus précoce ? On ne le saura jamais. Cependant, le dépistage du cancer pulmonaire présente une balance bénéfice/risque défavorable avec de nombreux effets secondaires, surdiagnostics et faux positifs. La European Society of Radiology et la European Respiratory Society recommandent un dépistage chez les patients à haut risque (cumuler 30 UAP et avoir entre 55 et 74 ans). Mais l'implémentation n'est pas encore effective en Belgique. Il s'agit d'ouvrir le débat avec le patient sur les bénéfices-risques d'un tel dépistage pour lui permettre de décider en connaissance de cause.

Bibliographie

1. Oken MM, Hocking WG, Kvale PA, et al. Screening by chest radiograph and lung cancer mortality: the Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian (PLCO) randomized trial. *JAMA*. 2011; 306 (17): 1865-1873. doi: 10.1001/jama.2011.1591.
2. Silva M, Pastorino U, Sverzellati N. Lung cancer screening with low-dose CT in Europe: strength and weakness of diverse independent screening trials. *Clinical radiology*. 2017; 72 (5): 389-400. doi: 10.1016/j.crad.2016.12.021.