

Grosse fatigue

par le Dr Laurence DERYCKER*

* Médecin généraliste
5530 Godinne
laurence.derycker@ssmg.be

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

Il y a deux ans, j'ai fait la connaissance de ce professeur de mathématiques retraité de 76 ans. Son médecin traitant venait de prendre sa pension.

La première fois que nous nous rencontrons, Monsieur est couché, en pyjama dans son lit. Son épouse m'accueille en disant que son mari est très dépressif et reste dans sa chambre une bonne partie de la journée.

Monsieur est très pâle et présente une toux importante. Il est d'une extrême fatigue, il peut à peine se lever. Il n'est pas dyspnéique.

Mon auscultation est perturbée par ces quintes de toux sèche mais il me semble entendre quelques crépitants aux bases avec des bruits respiratoires atténués. Il a mal aux côtes à force de tousser.

Monsieur n'a pas d'antécédents contributifs, il ne fume pas et boit occasionnellement. Il prend un traitement antidépresseur et anxiolytique depuis longtemps. Le patient a déjà perdu 10 kg en 3 mois depuis le début de ma prise en charge, son appétit est très variable.

Infection respiratoire ?

Une prise de sang est prélevée et on retrouve une hyperleucocytose neutrophile (16 000 GB/ μ L, normes : 4 000 à 10 000), sans CRP. Le reste de la prise de sang est parfaitement normal. Du paracétamol associé à du tramadol est prescrit pour des cervicalgies et des scapulalgies mais des vertiges rendent la poursuite de ce traitement impossible.

Une radiographie du thorax et de la colonne cervicale sont prescrites mais le patient sait qu'il a de l'arthrose, il ne réalise donc que la radiographie du thorax. Aucune fracture costale n'est décelée. Par contre, un épanchement pleural bilatéral ainsi que des lésions lacunaires ovalaires au niveau des omoplates bilatéralement sont constatés.

ABSTRACT

Case report of a 76-year-old patient with metastatic lung cancer.

Keywords : palliative care, refusal of treatment, lung cancer.

RÉSUMÉ

Histoire clinique d'un patient de 76 ans qui présente un cancer pulmonaire métastatique.

Mots-clés : soins palliatifs, refus thérapeutique, cancer pulmonaire.

Métastases ?

Le protocole du radiologue décrit des lésions ostéolytiques compatibles avec des lésions myélomateuses ou des lésions métastatiques. Je contacte l'hématologue qui me propose de réaliser une électrophorèse des protéines ainsi qu'une immunoelectrophorèse des protéines urinaires afin d'exclure cet éventuel myélome.

À l'électrophorèse, il n'y a pas de pic identifiable ni de composé monoclonal à l'immunofixation. Le bilan biologique montre peu d'arguments en faveur d'une pathologie myélomateuse. Un CEA est alors dosé afin de débrouiller la situation et est majoré à 73 μ g/L (nle < 3).

Un PET Scan mettra en évidence des lésions suspectes infra-hilaires pulmonaires gauches, ganglionnaires médiastinales, hépatiques et osseuses.

Étiologie ?

La biopsie d'une des lésions osseuses permettra de déterminer qu'il s'agit d'une métastase osseuse d'un adénocarcinome compatible avec une origine pulmonaire.

Le patient est très algique, ses douleurs sont évaluées à 8/10, il reçoit alors de l'oxycodone 10 mg 3X/J.

Une radiothérapie à visée préventive d'une fracture du cotyle soulagera le patient efficacement et une chimiothérapie ainsi qu'une immunothérapie sont alors entamées.

Évolution

Malheureusement, l'évolution hépatique se dégrade. Le patient est de plus en plus asthénique, il dort toute la journée, se lève seulement pour les repas mais n'a plus d'appétit.

Sur le plan biologique, un syndrome inflammatoire avec une hyperleucocytose neutrophile est en majoration. On observe également une dégradation de ses tests hépatiques confirmant une insuffisance hépatique ainsi qu'une dégradation de sa fonction rénale.

Je propose alors une hospitalisation pour mise en place d'une éventuelle antibiothérapie ainsi qu'une surveillance hépatique.

Refus catégorique

Malgré mon insistance et les nombreux contacts téléphoniques avec son oncologue, le patient refuse toute hospitalisation. Une nouvelle ligne de chimiothérapie aurait pu être tentée mais le patient ne veut plus en entendre parler. Il souhaite cependant recevoir des antibiotiques à la maison. Je fais installer une perfusion de réhydratation sous-cutanée durant la nuit, il recevra aussi du lactulose en sirop afin de limiter une hyperammoniémie qui pourrait provoquer des nausées, des diarrhées, des troubles de la conscience, de la confusion ou de la somnolence voire un coma.

Une équipe de soins palliatifs aidée de l'équipe infirmière habituelle permettra de mettre en place une pompe sous cutanée de morphine (20 mg) et de midazolam (15 mg). Le patient sera rapidement confortable. Il est parti paisiblement, entouré des siens.

Accompagner son patient

Être médecin généraliste, c'est aussi pouvoir accepter que le patient puisse décider de son traitement et surtout de comment il souhaite le mener.

Avec l'oncologue, j'ai eu de longues discussions afin de trouver les arguments qui auraient pu convaincre le patient de l'intérêt d'une nouvelle hospitalisation.

Le patient était tout à fait lucide et formel sur ses intentions. Il savait qu'il allait mourir et qu'il n'y avait rien à faire et, paradoxalement, il demandait des antibiotiques.

Il a fallu lâcher prise et entendre la demande du patient qui n'était pas forcément non plus celle de la famille qui demandait de faire le maximum pour que leur proche accepte ce traitement hospitalier.

La gestion de ce patient a été extrêmement complexe et anxiogène durant cette période de surcharge de travail liée à l'épidémie de COVID.

Il n'est pas évident de gérer l'afflux de demandes aigües et de trouver le temps pour cet accompagnement tellement important. Comment trouver le sommeil lorsque l'on souhaite être disponible jusqu'au bout ?

« Quand il n'y a plus rien à faire, tout reste à faire. »