

Cancers bronchiques non à petites cellules métastatiques sans addiction oncogénique – Cas clinique

Anne Sophie ALZINGRE et Emeline ORILLARD

5 Avril 2024

Mme N, 86 ans

Infection pulmonaire en novembre 2022 traitée par AUGMENTIN mais avec persistance d'une dyspnée.

Scanner thoraco-abdomino-pelvien (21/02/2023) : masse pulmonaire lobaire inférieure droite principalement bifocale mesurant 79 X 67 mm et 31 X 67 mm avec plusieurs nodules satellites associés à des **adénopathies médiastinales homolatérales, nodule surrénalien** gauche de 30 mm et une **lésion ostéolytique** de la branche ischio-pubienne gauche de 40 mm.

Antécédents :

- Angor
- 2 carcinomes basocellulaires au niveau du front en 2008 et l'aile nasale gauche en juin 2022, opérés.
- Tabac : Aucun.
- Antécédents familiaux : Aucun

Allergies : Non connues

Traitement :

KARDEGIC 75 mg : 1/j - MOLSIDOMINE 2 mg : 1-0-1 -
ISOPTINE 240 mg LP : 1-0-0 - ATORVASTINE 10 mg : 1-0-0
- EZETIMIBE 10 mg : 1-0-0

Métiers exercés : Ancienne vendeuse en ameublement.
Pas de contact avec l'amiante.

Mode de vie : Vit à domicile, autonome.

Evaluation en pneumologie

- Bilan diagnostic :

- Fibroscopie bronchique 28 février 2023 : anatomopathologie non contributive.
- IRM cérébrale 10 mars 2023 : pas de lésion secondaire.
- Biopsies sous scanner 10 mars 2023: adénocarcinome mucineux, ALK négatif, ROS négatif, PDL1 négatif, biologie moléculaire en cours.

- Prise en charge antalgique :

cruralgie gauche non soulagées par antalgiques de palier 1.

→ DOLIPRANE 1 G : 3/j si douleurs, ACTISKENAN 5 mg : 4 par jour si douleurs, SKENAN 10 mg LP : 1-0-1

Au total : adénocarcinome pulmonaire mucineux lobaire inférieur droit, T4 N1 M1c (surrénale gauche, osseux: branche ischio pubienne gauche) PD-L1 négatif

→ Adressé en oncologie médicale

Evaluation en oncologie médicale

PS 1/2, Poids: 79kg (-2kg récent) pour 1m62, une asthénie, une anorexie modérée.

Sur le plan respiratoire : dyspnée de grade I à II.

Au niveau osseux: douleur inguinale gauche, non soulagée par la prise de SKENAN 10mg 1cp le soir. Elle utilise une béquille.

En parallèle une mauvaise tolérance (nausées de grade II et malaises) du SKENAN à la prise de 2x/jour, l'ACTISKENAN 5mg est inefficace.

Sur le plan biologique, hémogramme normal, fonction rénale et bilan hépatique normaux, calcémie corrigée normale, albumine 40g/l.

La biologie moléculaire ne retrouve pas d'addiction oncogénique

- **Proposition d'inclusion dans un protocole comparant chimio-immunothérapie vs chimiothérapie chez les sujets âgés.**
- **RCP os sur la lésion de la branche ischio pubienne gauche.**
- **Proposition de rotation des opiacés avec de l'OXYNORMORO 5mg à la demande +/- dose de fond si bonne tolérance.**
- **Evaluation onco-gériatrique**

Evaluation oncogériatrique

Bonne compréhension du diagnostic et du projet de chimiothérapie/donne son accord

Mode de vie : veuve, vit seule dans une maison, sans aide extérieure, était vendeuse dans un magasin d'ameublement bien entourée par ses enfants, 2 enfants proches (1 fils psychiatre à 1h à Besançon et 1 fille à 30mn à Belfort), 1 fille à Valence , vendeuse retraitée

Antécédents : angor, carcinomes basocellulaire x2 du visage opérés

Traitement habituel : Kardegic 75, Molsidomine 2mg matin et soir, Isoptine LP 240 le matin, Atorvastatine 10, Ezetimibe 10, Oxynomoro 5 (introduit pour les douleurs inguinales), Paracétamol, Macrogol

Pas d'allergie, pas d'intoxication tabagique ni éthylique

Intolérance codéine (malaise)

Evaluation des fragilités

- **Indépendance fonctionnelle**
 - ADL 5,5/6 (canne), IADL 8/8
- **Dénutrition modérée**
 - anorexie modérée/douleurs, perte de poids 3 kg, albumine 40g, régime hypoprotidique
- **Pas de trouble cognitif**
 - mini COG 5/5, bonne orientation TS, fluences verbales 30
- **Pas de trouble thymique**
 - sentiment d'attente des décisions de traitement difficile à vivre, peur des complications et de la perte d'autonomie, entourage soutenant
- **Statut fonctionnel modérément altéré/ douleurs inguinales gauches/ sarcopénie :**
 - déplacements avec une canne, ralentissement de la vitesse de marche (17 sec/4m), SPPB 9/12 (intermédiaire), hand grip 10 et 14 (<16)
- **Pas de trouble sensoriel invalidant**
- **Pas de fragilité sociale**
 - veuve, maison, indépendante, bien entourée par ses enfants, 2 enfants proches (1 fils psychiatre à 1h à Besançon et 1 fille à 30mn à Belfort), 1 fille à valence , vendeuse retraitée

Evaluation oncogériatrique : Conclusion

Statut carcinologique : ADK pulmonaire T4N1M1c (branche ischio-pubienne G, surrénale G), PD-L1 négatif, sans addiction

Comorbidités actives : angor

Peu de facteur de fragilité gériatrique identifié en dehors

sarcopénie/troubles de la marche en lien avec les douleurs
risque de dénutrition

Symptômes en lien avec son cancer : douleurs bassin G, dyspnée grade 1, amaigrissement

Classification oncogériatrique : VULNERABLE

Pas de contre-indication gériatrique à une bi-chimiothérapie hebdomadaire par CARBOPLATINE-TAXOL

Propositions de prise en charge :

- kinésithérapie/renforcement musculaire
- enrichissement alimentation, CNO, Protifar
- majoration antalgiques : OXYCONTIN 10 LP x2

Mme N, 86 ans

Traitements:

- Cimentoplastie de l'ischion gauche avril 2023
- Inclusion dans le bras chimiothérapie: carboplatine AUC6 paclitaxel 90mg/m² hebdo, C1J1 3 Mai 2023.

Pendant le traitement:

Majoration des douleurs

→ Radiothérapie antalgique de mise en place rapide

Altération de l'état général, lié notamment :

- Mauvaise tolérance clinique de la chimiothérapie (neuropathies de grade II imputables au TAXOL, nausées de grade II multifactorielle) → baisse de la posologie du taxol, permettant une disparition des neuropathies
- Mauvaise tolérance clinique des paliers 3 (nausées) → suivi par équipe de la douleur

Difficulté à la marche, et perte progressive d'autonomie

Evaluation radiologique à 2 mois:

Diminution des cibles pulmonaires et surrénalienne. Globale stabilité des lésions osseuses à 2 cycles

→ Poursuite 2 cycles supplémentaires puis surveillance

Admission SMR oncogériatrie Montbéliard

Prise en charge au SMR à Montbéliard le 14 septembre : réhabilitation après chimiothérapie

Objectifs : réadaptation fonctionnelle, prise en charge nutritionnelle, équilibre antalgique

Vit toujours à domicile, sa fille de Belfort l'aide pour les courses, les repas et le ménage, aucune aide extérieure

Traitement à l'entrée : Cymbalta 30 et Fentanyl 62 transdermique, Cholecalciferol 50 000UI/15j, reste inchangé

Problématiques identifiées :

- dégradation des capacités fonctionnelles, ne marche quasiment plus
- bilan de « malaises », vertiges, lipothymies, avec hospitalisation récente en Cardiologie
- douleurs, suivie équipe douleur, intolérance digestive Skenan, Actiskenan, Oxycodone, Oxynormoro, Abstral...Sous Fentanyl transdermique 62µg, et Cymbalta 30, partiellement efficaces, pompe intrathécale ?
- dénutrition sévère : amaigrissement de 22 kg en 5 mois

Evolution : la cascade gériatrique...

- Lipothymies, vertiges, hypoTA orthostatique + → stop Verapamil/ Passage en TACFA → Bisoce → hypotension 8/4, stop Bisoce, récurrence TACFA, Cordarone (nausées, vomissements...)
- Hypercalcémie 2,92 mmol/l : acide Zoledronique 4mg / Hypocalcémie / TACFA dans les suites (liée ??), aggravation des troubles digestifs par « dyscalcémie »?
- Nutritionnelle : nausées permanentes, anorexie sévère
 - perfusée IV, Primperan IV, Ondansétron IV, corrections troubles hydro électrolytiques,
 - prise en charge diététique : échec, anorexie quasi-totale, impossibilité NE, albumine 20gr
 - mise sous alimentation parentérale

Evolution : la cascade gériatrique...

- **Iatrogénie**
 - stop Cymbalta (EI fréquents : anorexie, nausées, vomissements, tachycardie, ACFA, vertiges...) : aucune amélioration
 - Éviter polymédication : stop Ezetimibe, stop statine,
- **Douleurs :**
 - validation de la pose d'une pompe intrathécale en RCP douleur
 - patiente initialement opposante (aggravation douleurs après cimentoplastie...mauvais vécu ++)
 - fentanyl transdermique, échec des autres traitements
- **Kinésithérapie/APA :** fatigabilité ++, vertiges, lipothymies, hypoTA, douleurs, anxiété, dégradation progressive...
- **Contrôle scanner cérébral injecté :** pas de lésion secondaire

Facteur de décompensation : cancer (maladie et traitements peuvent entraîner des décompensations aiguës...)

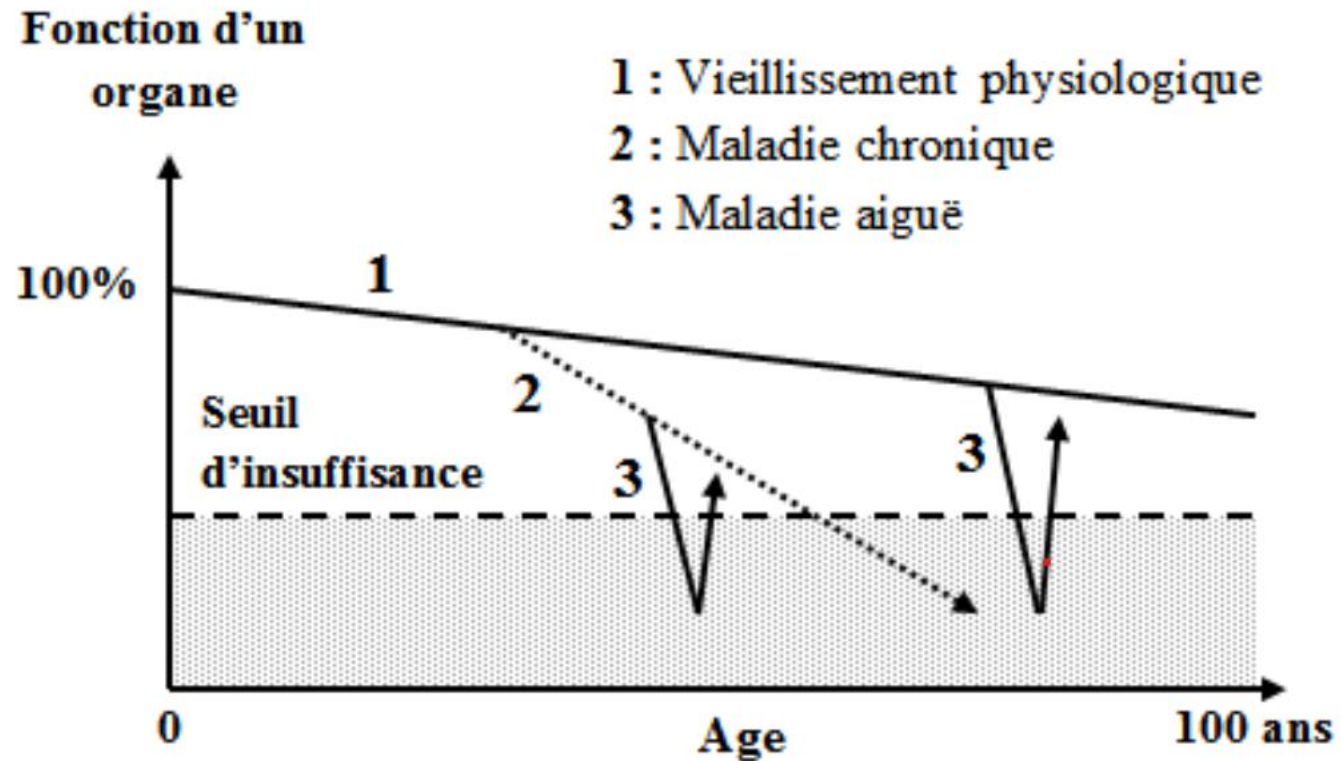


Diagramme de Bouchon

Evolution : dégradation état général sévère et rapide

- Dégradation progressive malgré toutes les thérapeutiques mise en place...
- Apparition d'épisodes confusionnels
- Pose de pompe intrathécale le 17/10
- Décédée le 30/10

Questionnements...

- Pourquoi certains patients âgés n'ont aucun bénéfice clinique de la chimiothérapie alors qu'elle semble efficace dans le contrôle du cancer ?
- Quel est l'objectif du traitement du cancer chez un patient âgé métastatique ?
 - Symptômes, qualité de vie
 - Espérance de vie
- Changement de paradigme par rapport au sujet jeune ? Réserves fonctionnelles ++/ Désadaptation
- Quels éléments cliniques pourraient aider l'oncologue/l'oncogériatre à dépister une évolution clinique péjorative précoce ?
- Temporalité de la prise en charge : chimiothérapie/soins de support/prise en charge rééducation gériatrique

La désadaptation psychomotrice, « syndrome de glissement »

- Présentation

- Signes moteurs : rétropulsion, hypertonie oppositionnelle, altération des réactions d'adaptation (parachutes), altération du schéma de marche : petits pas, ralentie, appui bipodal...
- Signes psycho-comportementaux : confusion, ralentissement cognitif, apathie, douleurs mal systématisées « rebelles »
- Signes généraux : amaigrissement,

- Etiologie : atteinte sous cortico frontale

- Causes : tout stress, chute (Syndrome post chute),douleur, cancer ++

- Traitement :

- De la cause...
- Prise en charge multidisciplinaire rééducative

- « Urgence gériatrique » : même avec prise en charge précoce et adaptée, pas de garantie de récupération fonctionnelle...

Syndrome de désadaptation / déconditionnement / amyotrophie

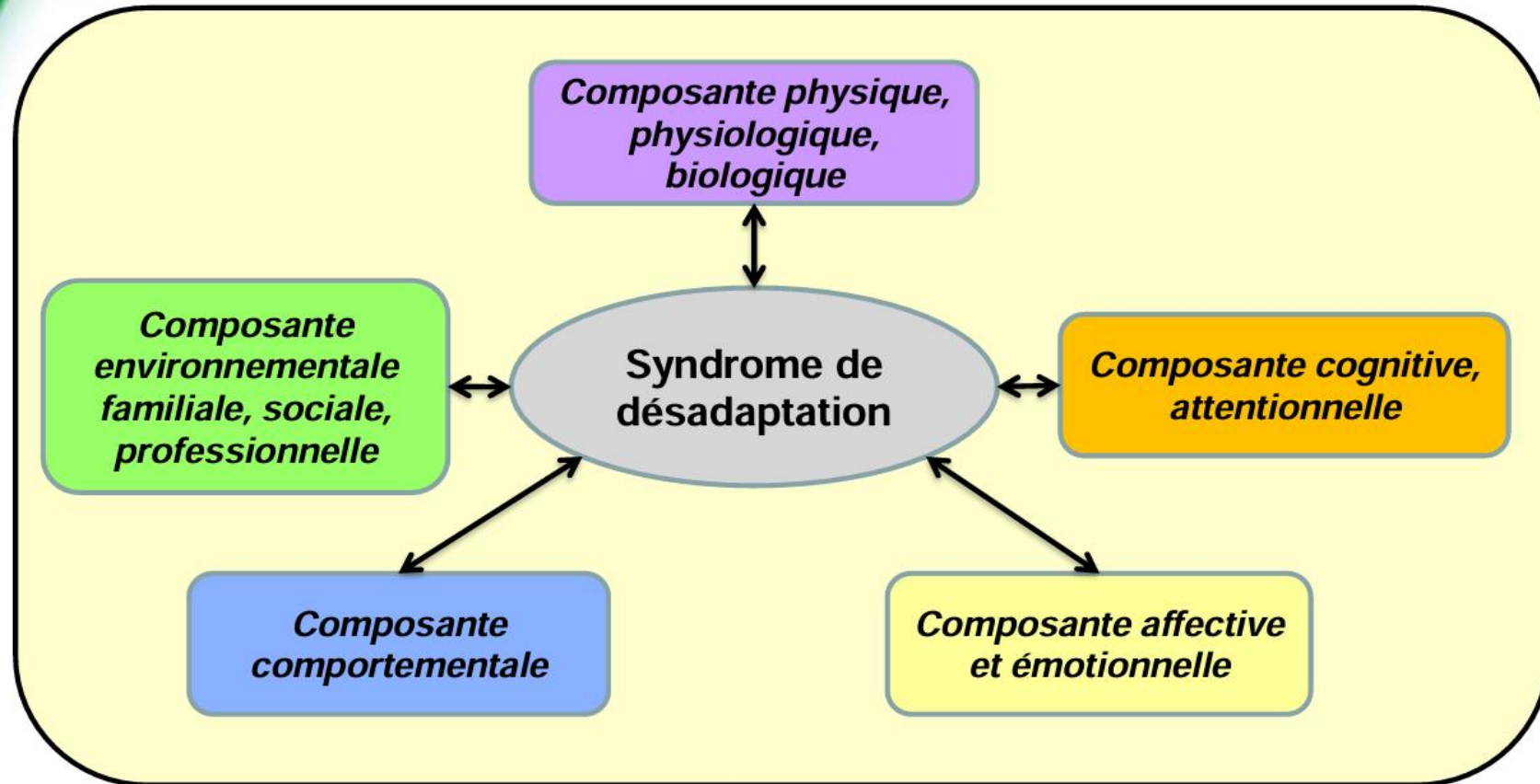
Syndrome de désadaptation :

conséquences physiques, psychologiques, sociales et professionnelles (Mayer, Bortz 1984)

- Réduction des activités physiques habituelles (ludiques, occupationnelles, domestiques, sociales, professionnelles)
- Altération et « ralentissement » des performances intellectuelles, appauvrissement des affects, perte d'intérêt, recrudescence des plaintes et installation d'un tableau douloureux mal systématisé et chronique, conduite d'évitement, attitude de protection inadaptée, éléments cliniques en faveur d'un syndrome dépressif
- Amaigrissement modéré / prise pondérale, tachycardie de repos
- Diminution de la capacité vitale et dyspnée à l'effort, diminution de la capacité aérobie
- Diminution de la souplesse musculaire, enraidissement du plan rachidien postérieur, diminution de la force musculaire et de l'endurance

Déconditionnement physique et Amyotrophie :
contribuent partiellement à la désadaptation à l'effort

Syndrome de désadaptation / déconditionnement / amyotrophie



Indications de la rééducation en cancérologie

Signaux d'alerte évoquant un déconditionnement à l'effort
(point de vue de l'oncologue)

Lors de l'entretien

- **Fatigue s'exprimant par :**
 - ✓ Une réduction ou impossibilité de reprendre les activités physiques habituelles (ludiques, occupationnelles et domestiques).
 - ✓ Impossibilité de reprise de travail, échec de reprise, augmentation de la fréquence des arrêts de travail

Lors de l'examen clinique

- Amaigrissement (sans rapport avec maladie et traitement) ou prise de poids
- Tachycardie de repos, diminution de la capacité aérobie, de la tolérance à l'effort
- Diminution de la capacité vitale et dyspnée à l'effort (au moindre effort ou effort minime)
- Atrophie musculaire, diminution de la souplesse musculaire, rétraction
- Diminution de la force musculaire et de l'endurance musculaire, douleurs musculaires à l'effort



Indication d'un avis spécialisé et de bilans complémentaires adaptés : médecin cardiologue, médecin MPR, médecin du sport

ONCOGERIATRE

Mme N : facteurs déclenchants du SDPM ?

- **Douleur**
 - Intolérance opioïdes...
 - Iatrogénie ? escalade thérapeutique ? Cymbalta ?
 - Part psychogène ? Suivi psycho ++, refusé
 - Alternatives ? : traitements locorégionaux (PIT...trop tard ?), prise en charge non médicamenteuses
- **Dénutrition**
 - Réévaluation, suivi
 - Nutrition artificielle précoce ?
- **Fragilité cognitive ?**
 - Episodes confusionnels anciens jamais rapportés, rôle entourage ++

→ CANCER +++

effets « secondaires » de la maladie (douleur, anorexie, dyspnée...)

effets « secondaires » du traitement par chimiothérapie (effets secondaires digestifs, asthénie, aggravation anorexie, amaigrissement, neuropathie...)

Mme N

- Cas les plus complexes :
 - efficacité traitement +/- toxicités traitements +++
- Efficacité traitement : surtout clinique chez le PA ?
- Quid du traitement ?
 - Arrêt précoce en cas d'effet indésirable ?
 - Poursuite traitement malgré les toxicités ?
- Oncogériatrie :
 - perte des réserves fonctionnelles/fragilité/risque de désadaptation ++/risque absence de récupération ++++(grosse différence avec le sujet jeune)
 - Cap à passer ? Dégradation progressive ?
 - PRIMUM NON NOCERE
- Prise en charge rééducative précoce gériatrique multidimensionnelle
- Coopération oncologue/oncogériatre/soins de support

Conclusion

- Difficultés de la prise en charge en oncogériatrie
- Même si évaluation initiale avant traitement « bonne » : risque de décompensation +/- définitive
- Désadaptation psychomotrice : penser aux signes d'alerte, proposer hospitalisation en milieu gériatrique/rééducation → SMR quand cela est possible
- Efficacité clinique ? Versus efficacité radiologique ? Quand s'arrêter ?
- Pas de protocole systématique possible : évaluation personnalisée ++, collaboration oncologue/ oncogéatrie/ acteurs soins de supports/ entourage

MERCI POUR VOTRE ATTENTION