

Cas clinique

Mme Hélène B. va avoir 82 ans fin juin.

Elle vit dans une maison avec son mari, polytechnicien, féru de calculs mathématiques, qu'il pratique encore quotidiennement.

Elle a 3 enfants, 2 sont à Marseille, 1 à Paris, ils travaillent tous.

Je la connais depuis 15 ans, mais jusqu'en décembre dernier, je ne l'avais vu qu'à 5 reprises : pour une insuffisance lymphatique, pour une chute d'escalier avec tassements vertébraux et fracture de plusieurs côtes il y a 12 ans et pour la prescription d'un appareil auditif.

Elle croit peu en la médecine, a toujours refusé tout examen sanguin, mammographique, ostéodensitométrie, et même la vaccination antitétanique.

Elle déclare, avec fatalisme, ne rien vouloir faire.

Je la vois donc début décembre ; je suis tout de suite alerté, ne serait-ce que par le fait qu'elle me consulte.

Petite mine, moins 2 kilos par rapport à la consultation de 1999.

Elle me raconte la survenue d'une très violente crise douloureuse abdominale nocturne dont l'évolution a été spontanément favorable, mi novembre, avec depuis persistance d'un fond douloureux épigastrique, de petits troubles dyspeptiques et surtout une anorexie.

Je prescris un bilan sanguin et une échographie abdominale.

Elle ne fait ce bilan que le 10 janvier, date à laquelle je la revois avec une perte de 3 kilogrammes, la présence d'un ictère conjonctival et cutanéomuqueux est confirmé sur le plan biologique par une cholestase ; l'échographie documente une tumeur céphalique pancréatique avec dilatation des voies biliaires et du Wirsung et une possible formation nodulaire à la périphérie du lobe droit du foie.

Elle accepte enfin l'hospitalisation pendant laquelle un bilan scanographique confirme l'existence d'une tumeur maligne. Il est alors mis en place une prothèse auto-extensible.

Les suites de ce geste sont simples, la patiente déjàunit.

Je la revois fin janvier et lui parle, comme le gastro-entérologue, de la nécessité de consulter un oncologue pour décider de la mise en route d'une chimiothérapie adjuvante.

Fort d'une expérience malheureuse dans son entourage, elle accepte sans conviction ; elle choisit elle-même le cancérologue dont le compte-rendu détaillé m'informe de ce qu'il a dit et expliqué à la patiente. Il la trouve très informée de la nature de sa pathologie, de son caractère non curable et du mauvais pronostic.

La consultation avec le cancérologue a eu lieu en présence de son mari.

Quelques jours plus tard, je reçois une lettre de son époux me demandant si l'avis d'un chirurgien bien connu ne serait pas utile. Le nom de ce praticien lui a été communiqué par un ami médecin.

Je le vois donc seul et tâche de lui expliquer l'ensemble du problème avec toutes les difficultés dans le choix des mots pour dire la vérité sans tuer tout espoir. Il se sent bien seul à gérer la maladie de son épouse chacun essayant d'épargner l'autre.

Mme Hélène B. bénéficie de 3 cures de Gemzar, au terme desquelles, en accord avec l'oncologue, ils décident d'arrêter.

Fin avril, je me retrouve bien seul pour organiser la fin de vie de cette patiente qui dit vouloir mourir à domicile. Elle avoue malmener parfois son époux pour le protéger (le fait sortir de la chambre pour exprimer son angoisse, « *c'est long, c'est douloureux, je veux tenir jusqu'au 15 juin pour le mariage de ma petite fille, je veux bien que l'on m'aide, mais pas être envahie, pas de lit médicalisé pour l'instant, j'embête mes enfants...* »)

Au cours de ces consultations successives, de négociations avec la malade, son mari, ses enfants, l'hospitalisation à domicile s'organise : lit médicalisée, aide-soignante, infirmière, ... Ceci est favorisé par le dévouement de ses enfants qui prennent des vacances à tour de rôle, de son mari... avec toujours la possibilité de renégocier, de changer d'avis, ... si ce n'est pas trop long.

Et pour moi, à condition de ne pas avoir deux patients dans le même état, à gérer en même temps.