

# Problèmes posés par les patients déments dans un centre de cancérologie



**UCOG LILLE  
MG DEPUYDT-BAILLON  
CONGRÈS DE PSYCHO-ONCOLOGIE  
TOULOUSE LE 17 NOVEMBRE 2011**

# UCOG de Lille



- Objectif : améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer
- 2007 : Création de l'Unité Pilote de Coordination en Oncogériatrie suite à un appel à projet de l'INCA
- 2011 : Poursuite du projet avec régionalisation
  - Unité de coordination en oncogériatrie
- Notre activité en oncogériatrie s'exerce au CHRU de Lille et du CLCC Oscar Lambret
- L'équipe :
  - Un gériatre à mi-temps, Un oncologue à mi-temps , 2 IDE mi-temps et du temps de secrétariat

# Démence et cancer



- **En 2009 :**
  - 96 consultations au CLCC
  - 82 MMS réalisés
  - 24 avec un score  $\leq 24$  soit 26% des MMS réalisés et 25% des patients
- **En 2010 :**
  - 80 consultations au CLCC
  - 66 MMS réalisés, (14 irréalisables, barrière de la langue, soins palliatifs évolués.....)
  - 27 avec un score  $\leq 24$  soit 40% des MMS réalisés et 30% des patients

# Questions les plus fréquentes



- Aides à la décision thérapeutique
- Evaluation avant curiethérapie/radiothérapie
- Avant chirurgie
- Suspicion de troubles cognitifs
- Evaluation avant chimiothérapie
- Etat d'agitation lors d'une hospitalisation +++
- Aide à l'évaluation des symptômes (USP)

# Cas clinique n°1



- Femme, 87 ans, vit en maison de retraite, veuve, une fille qui est son ANP
- Découverte d'une volumineuse lésion de la branche horizontale mandibulaire droite infiltrant le plancher de la bouche avec ADP sous maxillaire (douleurs et perte de poids, pas de plainte spontanée)
- Histologie : Carcinome épidermoïde bien différencié, kératinisant et infiltrant
- Stadification : T4N1M0
- DT : (théorique) :
  - buccopharyngectomie transmandibulaire non conservatrice avec curage ganglionnaire
  - Trachéotomie, GPE

# Cas clinique n°1



- L'évaluation gériatrique retrouve :
  - Etat général altéré avec dépendance partielle / AVQ, dénutrition, douleurs chroniques,
  - Comorbidités : HTA,
  - Facteurs de fragilité : démence modérée sans trouble grave du comportement, dénutrition, BMI bas, chutes, surdité sévère, douleurs chroniques mdb intenses, anxiété
    - ✦ Dans l'incapacité de donner son avis
    - ✦ Dit qu'elle fera comme on lui dit
    - ✦ Ne pose pas de question
  - Social : vit en EHPAD en cours de médicalisation

# Cas clinique n°1



- Impact de la démence sur le projet thérapeutique ?
- Impact du grand âge ?
- Compliance aux soins
  - Prise en charge en péri-opératoire : trachéo, gastrostomie
- Evaluation des douleurs ,
- Risque de confusion
- Prévention de la perte d'autonomie
- Rééducation en post-opératoire (compréhension, participation)
- Soins de suite ?, lequel ?
- Avenir ? Dans son EHPAD ? Qualité de vie ?
- Alternative thérapeutique ?
- Soins palliatifs ?

## Cas clinique n°2



- Homme de 74 ans atteint d'un cancer de la vessie, vit en couple dans une maison sans confort
- Confusion post-opératoire après résection transurétrale de vessie
- Projet thérapeutique : cystoprostatectomie selon la méthode de Bricker



# Cas clinique n°2



- **Synthèse de la consultation de gériatrie**
  - Etat général est conservé.
  - Dépendance partielle pour les AVQ (surveillance toilette et habillage)
  - Perte de poids (10%) en 3 mois
  - Ses principales comorbidités : cardio-vasculaire (HTA, cardiopathie hypertensive) stables et non décompensée,
  - Les fragilités : une maladie d'Alzheimer à un stade modéré avec troubles du comportement à type d'agressivité.  
Dénutrition modérée
  - Au niveau social : il vit en couple, mais sa compagne est épuisée
  - Il réside actuellement avec sa compagne dans un logement sans confort

# Cas clinique n°2



- **Questions :**
  - Gestion de la confusion, état d'agitation (hospitalisation longue)
  - Compliance :
    - ✦ PE C nutritionnelle
    - ✦ Maintien perfusions, appareillage /stomie
  - Education de stomie ?, soins à domicile
  - Prévention perte autonomie physique
  - Evaluation et PEC des douleurs
  - Aide à l'aidante
  - Alternative thérapeutique ?

## Cas clinique n°3



- Femme de 83 ans , cancer du canal anal, a reçu une radiothérapie , doit recevoir une curiethérapie
- Evaluation :
  - Dépendance très partielle AVQ, dpdte IADL
  - Comorbidités : hyperthyroïdie, DNID non compliqué, HTA, (stables)
  - Fragilités : Dénutrition -15% du poids du corps depuis la RT, Troubles de la marche, démence évoluée non explorée (MMS à 11/30)
    - Pas capable de donner son avis, ne fixe pas les informations
  - Social : Vit avec son fils en mauvais état de santé, appartement

# Démographie



- Personnes âgées :
  - 16 % de la population en 2010
  - 32 % de la population en 2050

Tableau 2

## Évolution future de la population âgée

	2005	2010	2020	2030	2040	2050
<b>60 ans et plus</b>						
effectifs	12 583	14 104	17 131	19 806	21 676	22 441
%	20,9	23,1	27,3	31,1	33,5	35
<b>75 ans et plus</b>						
effectifs	4 877	5 476	6 050	8 377	10 387	11 673
%	8,1	9	9,6	13,1	16,1	18,1
<b>85 ans et plus</b>						
effectifs	1 082	1 549	2 149	2 417	3 899	4 810
%	1,8	2,5	3,4	3,8	6,1	7,5
<b>100 ans et plus</b>						
effectifs	15	21	24	60	87	165
%	0,02	0,03	0,04	0,09	0,14	0,26

Insee, 2003, Projections de population

Scénario moyen : maintien des tendances passées pour chacune des composantes de l'évolution de la population

# Cancer et personne âgée

## L'âge est un facteur de risque de cancer

---



- 60 % des cancers sont découverts chez les > 65 ans
- L'incidence des cancers augmente avec l'âge :
  - 256 nx cas pour 100 000 avant 65 ans
  - 2118 nx cas pour 100 000 après 65 ans
- Première cause de mortalité pour les 65-74 ans
- Deuxième cause de mortalité après 75 ans

# Démence et personnes âgées

## L'âge est un facteur de risque de démence

- 850 000 déments en France
- Incidence : 225 000 nx cas par an
- 1/2 ne sont pas dépistée
- L'affection touche plus de femmes que d'hommes
- Au delà de 75 ans, les proportions sont de 13,2 % pour les hommes et de 20,5 % pour les femmes.
- Au-delà de 85 ans, la prévalence s'accroît de manière exponentielle avec une proportion de 25 % de sujets atteints
- La MA représente 70 % des démences prévalentes et les autres démences sont vasculaires (DV, 10%) et mixtes (20%).

# La démence diminue l'espérance de vie



## Espérance de vie et démence d'Alzheimer aux USA et en France

*Tableau III.7. Espérance de vie selon l'âge chez les sujets déments et en population générale*

	PAQUID (démences)		Larson et al. (Alzheimer)		Population générale	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
70 ans	6,9	11,1	4,4	8,0	13,2	16,9
80 ans	3,9	5,8	3,6	5,3	8,1	9,9
90 ans	2,3	2,9	2,7	2,1	5,2	5,8

*D'après Larson et al. et PAQUID (données non publiées) [48]*

USA

Femmes :

70 ans sans DTA : 15,7 ans

USA

Hommes :

70 ans Sans DTA : 9,3 ans

# La démence diminue l'espérance de vie



- 86 patients avec troubles cognitifs versus groupe contrôle de 172 patients sans trouble cognitifs
- Médiane de survie diminuée d'1/3 quelque soit la tumeur et le stade
  - **Patterns of care and survival in cancer patients with cognitive impairment.**
    - ✧ [Robb C, Boulware D, Overcash J, Extermann M.](#)
    - ✧ [Crit Rev Oncol Hematol.](#) 2010 Jun;74(3):218-24. Epub 2009 Aug 26.



# Démence et cancer du colon



- Etude sur 86670 participants, âgés de 67 ans et plus avec un diagnostic de cancer du côlon.
- Les déments sont plus susceptibles :
  - d'avoir été diagnostiqué avec un cancer du côlon à l'autopsie (4,4% vs 1,1%,  $P < 0,001$ )
  - Moins de chirurgie, de chimiothérapie ou de radiothérapie
  - Moins de chimiothérapie pour cancer de stade 3
- Le taux de mortalité globale et de mortalité spécifique a été sensiblement plus élevé
  - Effect of mental disorders on diagnosis, treatment, and survival of older adults with colon cancer.
  - [Baillargeon J, Kuo YF, Lin YL, Raji MA, Singh A, Goodwin JS.](#)
  - The Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER)-Medicare linked database

# Maladie d'Alzheimer et cancer du sein



- Diagnostic à un stade plus avancé
- Moins de chances d'être traitées par une chirurgie, une radiothérapie ou une chimiothérapie que les patientes non démentes
- Malgré l'existence de recommandations cliniques, les médecins prescrivent des traitements moins 'agressifs' à leurs patientes atteintes d'Alzheimer
- Les plus grandes différences de traitement surviennent entre 80 et 89 ans.
- Toutefois, il n'apparaît pas clairement si ce sous traitement médical engendre un effet sur la survie de ces patientes.
  - Journal of the American Geriatrics Society, novembre 2005, vol. 53, n°11 : p. 1897

# Les problèmes



- Augmentation de la fréquence des effets secondaires des thérapeutiques :
  - Seuil de décompensation plus bas,
    - ✦ ex confusion
  - cascade de décompensation
    - ✦ anémie : insuffisance cardiaque, chute ....aggravation des troubles cognitifs

# Les problèmes



- **Compliance aux soins :**
  - Techniques : perfusions, sondes,
  - radiothérapie : maintien de la position
- **Observance :**
  - Chimiothérapie orale à domicile ?
- **Consentement aux soins , avis éclairé**
- **Prise en compte des difficultés des aidants :**
  - Fardeau double

# Pistes de travail



- Dépister la démence permet d'anticiper et de prévenir certaines complications et d'adapter le projet thérapeutique
  - Confusion
  - Dénutrition
  - Douleurs
  - Perte d'autonomie
  - Relation entre chimiothérapie et troubles cognitifs ? aggravation ?
- Définir le stade de la démence, le stade du cancer, le stade des autres comorbidités et adapter les stratégies de prise en charge
  - *L'évaluation gériatrique CGA comme outil d'aide à la décision*

# Pistes de travail



- Formation des personnels soignants des CLCC
  - Confusion :
    - ✦ prévention : Protocole HELP (Hospital Elder Life Programme)
    - ✦ Prise en charge : non médicamenteuse et médicamenteuse
    - ✦ Dépistage : GRILLE CAM (Confusion Assessment Method) (Ann Int Med 1990 ; 113 : 941 – 948)
  - Dépistage de la douleur : outil spécifique (ECPA, DOLOPLUS)
  - Communication avec une PA démente
- Formation des internes et oncologues à la détection des troubles cognitifs et de la fragilité
  - Outil G8
- Développement des collaborations entre équipe de gériatrie et équipe d'oncologie :
  - Evaluation gériatrique approfondie (CGA)
  - RCP oncogériatrique avec participation du gériatre
- Développer les SSR spécifiques
- Développer la recherche :
  - Peu de personnes âgées et pas de déments dans les essais cliniques

# Conclusion : Démence et cancer



- Impact sur la prise en charge du cancer
- Impact sur la survie
- Objectif : améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer et de cancer
  - Actions de Formation et de Recherche