

2èmes rencontres d'oncogériatrie en Nouvelle-Aquitaine

ETHIQUE ET TRES GRAND AGE

TABLE RONDE AVEC CAS CLINIQUES

Vendredi 18 Juin 2021

Webinar





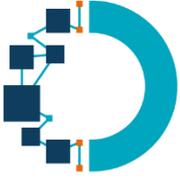
Qu'est-ce que l'autonomie ? Respect de la décision thérapeutique du patient

Cas clinique 1

18 Juin 2021

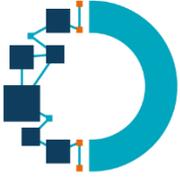
Réunion de formation Virtuelle

Céline BAUDEMONT - Gériatre



Mr B. Patient âgé de 85 ans

- Patient hypertendu présentant une cirrhose alcoolique, sevré depuis 20 ans
- Bonnes fonctions supérieures – autonome au domicile
- Découverte d'un cancer de l'œsophage sans localisation secondaire dans le cadre d'une AEG avec douleurs abdominales et troubles de la déglutition
- Complications multiples au cours du séjour hospitalier : insuffisance respiratoire – sténose de l'ar. mésentérique avec hémorragie sous AVK
- Au moment des RCP : OMS 4
 - Dénutrition / sarcopénie
 - Risque de chute avec troubles de la marche
 - Sd anxieux



- **RCP Poitiers puis Angoulême** : multiples interrogations
 - Prothèse symptomatique ?
 - Radiothérapie exclusive ?
 - Radio-chimiothérapie ?
 - Chimiothérapie exclusive non retenue en terme de balance bénéfice risque.
 - Radiothérapie exclusive : non retenue car risque d'aggravation des symptômes avec pose de SNG sans bénéfice attendu à court et moyen terme.
 - PEC palliative validée par tous les acteurs

- **Souhait du patient** :
 - Traitement curatif.
 - Souhait de manger normalement et de déglutir de nouveau
 - Détermination

- **Annonce du traitement** : consultation conjointe radiothérapeute / gériatre
 - Radiothérapie adaptée proposée après exposition des effets secondaires dont pose SNG
 - Traitement non réalisé après réflexion du patient à 1 semaine



Concepts éthiques

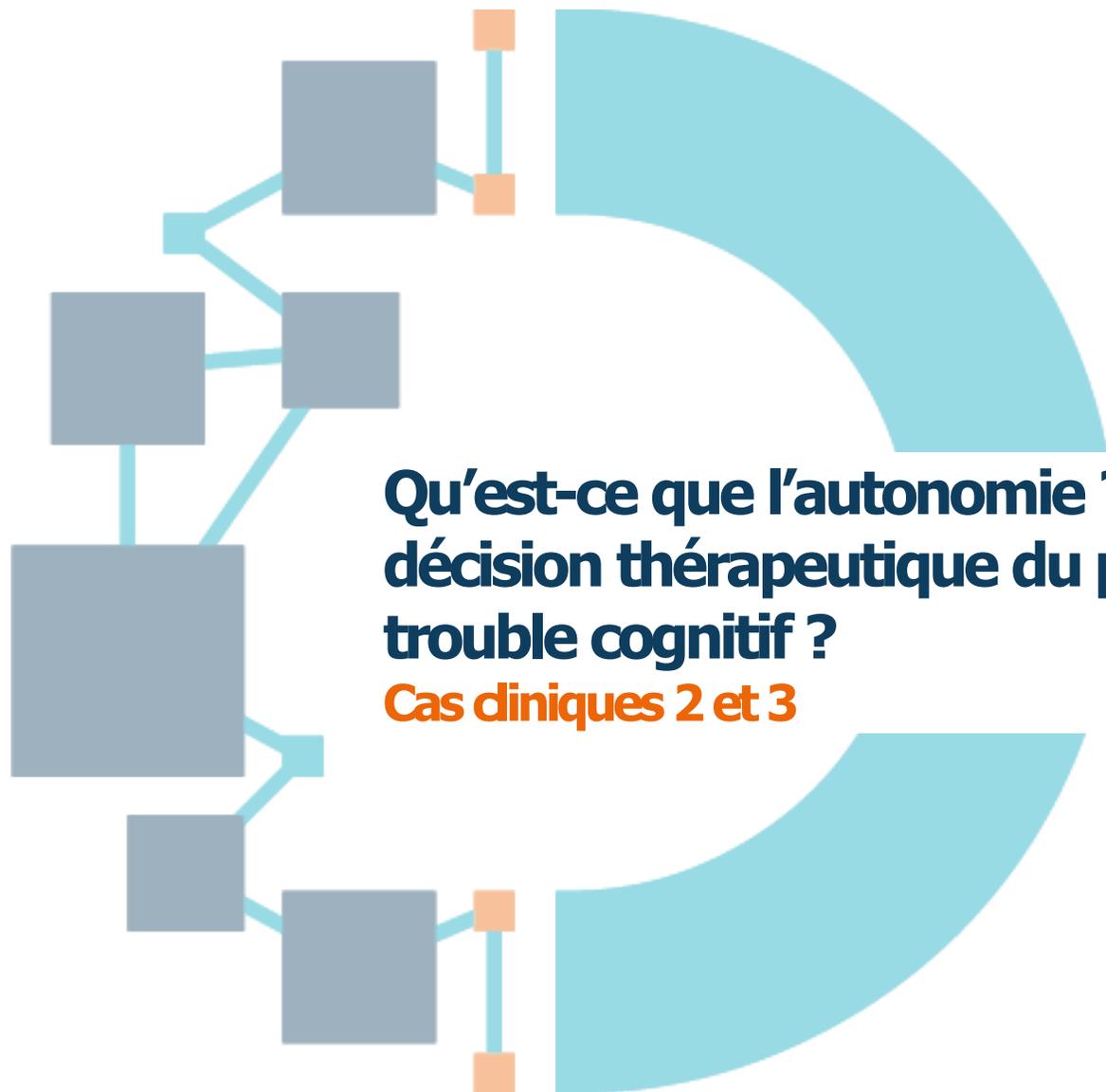
Autonomie et liberté de
décision

Pluridisciplinarité/collégialité :
un automatisme?

Dilemme

- choix du patient
(démarche curative)
- décision collégiale RCP
(démarche palliative)

Emotion et décision
thérapeutique



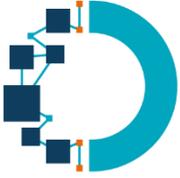
Qu'est-ce que l'autonomie ? Respect de la décision thérapeutique du patient avec trouble cognitif ?

Cas cliniques 2 et 3

18 Juin 2021

Réunion de formation Virtuelle

Sophie DUC - Gériatre



Me P, patiente de 86 ans

- Adénocarcinome du pancréas localement avancé.
- GEMCITABINE puis ascension CA 19-9, relai par TAXOTERE
- Chimiothérapies réalisées à Paris, bien supportées

- Troubles neurocognitifs majeurs à un stade modéré (MMSE 20/30)
- Pas d'autre comorbidité sévère
- Institutionnalisée soudainement en EHPAD à Bordeaux (sans son compagnon resté à Paris). Décision unilatérale d'un de ses fils. Vécu très difficile pour la patiente : colère, incompréhension

- Reprise d'une cure de TAXOTERE au CLCC à Bordeaux
- Puis demande de son fils d'un transfert du dossier au CHU
- Consultation avec une gastroentérologue : peu favorable à la poursuite d'une chimiothérapie. Balance bénéfice-risque jugée défavorable
- Demande un avis en oncogériatrie

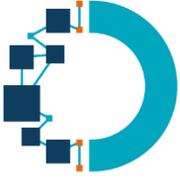


■ Consultation d'oncogériatrie :

- Son fils monopolise la parole, communication avec Madame parasitée. Discours du fils confus, paradoxal.
- Décrit sa mère en parfait état général, mais accuse l'EHPAD d'une dégradation récente.
- Ne laisse pas Madame s'exprimer, ironise ses capacités de communication et de compréhension, mais affirme qu'elle comprend sa maladie et qu'elle souhaite poursuivre la chimiothérapie.
- Troubles neurocognitifs désormais à un stade sévère, désorientation temporo-spatiale, troubles mnésiques, oubli à mesure, MMSE infaisable.
- Les soignants de l'EHPAD précisent que Me P est dépendante pour tous les gestes de la vie courante, mange peu, se déplace peu et avec aide humaine, est anxieuse, s'isole dans sa chambre pour refaire sans cesse sa valise dans l'espoir d'un retour chez elle à Paris, qu'elle pense imminent.
- Peut être opposante aux soins et agressive envers son fils en raison de l'incompréhension de son déménagement.
- Episodes confusionnels avec éléments délirants à type de persécution.

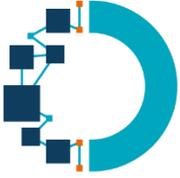
■ Au total :

- Nette dégradation de l'état général de Me P, mais également de son état fonctionnel, locomoteur, nutritionnel et cognitif, le tout étant précipité par le contexte environnemental (perte de repères, séparation brutale de son compagnon).
- La reprise de cette deuxième ligne de chimiothérapie n'est pas retenue : bénéfice clinique peu probable en termes de survie et de qualité de vie, risque de toxicité, adhésion très incertaine de la patiente au projet.
- Insistance et menaces de son fils.



Mme S. Âgée de 90 ans

- Découverte fortuite d'un carcinome canalaire infiltrant du sein droit diagnostiqué dans le cadre de la prise en charge d'un sd occlusif du grêle
- Absence de comorbidité significative en dehors de troubles cognitifs non étiquetés
- Au domicile avec sa fille. Environnement adapté
- Traitement : morphine et antalgiques de palier 1 – psychotrope (pas de MIPA) – laxatifs
- Bilan d'extension : métastases osseuses
- RCP gynéco : Proposition d'un traitement hormonal par antiaromatase et réévaluation à 3 mois



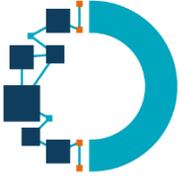
- Evaluation onco-gériatrique
 - Maladie d'Alzheimer confirmée à un stade modéré
 - Comorbidités stables
 - Lombalgies sur les métastases osseuses
 - OMS 2

- La patiente n'est pas au clair avec le diagnostic, elle banalise la lésion.

- Fille, personne de confiance, présente, épuisement de l'aidant principal. En souffrance car ne veut pas prendre la décision à la place de sa mère

- Entretien patiente / gériatre / fille :
 - « Aujourd'hui je n'ai rien de grave (...) mais sachez que si je devais avoir un cancer du sein, je ne souhaiterai surtout pas d'intervention chirurgicale, simplement un traitement médical... »

- Son choix est respecté, sa fille rassurée par son positionnement, elle adhère à la décision.



Analyse en miroir des 2 cas clinique

Sociétal

Âgisme :
Influence des décisions
et prise en charge
(famille – soignants)

Juridique

Rôle de la personne de
confiance

Droits des personnes âgées
avec troubles cognitifs

Directives anticipées?

Ethique

Place de l'Autonomie dans une
décision thérapeutique chez
un patient avec troubles
cognitifs?

Notion de consentement



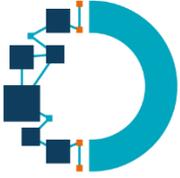
Abstention diagnostique et thérapeutique : acceptation ? Soins palliatifs

Cas clinique 4

18 Juin 2021

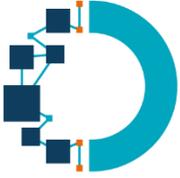
Réunion de formation Virtuelle

Sophie DUC - Gériatre



Mr R. patient âgé de 81 ans

- Vieillesse robuste, sans syndrome gériatrique
- Découverte d'un cancer d'emblée multi-métastatique
- Origine colique probable
- Premières investigations diagnostiques non contributives.
- PBH organisée
- Geste annulé par le radiologue au dernier moment, en raison d'un courrier écrit par la fille de Mr R. et signé par le patient, attestant son opposition à la PBH.



Mr R. patient âgé de 81 ans

- Hospitalisé pour coma hypoglycémique d'origine paranéoplasique.
- Episodes confusionnels lors des hypoglycémies et lors de la signature du courrier. Confusion progressivement résolutive
- Conflit ancien avec sa fille
- Le patient exprime son souhait de réaliser la PBH pour comprendre sa maladie. Néanmoins, dégradation de son état général empêchant la réalisation du geste
- Décision d'abstention diagnostique et thérapeutique. Retour à domicile en HAD, avec traitement symptomatique. Pas de suivi oncologique.
- Le patient aura pu exprimer son incompréhension quant à cette abstention diagnostique, sa colère face au retard diagnostique, son souhait de comprendre sa maladie, et son sentiment d'abandon.



Juridique

Validité des documents
signés dans un contexte
de confusion ?

Ethique

Notion d'autonomie et
de liberté de décision

Médical

Soins palliatifs au
domicile : difficultés
d'accompagnement dans
un contexte de perte de
confiance



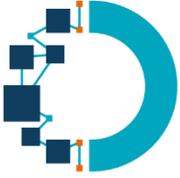
Intégration des différences culturelles dans la prise en charge onco-gériatrique ? Annonce diagnostique

Cas clinique 5

18 Juin 2021

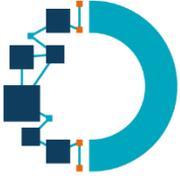
Réunion de formation Virtuelle

Sophie DUC - Gériatre



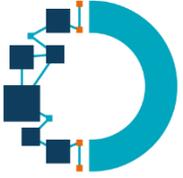
Mr N, patient âgé de 82 ans

- D'origine Georgienne. Ne parle pas le français,
- Découverte d'un adénocarcinome bronchique avec métastases ganglionnaires et pleurales synchrones.
- Trois enfants et 3 petits-enfants présents en consultation, aucun ne veut rester en salle d'attente. Ils assurent à tour de rôle la traduction.
- Communication médecin-malade très limitée



Mr N, patient âgé de 82 ans

- Vieillesse robuste (*à priori*), sans comorbidité, ni syndrome gériatrique
- Compatible avec la mise en place d'une chimiothérapie
- Famille tout à fait d'accord avec ce projet, mais exprime un refus catégorique d'annoncer le diagnostic à Mr N. pour des raisons culturelles
- Refus des médecins de réaliser une chimiothérapie sans annonce diagnostique
- Sa famille organise alors un retour à domicile, sans qu'aucun traitement anticancéreux, ni aucun suivi ne soient mis en place.



Questions soulevées

- Prise en compte des différences culturelles dans la démarche thérapeutique
- Responsabilité de l'entourage au-delà des différences culturelles ?