

# Troubles cognitifs et cancer, regard des oncogériatres

11 avril 2025

---

**Bordeaux**

---

**Nathalie BELAIR-GONZALEZ**  
(CH de Périgueux) et  
**Sandra SCHREINER**  
(CH d'Angoulême)

4e Rencontre d'Oncogériatrie en Nouvelle Aquitaine



# Liens d'intérêts

Dr BELAIR-GONZALEZ et Dr SCHREINER

Aucuns liens d'intérêt en lien avec cette présentation



# Troubles cognitifs et cancer

## Problématique fréquente?

- L'incidence des troubles cognitifs augmente comme le cancer avec âge
- Prévalence des troubles cognitifs en France est de 40/1000 chez plus de 60 ans, 180/1000 après 75 ans et chez 1 patient sur 2 après 90 ans
- Quelque soit la cause MA, origine vasculaire, maladies apparentées ou combinaisons
- Troubles cognitifs en oncogériatrie:
  1. Découverte tumeur cérébrale primitive ou métastases cérébrales de K ou syndrome paranéoplasique
  2. Maladie neurodégénérative ou vasculaire sous jacente
  3. Conséquences traitements du cancer ( CT , RT , HT...)
- Evaluation oncogériatrique globale



# Troubles cognitifs et cancer

## Regard de la société et regard médical

- Agisme: regard négatif par rapport à la vieillesse, discrimination
- Peur de la mort
- Dément et cancer: cumul de regard négatif!
- PA stigmatisées, perte de liberté, accès au bonheur compromis
- PA se considère comme inutile
- PA et cancer : moins d'expression des symptômes permettant le diagnostic
- PA et cancer: moins de diagnostic posé, moins d'examens complémentaires réalisés
- Cancer de nos jours nécessite diagnostic précis (anapath, immunohistochimie...), TAP , TEP...



# Troubles cognitifs

## Démarche de consultation mémoire 1

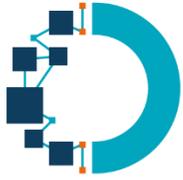
- Repérer troubles cognitifs
- Recommandations <https://www.centres-memoire.fr/nouvelles-recommandations-2025-pour-le-diagnostic-de-la-maladie-dalzheimer-a-lire-absolument/>
- Outils de soins primaires: MMS, IADL 4 (téléphone , transport, budget, gestion des médicaments), 5 mots de DUBOIS, horloge
- BIOL de moins de 6 mois: NFS, CRP , iono, calcémie, glycémie, ALB, urée, creat, TSH et fonction de la clinique VIT B12, folates, BH , LYME, VIH, syphilis



# Troubles cognitifs

## Démarche de consultation mémoire 2

- IRM cérébrale (scanner réservé aux CID IRM ) T1 vol, Flair, T2\*, SWI ou SWAN , pas gado en première attention
- BNP et/ou orthophonie : objectiver déficit cognitif, déterminer le profil cognitif et orienter rééducation
- IDE, IPA : autonomie, facteurs de risque de comorbidité
- LCS pour tous les moins de 65 ans, ou quand phénotype non typique
- TEP après BNP et IRM pour préciser / DFT, DCL vasculaire et si MA et LCS non contributif
- Consultation annonce et consultation post annonce



# Fonctions cognitives

## De quoi parle t on?

- Mémoire: encoder, stocker, restituer information (mémoire de travail, procédurale, biographique) ; mémoire épisodique ( info située dans temps et espace) et mémoire sémantique ( Londres capitale Angleterre)
- Langage: manque du mot, troubles de la compréhension , de l'expression
- Praxies ( réflexive/gestes complexes, constructive/ dessin, idéatoire /geste quotidien, idéomotrice )
- Gnosies reconnaissance de soi et des autres, asonognosie, prosopagnosie ( visages)
- Fonctions exécutives: taches complexes ( troubles planification , anticipation)
- Capacités de jugement: situation absurde, proverbes



# Fonctions cognitives

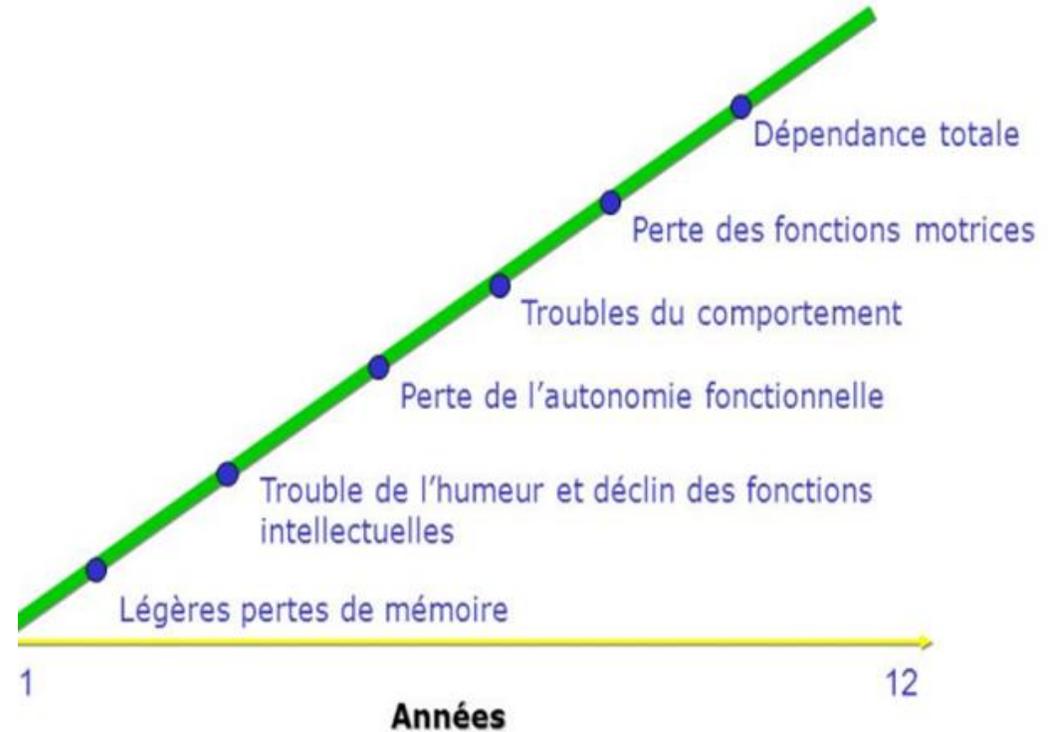
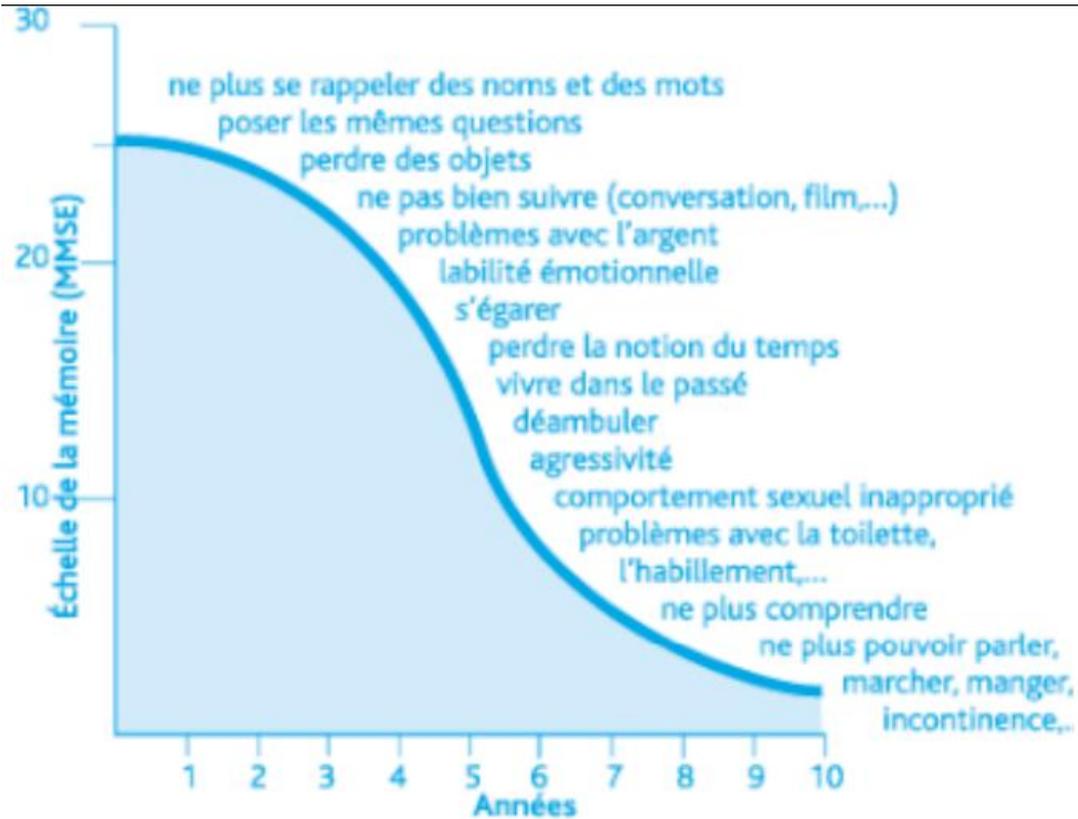
## De quoi parle t on?

- Avec l'âge:
  - Diminution de l'attention
  - Déficits sensoriels
  - Diminution du traitement de l'information
  - Diminution de la mémoire de travail
- Donc difficultés de mémorisation
- Troubles avérés:
  - Cognitifs
  - Interaction sociale
  - Autonomie
  - Somatique
  - Comportemental



# Fonctions cognitives

## Evolution dans la maladie d'ALZHEIMER

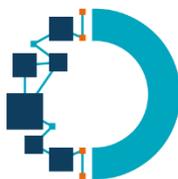




# Evaluation cognitive en cs oncogériatrique

## En pratique

- Multidimensionnelle
- Autonomie
- Thymie
- Chute
- Dénutrition
- Social
- Iatrogénie
- Interpréter en fonction niveau socio culturel
- Tenir compte des troubles langagiers qui peuvent altérer les résultats de certains test
- Déterminer l'existence d'une atteinte dysexécutive qui va pénaliser++ l'autonomie



## Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO)

### Orientation

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire.

Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? \_\_\_\_\_

/ 10

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

1. En quelle année sommes-nous ?
2. En quelle saison ?
3. En quel mois ?
4. Quel jour du mois ?
5. Quel jour de la semaine ?

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous trouvons.

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?\*
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?\*\*
9. Dans quelle province ou région est située ce département ?
10. A quel étage sommes-nous ?

### Apprentissage

Je vais vous dire trois mots ; je vous voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderais tout à l'heure.

- |            |    |        |    |          |
|------------|----|--------|----|----------|
| 11. Cigare |    | Citron |    | Fauteuil |
| 12. Fleur  | ou | Clé    | ou | Tulipe   |
| 13. Porte  |    | Ballon |    | Canard   |

Répéter les 3 mots.

/ 3

### Attention et calcul

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?\*

- |     |    |                          |
|-----|----|--------------------------|
| 14. | 93 | <input type="checkbox"/> |
| 15. | 86 | <input type="checkbox"/> |
| 16. | 79 | <input type="checkbox"/> |
| 17. | 72 | <input type="checkbox"/> |
| 18. | 65 | <input type="checkbox"/> |

/ 5

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :

Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?\*\*

### Rappel

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?

- |            |    |        |    |          |
|------------|----|--------|----|----------|
| 11. Cigare |    | Citron |    | Fauteuil |
| 12. Fleur  | ou | Clé    | ou | Tulipe   |
| 13. Porte  |    | Ballon |    | Canard   |

/ 3

### Langage

Montrer un crayon. 22. Quel est le nom de cet objet ?\*

Montrer votre montre. 23. Quel est le nom de cet objet ?\*\*

24. Écoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »\*\*\*

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Écoutez bien et faites ce que je vais vous dire :

25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite,

26. Pliez-la en deux,

27. Et jetez-la par terre. »\*\*\*\*

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :

28. « Faites ce qui est écrit ».

Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :

29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »\*\*\*\*\*

/ 8

### Praxies constructives

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander : 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? »

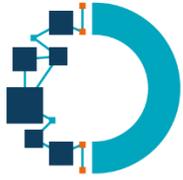
/ 1

## Interprétation:

Le cut-off pathologique est variable selon l'âge et le niveau d'éducation. Les normes fixées par le GRECO (2003) sont :

	Niveau culturel < 3	Niveau culturel 3 à 5 (primaires ou CEP)	Niveau culturel 6 (≥ secondaire ou BAC)
Médiane	28	28	29
Seuil pathologique (5 <sup>ème</sup> percentile) Patients de moins de 80 ans	22	23	26
Seuil pathologique (5 <sup>ème</sup> percentile) Patients de 80 à 84 ans	21	22	25
Seuil pathologique (5 <sup>ème</sup> percentile) Patients de plus de 85 ans	20	21	24

De manière générale un score inférieur au seuil pathologique concerné mais supérieur ou égal à 20 est considéré indiquer une "démence légère" entre 10 et 19, une "démence modérée" et inférieur à 10 une "démence sévère".

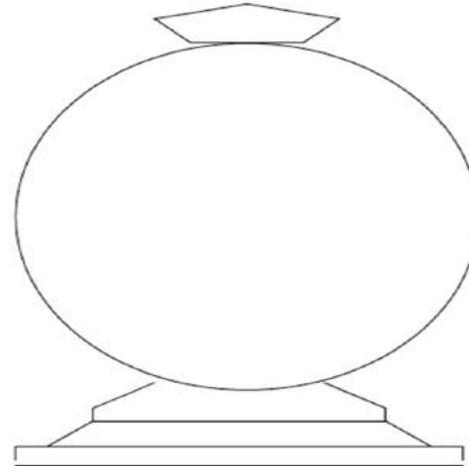
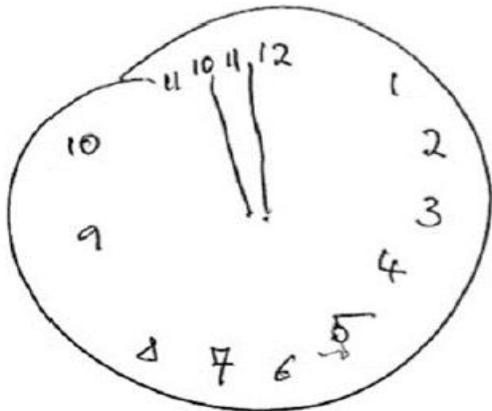


# Tests

## Horloge

S'il vous plait, dessinez le cadran de ce réveil !

Inscrivez l'heure indiquée par les aiguilles, telle qu'elle serait indiquée sur un horaire de chemin de fer



La consigne donnée est de dessiner un cadran de montre (d'horloge) et d'indiquer 11h10 avec les aiguilles.

### Temps (3 points)

- Une aiguille pointe vers le chiffre 2
- Présence de deux aiguilles
- Absence de marques intrusives (heure indiquée par écrit, ou heure indiquée par les aiguilles incorrectes, aiguille des minutes indiquant le chiffre 10 au lieu de 2)

### Chiffres (2 points)

- Les chiffres sont situés à l'intérieur du cercle
- Tous les chiffres sont présents, pas de duplication ou d'oubli

### Espaces (2 points)

- L'espacement des chiffres est régulier
- Les chiffres se situent à distance égale du bord du cercle

### Interprétation

Points	Évaluation	Recommandation
7	Test normal	
6	Test anormal	Approfondir les examens au moyen p. ex. du Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ou du Mini-Mental Status (MMS)
≤ 5	Test pathologique	Investigation plus approfondie pour un bilan démence.



# Tests

5 mots de DUBOIS

**MUSEE**

**LIMONADE**

**Rappel immédiat et différé  
spontané ou avec indiçage**

**SAUTERELLE**

**Pathologique si < 10**

**PASSOIRE**

**CAMION**



# Tests

## Mini COG

1. Mémoriser trois mots :

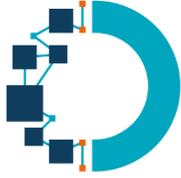
- Clé
- Citron
- Ballon

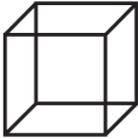
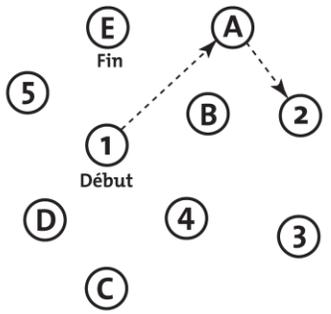
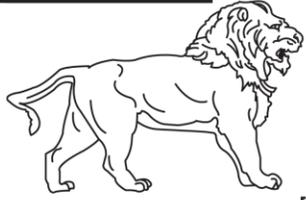
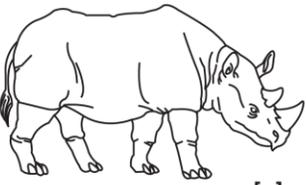
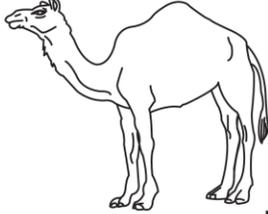
2. Test de la montre

- Mettre les chiffres (1-12) correctement dans le cadran (1 point si correct)
- Mettre la petite et la grande aiguille sur 11 h 10 (1 point si correct)

3. Rappel des trois mots (1 point/mot correct)

**Interprétation :** positif si score total  $\leq 2/5$



<b>VISUOSPATIAL / EXÉCUTIF</b>		 Copier le cube	Dessiner HORLOGE (11 h 10 min) (3 points)	POINTS																		
	[ ]	[ ]	[ ] Contour [ ] Chiffres [ ] Aiguilles	___/5																		
<b>DÉNOMINATION</b>																						
 [ ]	 [ ]	 [ ]	___/3																			
<b>MÉMOIRE</b>		Lire la liste de mots, le patient doit répéter. Faire 2 essais même si le 1er essai est réussi. Faire un rappel 5 min après.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">VISAGE</td> <td style="text-align: center;">VELOURS</td> <td style="text-align: center;">ÉGLISE</td> <td style="text-align: center;">MARGUERITE</td> <td style="text-align: center;">ROUGE</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1<sup>er</sup> essai</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2<sup>ème</sup> essai</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE	1 <sup>er</sup> essai						2 <sup>ème</sup> essai						Pas de point
	VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE																	
1 <sup>er</sup> essai																						
2 <sup>ème</sup> essai																						
<b>ATTENTION</b>		Lire la série de chiffres (1 chiffre/ sec.). Le patient doit la répéter. [ ] 2 1 8 5 4 Le patient doit la répéter à l'envers. [ ] 7 4 2			___/2																	
Lire la série de lettres. Le patient doit taper de la main à chaque lettre A. Pas de point si 2 erreurs		[ ] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB			___/1																	
Soustraire série de 7 à partir de 100.		[ ] 93	[ ] 86	[ ] 79	[ ] 72	[ ] 65	___/3															
<b>LANGAGE</b>		Répéter : Le colibri a déposé ses œufs sur le sable. [ ] L'argument de l'avocat les a convaincus. [ ]			___/2																	
Fluidité de langage. Nommer un maximum de mots commençant par la lettre «F» en 1 min		[ ] _____ (N ≥ 11 mots)			___/1																	
<b>ABSTRACTION</b>		Similitude entre ex : banane - orange = fruit [ ] train - bicyclette [ ] montre - règle			___/2																	
<b>RAPPEL</b>		Doit se souvenir des mots SANS INDICES	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">VISAGE</td> <td style="text-align: center;">VELOURS</td> <td style="text-align: center;">ÉGLISE</td> <td style="text-align: center;">MARGUERITE</td> <td style="text-align: center;">ROUGE</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">[ ]</td> </tr> </table>	VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Points pour rappel SANS INDICES seulement	___/5							
VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE																		
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]																		
<b>Optionnel</b>		Indice de catégorie Indice choix multiples																				
<b>ORIENTATION</b>		[ ] Date	[ ] Mois	[ ] Année	[ ] Jour	[ ] Endroit	[ ] Ville	___/6														



# Troubles du comportement

## Comment évaluer?

- Troubles du comportement:
  - Agitation , agressivité
  - Anxiété, dépression
  - Apathie
  - Déambulation, comportement moteur aberrant
  - Désinhibition, hypersexualité
  - Troubles du sommeil
  - Syndromes psychotiques: hallucinations , délires
- Entretien ++ avec famille ou équipe soignante EHPAD
- NPI –ES
- Inventaire de l'agitation COHEN-MANSFIELD



# Evaluation oncogériatrique, troubles cognitifs et cancer

## Quel sera l'impact du diagnostic de troubles cognitifs sur le traitement du cancer?

- Apprécier le pronostic fonctionnel et vital de chaque pathologie
- Evaluer comment les 2 maladies vont influencer l'une sur l'autre et comment elles vont retentir sur la prise en charge
- Troubles cognitifs ne signifient pas forcément troubles du jugement mais possiblement adaptation des soins
- CT récusée en raison de l'âge: 34% des PA sans K déclarent vouloir une CT; 77,8% des PA veulent CT quand atteintes de K



# Evaluation oncogériatrique, troubles cognitifs et cancer

**Quel sera l'impact du diagnostic de troubles cognitifs sur le traitement du cancer?**

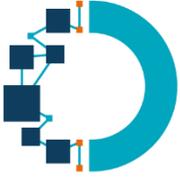
- Identifier et qualifier le déclin cognitif qui peut impacter:
  - Sur la compréhension du diagnostic de cancer et du traitement proposé
  - Sur la compliance au traitement
  - Sur la capacité à gérer les médications
  - Sur la capacité à reconnaître et réagir aux effets secondaires des traitements



# Cas cliniques et freins à traiter

## Cas clinique n°1

- Mr D âgé de 86 ans.
- Agriculteur retraité, il vit à domicile avec son épouse dans une maison de plain pied.
- Trois enfants, dont deux vivent à proximité (mésentente dans la fratrie).
- Auxiliaire de vie une fois par semaine pour le ménage et l'accompagnement de madame aux courses.



## Cas clinique n°1

- Téléassistance portée par Madame.
- IDE libérales pour les bilans biologiques.
- Pas de protection juridique.
- Comorbidités:
- Trouble neuro cognitif majeur mixte vasculaire et neurodégénératif. Suivi en consultation mémoire depuis 5 ans.
- HTA
- Rétrécissement aortique léger (bonne FEVG au dernier bilan).



## Cas clinique n°1

- Dyslipidémie
- Pace maker depuis 2010 sur BAV paroxystique syncopal.
- Exogénose.
- Traitements en cours:
- Lisinopril20mg/hydrochlorothiazide 12,5 mg:1/j
- Amlodipine10mg: 1/j
- Pravastatine40mg: 1/j
- Kardegic 75mg: 1/j



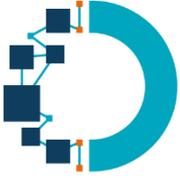
## Cas clinique n°1

- Histoire de la maladie:
- Poursuite évolutive locorégionale cutanée et ganglionnaire d'un carcinome épidermoïde cutané latéro facial droit en regard de la mandibule opéré R1 en 2020.
- La radiothérapie hypo fractionnée et le TEP scanner préconisés par la RCP de l'époque non réalisés: Refus du patient de monter dans l'ambulance.



## Cas clinique n°1

- Sollicitation par la famille d'un avis ORL le 15 avril 2021: Volumineuse masse adhérente à la peau et à la branche horizontale mandibulaire sans autre adénopathie cervicale palpable à l'examen.
- TDM cervical et thoracique 22 avril 2021:  
Masse tumorale de 5 cm de diamètre sous angulo mandibulaire droite avec contact avec la glande submandibulaire, le plancher buccal et les muscles extrinsèques sans envahissement.

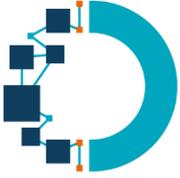


## Cas clinique n°1

Erosion corticale et condensation médullaire suspecte de la branche horizontale de la mandibule au contact de la masse.

Absence d'adénopathie absence de nodule pulmonaire suspect.

- Demande d'évaluation oncogériatrique sur la faisabilité d'une chirurgie puis radiothérapie.G8:11.
- Pas de chirurgie ORL RO sans mandibulectomie et sans risque de lésion du XII et du rameau mentonnier du nerf facial.



## Cas clinique n°1

- **L'évaluation oncogériatrique:**
- Au décours de la consultation ORL.
- Fugue de la salle d'attente sur épisode confusionnel.(retrouvé dans les jardins de l'EHPAD voisin).
- **Mise en évidence de fragilités malgré un bon état général:**
- Des comorbidités cardio vasculaires stabilisées sous traitement.



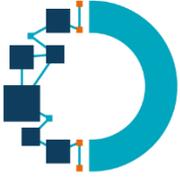
## Cas clinique n°1

- Un trouble cognitif majeur à un stade modérément sévère avec troubles psychocomportementaux (déambulations, hétéroagressivité et opposition aux soins).
- Une dépendance quasi totale pour les actes essentiels et totale pour les activités instrumentales.
- Un risque de dénutrition important avec horaires de repas anarchiques, consommation d'alcool, mauvais équilibre alimentaire.



## Cas clinique n°1

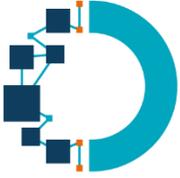
- Une atteinte sensorielle auditive.
- Une fragilité sociale importante:
  - Epoque fragile sur le plan cognitif refusant les aides et autres intrusions à domicile.
  - Risque d'épuisement de l'aidant
  - Conflits familiaux entre les enfants.



## Cas clinique n°1

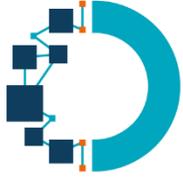
### **Conclusion:**

- Un traitement chirurgical lourd avec séquelles fonctionnelles n'est pas raisonnable.
- Pas de radiothérapie possible en raison de la sévérité de l'atteinte cognitive et des troubles psychocomportementaux.
- Un traitement oncologique systémique sera compliqué par l'atteinte psychique et les difficultés d'accompagnement au domicile actuelles.



## Cas clinique n°1

- La RCP Tumeurs ORL du 26/04/2021 préconise une évaluation oncologique pour un traitement avec un objectif de contrôle local.
- Prise en charge palliative symptomatique si impossible.
  
- Mr D bénéficiera d'une prise en charge palliative symptomatique.



# Cas cliniques et freins à traiter

## Cas clinique n°2

- Mme D, 77 ans secrétaire retraitée.
- Veuve depuis 4 mois: Décès brutal de son époux malade dont elle était l'aidante principale.
- Vit seule dans une maison de plain pied. Indépendante pour les AVQ, conduit, besoin d'aide pour la gestion administrative. OMS: 1.
- Trois filles d'une première union non à proximité
- Voisins présents ( entretien du jardin, gestion administrative).
- Pas de plan d'aide, pas de téléassistance.



## Cas clinique n°2

### Antécédents médicaux et comorbidités:

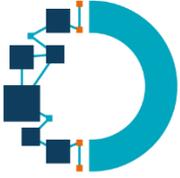
- Cancer du sein droit opéré avec radio chimio adjuvante en 2010
- Troubles cognitifs mineurs MCI de type amnésique (cs mémoire en 2023)
- Alcool: 1 bière/jour
- Pas de tabac.



## Cas clinique n°2

### Antécédents chirurgicaux:

- Appendicectomie
- 2010: Cancer du sein droit opéré avec chirurgie conservatrice ganglionnaire axillaire droit
- Mélanome du sein droit SSM opéré en mai 2023 avec limites d'exérèse saines
- Cataracte bilatérale



## Cas clinique n°2

- Histoire de la maladie:

Mélanome au niveau du sein droit opéré en 2023: Breslow 2,1mm non ulcéré.

Evolution métastatique axillaire gauche confirmée histologiquement en septembre 2024.

- Bilan d'extention:

Polyadénopathies axillaires, sus-claviculaires gauches, possiblement cutanée mammaire droite.

Pas d'atteinte à distance y compris cérébrale.

- **Donc mélanome stade pT3aN0M0**



## Cas clinique n°2

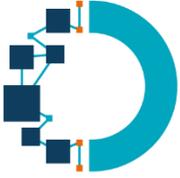
L'évaluation oncogériatrique met en évidence des fragilités:

- Des antécédents de cancer du sein sous surveillance.
- Des comorbidités neuropsychiatriques:

Une atteinte cognitive légère: MMS: 28/30 (-1pt étage - 1pt mémoire de rappel)

5Mots de Dubois pondéré : 16/20 en score total avec atteinte du rappel libre et indiçage partiellement efficace.

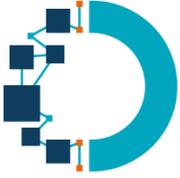
Test de l'horloge 6/7 non critiqué.



## Cas clinique n°2

Un syndrome anxiodépressif ancien avec composante anxieuse importante, acutisé par un épuisement en tant qu'aidante de son époux malade et un deuil difficile pour lequel elle refuse tout traitement.

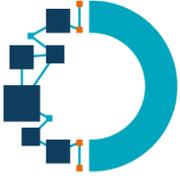
- Une dénutrition modérée multifactorielle (syndrome anxiodépressif, pathologie oncologique, solitude)
- Une fragilité sociale importante :
  - Pas de famille à proximité
  - Aucune aide à domicile, pas de télé assistance.
  - Besoin d'aide pour la gestion administrative.



## Cas clinique n°2

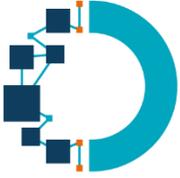
### Conclusion:

- Pas de contre-indication gériatrique à un traitement oncologique par immunothérapie à condition de mettre en place un suivi infirmier à domicile pour la gestion des effets secondaires et des aides à domicile.
- Pas de contre-indication à un curage ganglionnaire à condition qu'une réhabilitation en SMR soit organisée
- Recommandation de consignes écrites.
- Préconisation de soutien psychologique.
- Préconisation de téléassistance.



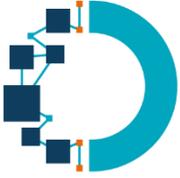
## Cas clinique n°2

- RCP de dermato cancérologie du 26/11/2024:  
Validation d'une immunothérapie anti PD1 qui pourrait constituer un traitement néoadjuvant si le caractère opérable est confirmé selon l'évolution.
- Nivolumab débuté le 10 décembre 2024 sans prise en charge IDE à domicile.
- Demande de réévaluation oncogériatrique devant une perte de 6 points au MMS à l'initiation du traitement.



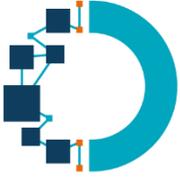
## Cas clinique n°2

- Le 7 janvier 2025: Admission aux urgences du CHP pour suspicion de myocardite post immuno (tropo 899, BNP 1963 sur le bilan pré immuno).
- Diagnostic confirmé, corticothérapie instaurée.
- Réévaluation oncoG à cette occasion:
  - Toujours pas de suivi IDE: Non observance d'un traitement antidépresseur prescrit depuis un mois.
  - Les aides et la télé assistance venaient juste de se mettre en place.



## Cas clinique n°2

- Evaluation cognitive:
  - MMS stable
  - Test des 5 mots de Dubois pondéré:12/20 (atteinte rappel libre, indiçage non efficace et intrusions)
  - Test de l'horloge échoué.
- Evaluation thymique:
  - Importante anxiété, avec crises d'angoisse.
  - syndrome dépressif et conscience de l'atteinte mnésique avec peur de l'institutionnalisation.

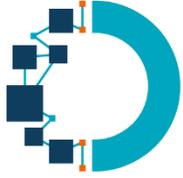


## Cas clinique n°2

Autonomie fonctionnelle et état général préservés.

Organisation avec le service pour:

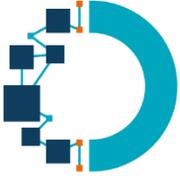
- Retour à domicile avec passage IDE quotidien pour surveillance et gestion des traitements.
- Prescription d'un traitement antidépresseur et anxiolytique.
- PRADO.
- Visite programmée du médecin traitant.



# Cas cliniques et freins à traiter

## Les freins à traiter

- Le degré d'atteinte cognitive:
  - Difficultés de compréhension des ordres simples.
  - Difficultés de mémorisation des consignes.
  - L'existence de troubles psychocomportementaux
- Des troubles de l'humeur associés.



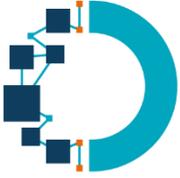
## Les freins à traiter

Un étayage à domicile non sécurisant:

- Isolement familial, social ou géographique
- Aidant principal défaillant (physiquement ou psychologiquement)
- Absence d'aide à domicile
- Absence de supervision infirmière

Des conflits familiaux

Un médecin traitant non disponible.



# Prise en charge PA avec troubles cognitifs atteint de K CAT

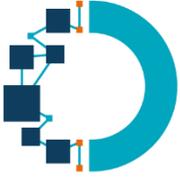
- Cancer avec perspective curatrice ou palliative?
- Prise en charge dépend:
  - Stade de la démence
  - Des complications comportementales
  - Du pronostic de la maladie cognitive
- Evaluer bénéfice risque, espérance de vie estimée supérieure à évolution cancer?
- RCP obligatoire et annonce diagnostic obligatoire , gradation information possible
- Donner INFORMATION au patient, au tuteur, à la personne de confiance uniquement si le patient le sollicite



# Prise en charge PA avec troubles cognitifs atteint de K

## CAT

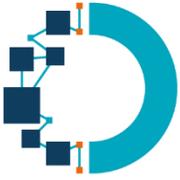
- Consentement libre (sans contrainte, sans pression) et éclairé (comprendre ce à quoi le patient consent) et le noter dans dossier médical
- Tuteur consent mais favoriser participation du majeur, sous curatelle ou sauvegarde de justice , le majeur consent seul
- Refus de soins, réitéré après délai raisonnable, info / risques encourus si pas de traitement
- Obstination déraisonnable: actes inutiles, disproportionnés
- Mais attention... renoncer à un traitement qui pourrait être utile au patient pour une rémission / proposer des traitements mal tolérés et provoquant un inconfort disproportionné
- Directives anticipées qui prévalent toujours sur avis de la personne de confiance



# Prise en charge PA avec troubles cognitifs atteint de K

## Ethique

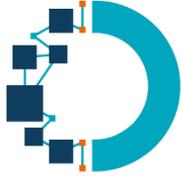
- Prise en soins oscille entre:
  - Acharnement
  - Soins disproportionnés
  - Perte de chance
  - Abandon
- Risque patient « à la merci » des professionnels , des proches
- MA maladie de la communication et du lien



# Prise en charge PA avec troubles cognitifs atteint de K

## Prise de décision

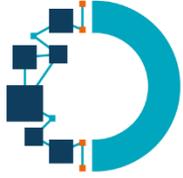
- Devoir éthique de soigner même si patient ne demande rien soit parce qu'il n'est plus capable , soit parce qu'il se juge inutile
- Décision collégiale, pluridisciplinaire, pluri professionnelle
- Connaissance du programme thérapeutique proposé
- Pas la seule décision du gériatre
- Ne pas oublier le médecin traitant qui connaît bien le contexte au domicile ou en EHPAD



# Prise en charge PA avec troubles cognitifs atteint de K

## Programme d'accompagnement

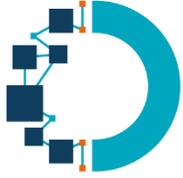
- Troubles cognitifs ont impact négatif sur QdV
- Diminution confiance en soi
- Difficultés / relation sociale
- Professionnels de santé (IDE, pharmacien, aide dom)
- Activité physique, yoga...
- Prise en charge de la douleur, des troubles du sommeil
- Stimulation cognitive
- Stimuler les capacités préservées, maintenir autonomie
- Accueil de jour
- Accompagnement de la famille, soulager , soutenir



# Troubles du comportement

## Comment prendre en charge?

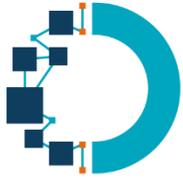
- Atténuations possibles des troubles du comportement pour permettre un traitement anti cancéreux?
- Nouvelles recommandations pour la prise en soins des SPC dans les maladies neuro cognitives 9/2024
- <https://www.calameo.com/books/006250597d2c0891998b6>



# Troubles cognitifs et cancer

## Oncogériatrie

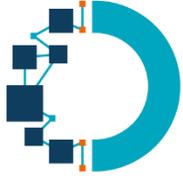
- Evaluation globale, attention particulière sur repérage troubles cognitifs , sans négliger les syndromes dyséxécutifs
- Qualité relation / personne malade
- Présence entourage++
- Concertation pluri professionnelle
- Programme spécifique
- Accompagnement patient et entourage
- Consultation de suivi
- Partage d'expérience / situations complexes



# Troubles cognitifs et cancer

## Oncogériatrie

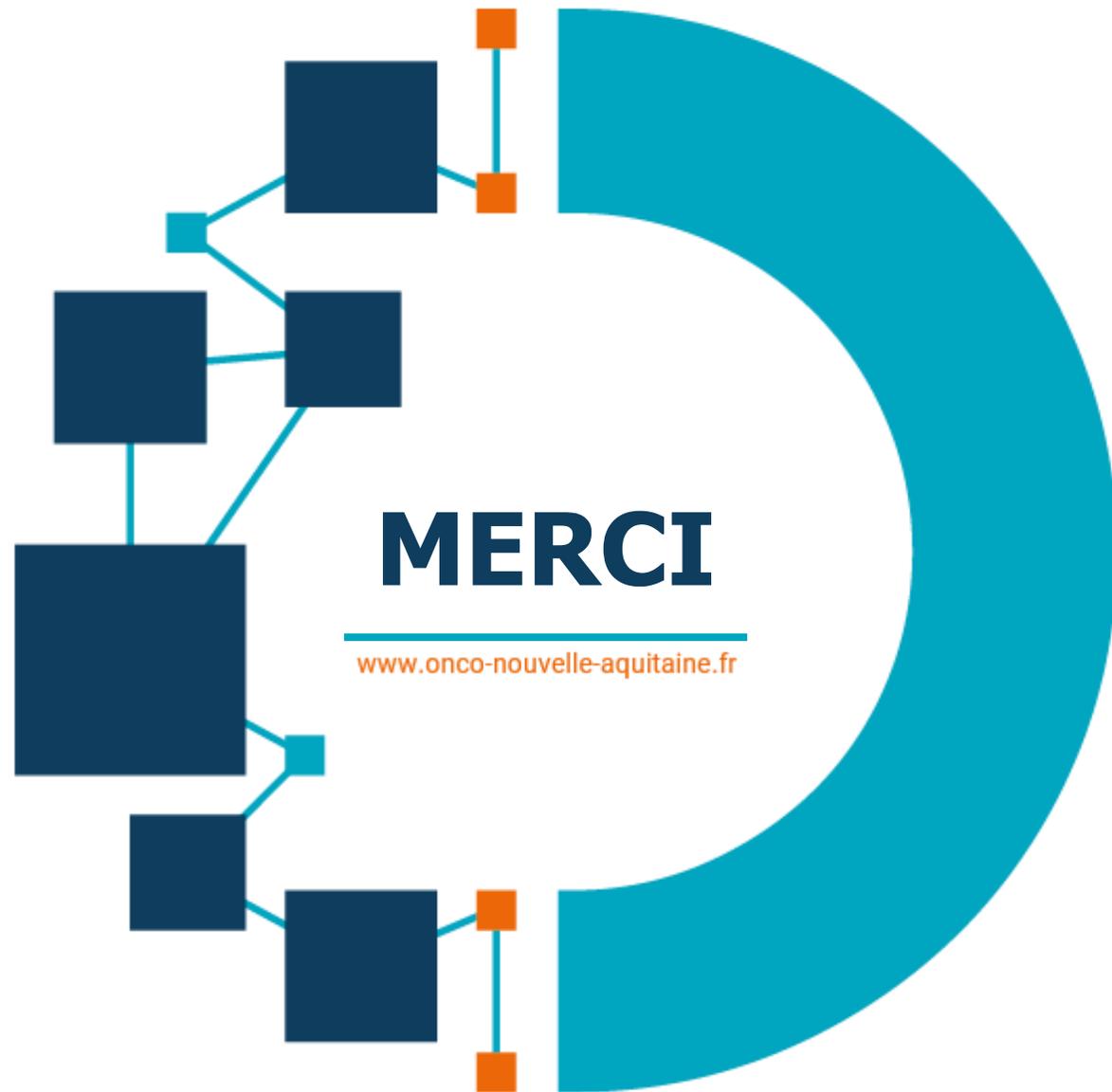
- Augmentation nombre de cancéreux présentant des troubles cognitifs
- Non réalisation de filtres de screening
- Délai de consultation
- Consultation longue, d'autant plus complexe qu'il existe de troubles cognitifs
- Fatigabilité du patient
- Difficultés ou impossibilité de réalisation de consultation de suivi



# Troubles cognitifs et cancer

**Restons positifs**

- Progrès ++ en cancérologie sur les 20 dernières années mais complexification des prises en charge
- Diagnostic précoce des troubles cognitifs
- Traitement MA par Atcp anti amyloïdes
- Arrivée en nombre de professionnels passionnés par l'oncogériatrie
- Partage lors de rencontres comme aujourd'hui



**MERCI**

[www.onco-nouvelle-aquitaine.fr](http://www.onco-nouvelle-aquitaine.fr)