

Alzheimer et cancer

Marianne FONCK

Muriel Rainfray

Cécile MERTENS

26 Septembre 2009

Maladie d'Alzheimer

- Prévalence en France :
 - 850 000
 - 610 000 > 75 ans
 - 20% des sujets de cette tranche d'âge
 - 80% de toutes les démences
- Incidence : 160 000 / an

Evolution de la maladie

Signes annonciateurs

Syndrome confusionnel aigu (post-opératoire)
Perte d'autonomie 4 IADL

Troubles de la mémoire récente

Désorientation tempo-rospatiale

Perte d'autonomie en lien avec l'apraxie

Toilette – Habillage
Prise des repas
Déglutition
Marche

Troubles du comportement

Agitation – Opposition
Déambulation

Incontinence urinaire et fécale

Médicaments – Budget
Déplacements
Téléphone

ADL

Alzheimer et mortalité

- Délai premiers signes / diagnostic : 2 ans
- Stabilisation de la maladie : 1 à 2 ans
- Espérance de vie moyenne : 10 ans
- L'espérance de vie dépend essentiellement
 - **des comorbidités**
 - cardiovasculaires
 - neurovasculaires
 - cancers
 - **de la qualité des soins** donnés à ces sujets très dépendants dans les activités de la vie quotidienne

...Les incertitudes de l'oncologue

- Les troubles cognitifs représentent une des 3 comorbidités les plus fréquentes chez les patients de plus de 70 ans (≈30%)
- Cancer et Alzheimer : une situation clinique peu documentée
- Des interférences à démêler :
 - Deux pathologies influençant directement le pronostic vital
 - Deux pathologies interagissant directement entre elles :
 - *impact des troubles cognitifs sur la réalisation des traitements carcinologiques*
 - *impact des traitements carcinologiques sur les fonctions supérieures.*

Troubles cognitifs et survie

- La survie chez les patients atteints de cancer de plus de 70 ans est réduite de moitié (41.8 vs 93.5 mois) lorsque le score MMS est anormal (≤ 24)
- Une altération modérée à sévère du score MMS (≤ 17) est associée à une augmentation du risque de décès voisin de celui du cancer [HR 2.41 vs 2.6]
- Maladie Alzheimer

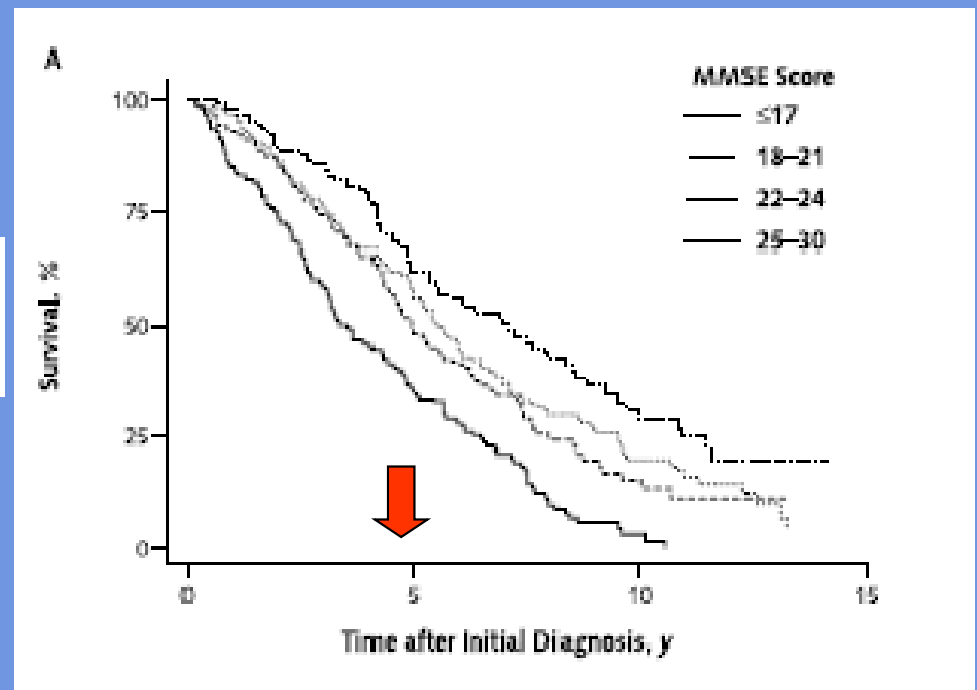
Annals of Internal Medicine

ARTICLE

Survival after Initial Diagnosis of Alzheimer Disease

Eric B. Larson, MD, MPH; Marie-Florence Shadlen, MD; Li Wang, MS; Wayne C. McCormick, MD, MPH; James D. Bowen, MD; Linda Teri, PhD; and Walter A. Kukull, PhD

Survie médiane après Δic :
4.2 ans hommes, 5.7 ans femmes



Diagnostic des troubles cognitifs

- La moitié environ des troubles cognitifs sont diagnostiqués lors d'une consultation usuelle.

Geriatric Syndromes in Elderly Patients Admitted to an Oncology–Acute Care for Elders Unit

Kellie L. Flood, Maria B. Carroll, Cyndi V. Le, Linda Ball, Debbie A. Esker, and David B. Carr

Geriatric Syndrome	No. of Patients	%
Geriatric screens, % abnormal		
Short Blessed Test Score, n = 93*	25	27
Clock Construction Test Score, n = 83†	42	51
Geriatric Depression Scale Score, n = 46‡	11	24
Braden Scale Score, n = 119§	21	18
Geriatric syndromes documented by oncology care providers		
Cognitive impairment documented in physician's or nursing notes	36	30
Depression documented in physician's or nursing notes	24	20

- Cette altération des fonctions supérieures est plus fréquemment associée à :
 - un état dépressif (49% vs 12%)
 - une altération de l'autonomie (PS : 1.4 vs 0.49)
 - des comorbidités plus sévères

Extermann, JNCCan network 2005

Les écueils

- Poser le diagnostic et la cause de l'altération (liée ou antérieure au cancer)
- Évaluer le rapport bénéfice-risque du traitement spécifique
 - situation curative : état cognitif immédiat et son évolutivité / risque de rechute
 - situation palliative : bénéfice/risque « immédiat »- toxicité des tt.
- Évaluer les capacités d'adhésion du patient au plan de traitement (critère d'exclusion des essais cliniques)
- Gérer la toxicité des traitements : risque de décompensation démentielle en cas de diarrhée, fièvre...

Impact du traitement sur les troubles cognitifs

- Ils sont encore mal connus et peu étudiés, ainsi que leur implications chez les patients en rémission
- Chirurgie : risque de décompensation démentielle post-opératoire
- Chimiothérapie : des résultats discordants
 - Altération des fonctions cognitives au décours de la chimiothérapie chez 25% des ptes traitées d'un cancer du sein
 - Pas d'impact évident retrouvé au niveau des EGS des études publiées

A propos du diagnostic....

- Monsieur C...
- Atcd : HTA, adénome prostatique
- 2004 : AEG, amaigrissement 15 kg (47kg, 1.72m), troubles du transit
- Février 2005 : adénocarcinome sigmoïdien, métastases hépatiques synchrones

RCP : Traitement

Chirurgie
Chimiothérapie (FOLFIRI)

Suites opératoires difficile:
désorientation, agitation.....sevrage ?

Délai reprise CT

Fin de tt : CV :0, poids : 59 kg

évolution

- Juillet 2006 : rechute Locale asymptomatique

RCP : Traitement
RT-CT
Chirurgie

Refus catégorique
de la chirurgie

Fin de tt
→ CV 0
Pds : 59kg

- Mars 2007 : rechute métastatique hépatique

Avril 2007

Toxicité cutanée, diarrhée grade 2
Asthénie, troubles de la concentration,
CV OMS2
RP < 50%
Adaptation chimiothérapique

Mai 2007

DTS, confusion
Pas de support « organique »
ou biologique aux troubles
Avis gériatrique
Décompensation démentielle

Mr C....évolution à l'arrêt du traitement

- Mai 2007 : arrêt de la chimiothérapie
 - Maintien au domicile (épouse référente)
 - Adaptation des aides au domicile, kinésithérapie
 - Mise en place d'un suivi mensuel
- Juin 2007 : état de dépendance identique
- Juillet 2007 : aptitude à une conversation brève, orientation correcte, ré autonomisation au domicile (jardin), amélioration de l'appétit
- Aout 2007 : état stationnaire, maintien des ressources instituées

A propos du pronostic

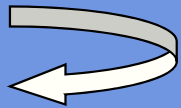
Mme P, 78 ans

Mme P, 84 ans

Rectorragies : Carcinome canal anal T2N0

Atcd : HTA, Alzheimer (1995)
Prise en charge Hal de jour
Pronostic vital : 2-3 ans

Atcd : HTA
EGS : Alzheimer débutant



02/04 : 1er avis
abstention tt

RCP+avis gériatrique
07/04 : AAP
Suites : difficiles
Institutionnalisation

10/04 : ablation de la sonde urinaire
04/05 : décès

05/05 : radiothérapie,
accompagnement
gériatrique, prise en
charge familiale

04/06 : tumeur rein D. RCP uro :
radiofréquence

04/07 : RC- institutionnalisation pour
sd démentiel

Alzheimer et cancer

Questions éthiques

- Gain apporté par le traitement du cancer
 - Espérance de vie
 - La qualité de vie – Confort
- Consentement du patient
 - Dépend du stade évolutif de la maladie
 - Consentement famille/ personne de confiance

Conclusion

- Maladie d'Alzheimer et cancers sont fortement liés à l'âge
- La décision de traiter doit être prise après concertation multidisciplinaire
- La connaissance précise de la phase évolutive de la MA est indispensable à la prise de décision
- Il est toujours difficile de savoir qui l'emportera...