

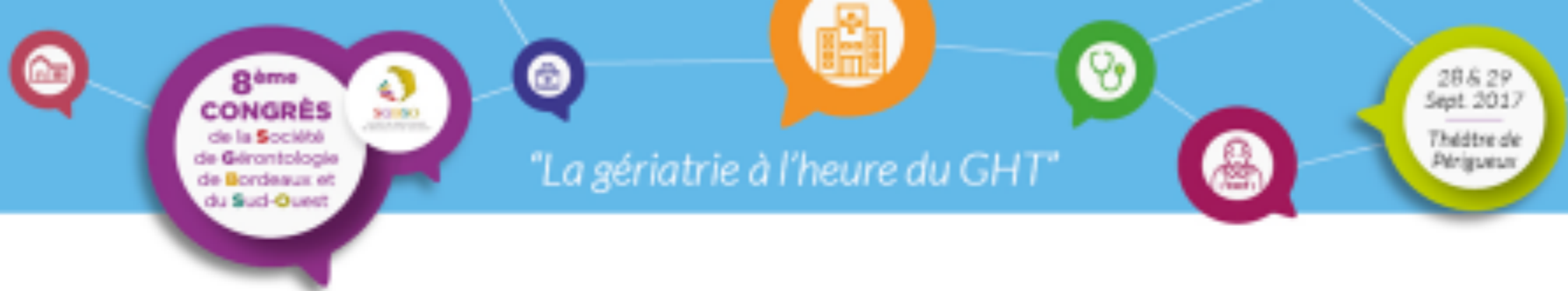
Alzheimer et cancer : passerelle ou parallèle ?

Dr Jean-François Banry

Onco-Psycho-Gériatrie

Accompagnement et Soins Palliatifs

U.C.C. le Verger des Balans - 24430 Périgueux



Réflexions sur des parcours croisés

Depuis janvier 2016, plus de 100 patients vus

La synergie oncologue + gériatre apporte-t-elle un bénéfice?

Le dépistage de la fragilité modifie le projet thérapeutique

Mais le pronostic est-il corrélé au cancer ? Au profil gériatrique?

Arrivons-nous à voir ce que l'autre voit?

ILLUSTRATION A TRAVERS DEUX VIGNETTES CLINIQUES



8^{ème}
CONGRÈS
de la Société
de Gériatrie
de Bordeaux et
du Sud-Ouest



“La gériatrie à l’heure du GHT”



28 & 29
Sept. 2017
Théâtre de
Périgueux

Mr G. Michel 70 ans restaurateur et conseiller municipal extraverti

2014: découverte « *fortuite* » d'un adénocarcinome prostatique d'emblée métastatique osseux diffus

Douleurs osseuses sacro-iliaques

Traitement hormonal ENANTONE° + ANDROCUR° mais PSA reste toujours >5000

2015: échappement avec majoration des douleurs

Épanchement pleural au TEP

TAXOTERE + XGEVA + Irradiation 33 Gy + AINS + FENTANYL

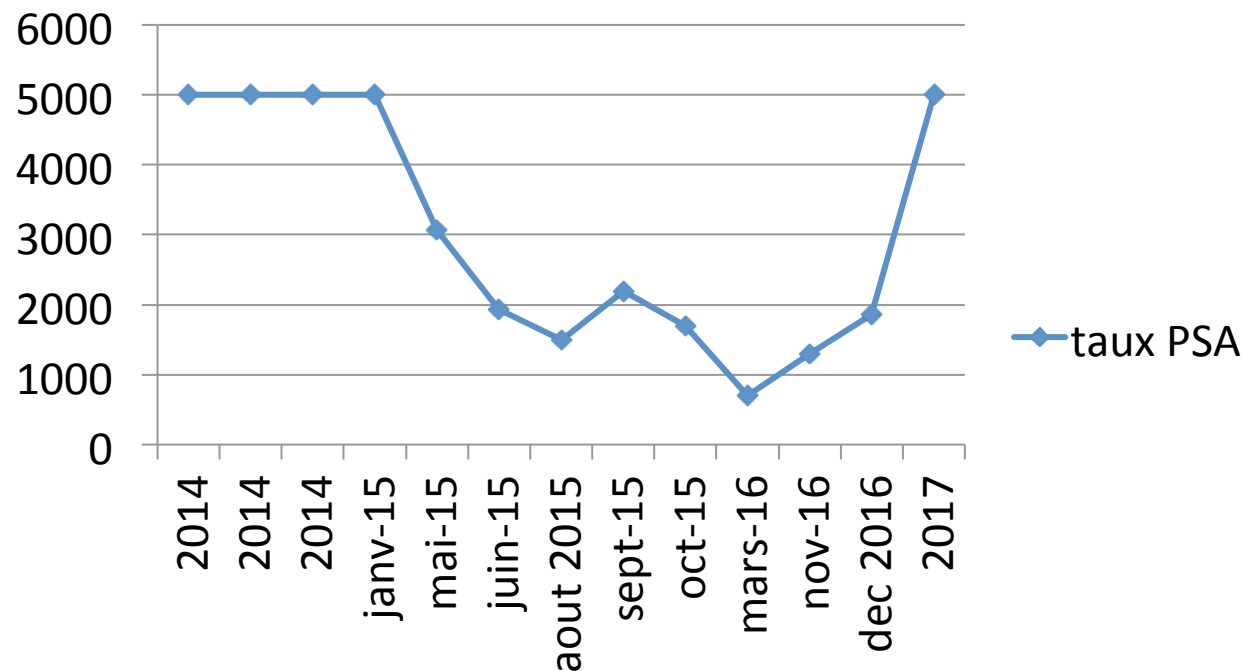
Janvier 2015 à octobre 2016: Disparition douleurs et stabilité patient à domicile

Novembre 2016: ré-ascension du PSA

Décembre 2016: reprise BICALUTAMIDE



taux PSA



Évolution sur 3 ans : efficacité ? Observance? échappement



Février 2017: première évaluation cognitive le 20 février 2017 à la demande oncologue

Observation: patient hospitalisé en service oncologie en chambre individuelle

Patient en grande conversation avec des amis chasseurs lors de l'arrivée du médecin

Jovial, euphorique, logorrhéique

Mais alité, totalement dépendant

Anosognosique de ses douleurs et de son cancer

MMS: 22/30 (4431280)

Phrase du MMS: « ***la vie est belle, je suis en pleine forme*** »

DUBOIS 8/10, BREF: 3/18 (120000)

IRM cérébrale: demandée pour bilan oncologique

Aucune notion de trouble cognitif évoqué avant février 2017...

ATROPHIE BI-FRONTALE – lésions neurodégénératives de type DLFT, déjà bien installées

Mars 2017: adressé en SSR pour accompagnement palliatif

6 Mai 2017: décès du patient



Mr Jean D. 69 ans divorcé, solitaire

Trois enfants dont un fils très présent, vit seul sans aide en pleine campagne
consommation excessive alcoolo-tabagique

2012: adénocarcinome colique droit:

hémi-colectomie droite

chimiothérapie adjuvante FOLFOX-ERBITUX

=> présence lors bilan d'extension de deux petites métastases hépatiques

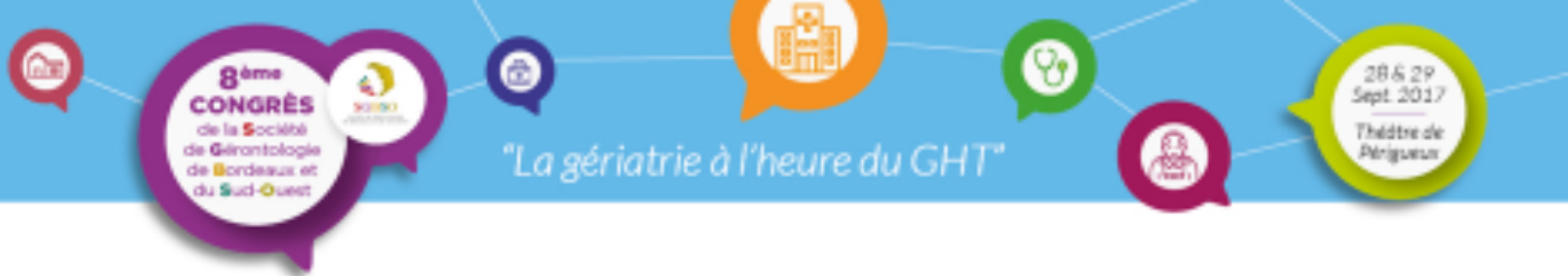
pas de notion de troubles cognitifs

2012-2016: rémission complète

persistance de l'addiction alcoolique

Pas ou peu de suivi par médecin traitant et « pénurie dans un désert médical »

Alerte quand il commence à présenter des chutes...



Novembre 2016: hospitalisation sur divers services et perte d'informations
Chute à domicile, probable syndrome de Diogène remontant à plusieurs mois

- AVC sylvien droit résolutif (?), syndrome confusionnel => DELIRIUM ???
- SCAN: pas d'image suspecte... et pourtant ATCD de **2006**:
- neurochirurgie + radiothérapie sur une malformation artério-veineuse(?)

Diagnostic de probable ENCEPHALOPATHIE ALCOOLIQUE DE GAYET-WERNICKE
Hospitalisation UCC pour gérer la crise et envisager un devenir adapté au domicile

fin novembre 2016: sortie du patient

Pas de notion dans le dossier d'anomalie hépatique (PET SCAN...)

mars 2017: consultation oncologie: métastase hépatique

Enfin confrontation oncologie-psychogériatrie

=> résection chirurgicale simple et sans décompensation

le patient retourne à son domicile toujours sans aide mais avec son fils en stand by



"La gériatrie à l'heure du GHT"

Conclusion

Une expertise gériatrique au sein de l'expérience oncologique

Un ajustement proportionnel entre soins et tolérance

Lutter contre « l'astigmatisme » inter-spécialités

Problème, solution s: un strapontin gériatrique aux RCP ?

Merci de votre attention