Particularités psychologiques et cognitives du sujet âgé atteint d'un cancer

Dr Hélène DE BRUCQ, psychiatre de la personne âgée
Isabelle VITAL, Infirmière psychiatrique

Château de la Gournerie
Vendredi 21 novembre 2008

PLAN

- Introduction
- Vulnérabilité psychologique du sujet âgé
- Annonce du diagnostic
- Phase de soins
- Troubles psychopathologiques
- Place de la famille
- Maladie d'Alzheimer et éthique
- Annexes

Introduction

- Le vieillissement n’est pas une maladie
- 50 % des cancers surviennent après 60 ans
- Notion de crise psychologique accompagnant la maladie cancéreuse comme à tout âge.
- A cause de l’âge : problèmes de modalités thérapeutiques

Vulnérabilité psychologique du sujet âgé

- Réactions émotionnelles, cognitives et comportementales obligatoires chez le sujet âgé comme à tout âge de la vie.

Évaluation des capacités d'adaptation psychologique aux différentes phases de la maladie. Histoire de vie du malade. Pertes relationnelles physiques, financières, sociales.

Annonce du diagnostic

- L'annonce du diagnostic confronte le sujet à une situation perçue comme dangereuse et la notion très concrète de la fin de vie.

- Détresse émotionnelle :
  - Angoisse
  - Peur de la douleur, de la déchéance, de la dépendance
  - Retentissement sur la famille

Annonce du diagnostic

- Chez les sujets âgés, la détresse émotionnelle, d'intensité variable selon les sujets, est alors l'une des principales préoccupations.

- A l'angoisse liée à l'altération redoutée du schéma corporel se surajoute la mise à mal de l'illusion d'immortalité

Phase de soins

- L’ablation d’organe est tout aussi mal acceptée chez un sujet âgé.

- Se surajoute le problème du vieillissement psychologique
  - Ex : cancer du sein

    les femmes font un retour sur elles mêmes et sur leur histoire et elles énoncent cette partie du corps constitutive de leur identité de femme et de mère + peur de la douleur, déchéance et dépendance.

Phase de soins

- L’anxiété rend le patient plus réceptif aux manifestations, notamment douloureuses, de la maladie.

- Si les patients présentent des troubles cognitifs, l’évaluation psychologique peut s’avérer plus délicate du fait des difficultés de mémoire, de verbalisation de la douleur et d’expression des émotions.

Troubles psychopathologiques

Un âge avancé ne constitue pas, en soi, un facteur favorisant la survenue de troubles psychologiques.

La prévalence de ces troubles dépend largement des phases d'évolution de la maladie cancéreuse.

Facteurs prédictifs du risque à développer des troubles psychiatriques ou de l'adaptation

- Certains types de maladies cancéreuses
- Stade de la maladie
- Séquelles anatomiques et fonctionnelles
- Douleurs surtout chroniques
- Fonctionnement et personnalité prémorbide
- Antécédents psychiatriques : difficultés de couple, isolement, manque de support affectif perçu
- Précarité socioéconomique

Visite socio - environnementale d'évaluation par une infirmière

Physique	antécédent – maladie physique persistante - vue,oreille… marche et risque de chute = test UP AND GO/ UNIPODAL Douleur (Doloplus,EVA) sommeil
Cognitif	MMS - HORLOGE
Psychiatrique	dépression = mini GDS- GDS- et potentiel suicidaire Anxiété - trouble du comportement - hallucination/délire = NPI
Entourage familial	Présence et qualité des liens de l'aidant – liens inter-familiaux Sentiments et attitude de la famille face à la pathologie Suspicion de maltraitance Échelle de ZARIT

Visite socio - environnementale d'évaluation par une infirmière

Autonomie	Aux activités de la vie quotidienne = ADL Aux activités instrumentales = IADL Grille AGGIR
État nutritionnel	IMC - mini MNA
L' habitat	Adéquation à la problématique- facteurs de risque- isolement
Les ressources	Les aides humaines – financières – matérielles Les centres d'intérêts et moyens mis en place pour préserver les habilités (potentiel positif) Les inscriptions en structure et mesure de protection

- Démarche diagnostique d’un risque suicidaire
  - La démarche diagnostique doit absolument rechercher l’existence d’un risque suicidaire
  - Le risque suicidaire est plus élevé chez les patients cancéreux que dans la population générale, surtout dans les suites immédiates du diagnostic, dans les phases de rechute ou terminale.

Les facteurs de risque de conduite suicidaire

- Les troubles dépressifs
- La confusion
- Une symptomatologie douloureuse
- Les problèmes majeurs d'image du corps
- Les complications sévères des traitements somatiques
- Les antécédents psychiatriques et de tentative de suicide
- Les conceptions très négatives des possibilités de soins
- Une nécessité de contrôle des évènements
- Certains modes d'investissement de l'autonomie

Les facteurs prédisposants à la confusion mentale

- Âge supérieur à 80 ans
- Sexe masculin
- Existence d'une démence ou de troubles cognitifs préexistants
- Présence d'une autre pathologie psychiatrique
- Consommation de psychotropes et en particulier de benzodiazépine
- Dépendance à l'alcool
- Anxiété et désafférentation sensorielle, notamment baisse de l'acuité visuelle

Démarche diagnostique de la symptomatologie dépressive

- Modifications de l'humeur
- Ralentissement psycho moteur
- Les troubles du sommeil (l'architecture, l'influence de facteurs
- L'anxiété (agitation improductive, réactions hystériforme symptômes phobiques invalidants)
- Troubles du caractère d'apparition récente
- Une dimension délirante

Le sujet âgé va rattacher préférentiellement ses manifestations somatiques à la maladie cancéreuse.

Place de la famille

- C’est également au niveau de l’acceptation des thérapeutiques et de leur organisation que la place des proches de la personne âgée atteinte de cancer est souvent incontournable

- L’entourage, par son attitude, son soutien, influe sur les possibilités d’adaptation psychologique des patients.

L’impact de la maladie néoplasique au sein du groupe familial

- Inquiétude plus aigue du conjoint à propos de la mort.
- Sentiment d’isolement de négligence
- Anxiété et dépression aussi importante que chez le patient
- 40% des proches ont des troubles du sommeil
- 26% des proches ont une diminution de l’appétit
- 42% des proches ont des capacités de travail perturbées
- Les symptômes de stress sont supérieurs chez le conjoint

Seule la fatigue du patient est supérieure à celle du conjoint

L’impact de la maladie néoplasique au sein du groupe familial

Chez le sujet âgé atteint d’un cancer la famille présente est réduite (conjoint /enfants). Les enfants-adultes sont plus impliqués dans le soin.

- Ambivalence, culpabilité, deuil anticipé
- Tendance de la famille à se substituer au malade.

Alzheimer et cancer : questions éthiques

- L’attitude à privilégier lors d’un diagnostic de cancer chez un patient dément doit intégrer, en sus, des considérations éthiques particulières dans une réflexion menée en équipe et en liens étroits avec les proches.

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 traitements.
- 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 des troubles cognitifs sur le traitement

- Une prise en charge à minima :
  - Démarche diagnostique
  - Prise en charge chirurgicale
  - Indicateurs radio-chimiothérapiques
- Réduction de 30 % de la survie comparativement aux patients âgés sans troubles cognitifs.

Cancers colorectaux (SEER, 2004)
- Diagnostic : 50 % histologie
- Chirurgie: 45 %
- Chimiothérapie adjuvante stade III : 22 %

Cancers du sein (SEER, 2005)
- Diagnostic plus tardif
- Chirurgie : 30 %
- Chimio-radiothérapie < 20 %

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 pos-opératoire
- Chimiothérapie : des résultats discordants
  - Altération des fonctions cognitives au décours de la chimiothérapie chez 25 % des patientes traitées d'un cancer du sein
  - Pas d'impact évident retrouvé au niveau des EGS des études publiées

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
- Troubles du comportement