



CENTRE HENRI-BECQUEREL

CENTRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER DE HAUTE-NORMANDIE



2^{ème} ACTUALITES ONCO-GERIATRIQUES NORMANDES

11/10/2014

Personne âgée, dépression et cancer

Dr Johan LE FEL

Dr Hélène LANIC



Groupes des Centres de
Lutte Contre le Cancer

Unité de Coordination en



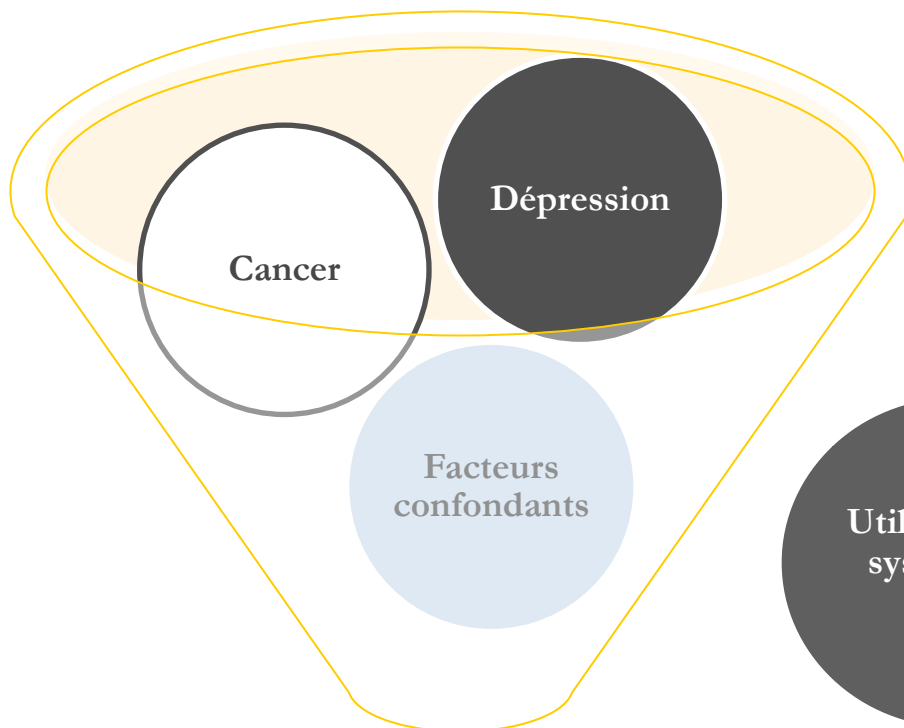
Basse-Normandie



Avant propos



Avant propos



Perte de chance?



Utilisation du système de santé?

Soins suboptimaux?

Retard de diagnostic?

Et chez les personnes âgées?

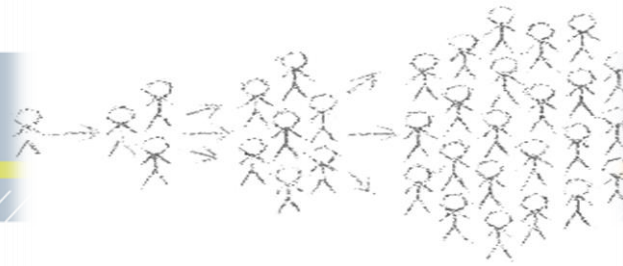


- En France : 75% des nouveaux cas de cancer du sein chez des femmes de plus de 60 ans
- Sous représentation : sur 16 396 patients inclus dans 164 essais thérapeutiques conduits par le Southwest Oncology Group entre 1993 et 1996, seulement 24% étaient âgés de plus de 65 ans
- Peu de données sur les bénéfices et sur les effets secondaires chez les sujets de plus de 65 ans (cytotoxicité plus importante)

Généralités

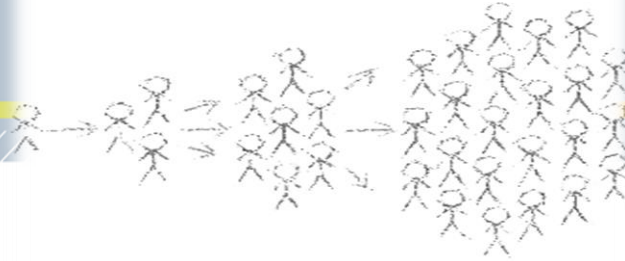


- La dépression : Pathologie mentale la plus fréquente de la PA (jusqu'à 40%)
- Période de crise et de fragilité en raison des pertes subies : arrêt activité professionnelle, décès de personnes chères, problèmes de santé, départs des enfants...
- Présentation atypique des syndromes dépressifs et comorbidité



- Prévalence des épisodes dépressifs majeurs : 1 à 2%
- Présence de syndrome dépressif : 10 à 16%
- Troubles dépressifs de la PA sont hétérogènes donc sous diagnostiqué et mal traités
- Altération de la qualité de vie due à la dépression
- Nécessité d'un meilleur dépistage et d'une meilleure prise en charge
- Surtout chez les femmes et les milieux défavorisés

Epidémiologie



- En consultation : 5 à 10% d'EDM
- En hospitalisation : 10 à 15%
- En maison de retraite : 15 à 20%



→ Incidence du suicide qui augmente régulièrement avec l'âge et est souvent associée à l'existence d'un EDM

Suicide et PA



- En 2009, 10 464 décès par suicide dont 1/3 chez les plus de 60 ans
 - Chez les plus de 85 ans (22% de la population), 40/100000 → 2 fois plus élevé que chez les 25/44 ans
 - 70% des suicides ont lieu au domicile du patient
- Incidence du suicide qui augmente régulièrement avec l'âge et est souvent associée à l'existence d'un EDM

Mr C., 82 ans

- Suivi pour LLC depuis 2004 (72 ans à l'époque)!
- ATCD:
 - Coliques néphrétiques
 - Adénome de prostate
- MDV:
 - vit en maison
 - Autonome à domicile
 - Marié, 1 fille
- Très actif et enjoué
- Nombreux voyages: Vietnam, Cuba...

- **Evolutivité en 2007 (75 ans): majoration lymphocytose et polyadénopathies**
 - ttt par 6 cures de fludarabine 40mg/m² 4j/28j
 - Très bonne tolérance
 - Très bonne réponse partielle
- **Surveillance**
- **Juillet 2011 (79 ans - 69 kg)**
 - Polyadénopathies, SM, thrombopénie
 - Sueurs nocturnes
 - traitement par fludarabine 40mg/m² 5j/28j

■ C1:

- Colique néphrétique, pose de jj
- Bronchite, ttt par augmentin

■ C2 décalée d'une semaine

- Bronchite, ttt par augmentin
- Nausées

■ Bilan après C3:

- RP
- *primum non nocere* :
 - *poursuite de 3 cures espacées de 6 semaines*

■ Après C5 en mars 2012:

- AEG, pds 63 kg,
- Sueurs nocturnes, anorexie, nausées, pas de vomissements, asthénie +++
- Femme: fracture tête humérale

■ Cliniquement:

- Mycose buccale: FOGD: normale
- HBP au TDM: PSA 3,1
- Bilan endocrinien: TSH et cortisolémie: normaux
- Pet, transformation? : hyperfixation recto-sigmoïdienne

- **Coloscopie: diverticulose sigmoïdienne**
- **Pneumo: RAS**
- **Pas de syndrome inflammatoire biologique**
- **Albumine et pré albumine: normales**
- **Neuro: tremblement, syndrome dysautonomique?**
 - **Pas d'argument pour un syndrome parkinsonien**
 - **IRM cérébrale:**
 - *Leucoariose débutante*
 - *Quelques lacunes*
 - *Atrophie cortico sous corticale débutante*
 - **Introduction de Norset par le neurologue**

Les spécificités de la dépression chez les PA

- Les troubles dépressifs majeurs doivent être distingués du vieillissement normal
- Les signes de la dépression peuvent être atypiques:
 - Une moindre expression de la tristesse
 - La fréquence des plaintes somatiques (60%)
 - Une plainte subjective de la mémoire, attention, concentration
 - Une anxiété associée et/ou des troubles du caractère plus marqués
 - Une apathie associée (déficit de motivation) : perte d'initiative, d'intérêt et de l'expression des émotions



Les risques



- Les risques somatiques : **dénutrition**, aggravation de comorbidités
 - Les risques fonctionnels : perte d'autonomie
 - Les risques suicidaires
- La présence de symptômes dépressifs chez les PA est associée à une surmortalité générale de l'ordre de 30% dans les 3 ans

Les facteurs de risques

- Âge pas un facteur de risque en soi, mais des **facteurs biographiques, situationnels, sociaux, psychologiques** sont important à chercher
- Deux types d'étiologies : **événement de vie et stress chronique...** Approche multifactorielle
- Solitude, isolement social, conflits interpersonnels, retraite, perte des proches



Les facteurs de risques

- Âge pas un facteur de risque en soi, mais des **facteurs biographiques, situationnels, sociaux, psychologiques** sont important à chercher
- Deux **de** **vie et** **de** **multifactoriels**
- Solitude, isolement social, conflits interpersonnels, retraite, perte des proches



Les facteurs de risques



- Dates anniversaires de deuil
- **Perte d'autonomie due aux maladies physiques**, problèmes financiers, perte des repères (domicile)
- Vie insatisfaisante, solitude, tabagisme, alcoolisme
- Niveau éducatif bas, manque de confiance
- Veuvage surtout chez les sujets jeunes (65/70 ans)

Les facteurs de risques



- **Maladies somatiques associées, récupération de moins bonne qualité** aggravée par la dépression et inversement
- Symptomatologie dépressive associée à une pathologie organique (vasculaire AVC, dysthyroïdies, Parkinson, dénutrition (folates), déficits sensoriels)
- Etiologie iatrogène dont les psychotropes

D'un point de vue clinique...pas si simple

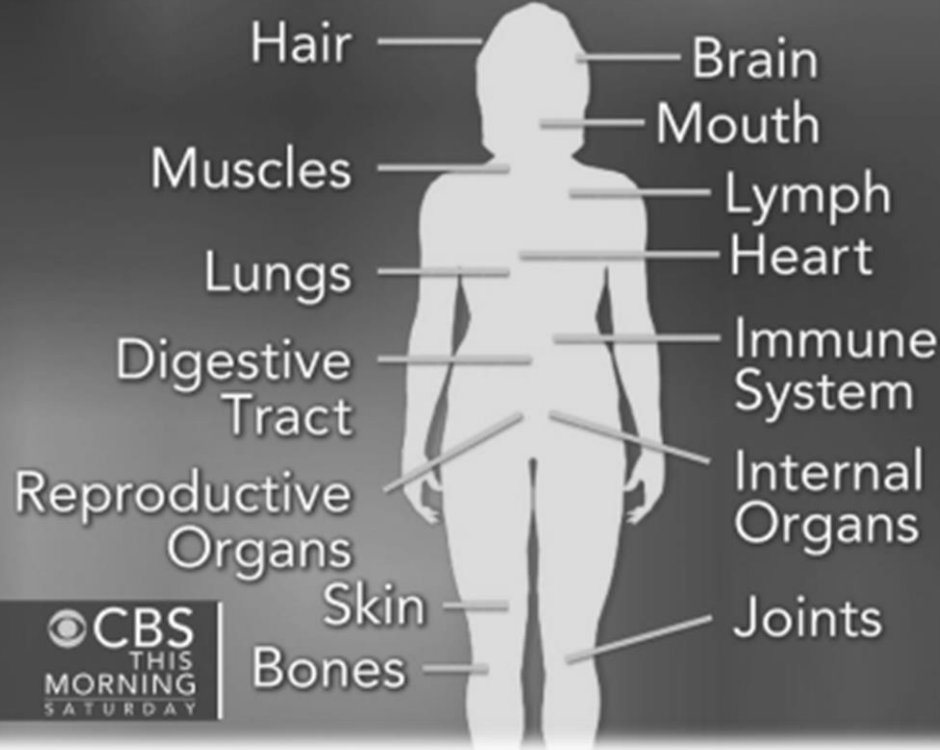
- **Mêmes caractéristiques cliniques que chez l'adulte mais...**
 - **Diagnostic plus difficile à porter et lutter contre les a priori**
 - **Irritabilité, perte d'intérêt, déficit cognitifs, agitation plus fréquente**
 - **Éléments délirants, agitation, idées de culpabilité (Syndrome de Cotard), de ruine**
 - **Rupture dans le parcours de vie**
...Depuis au moins deux semaines



Diagnostic différentiel



PHYSICAL EFFECTS OF STRESS



Diagnostic différentiel

- Affection démentielle
- Pathologie endocriniennes, métaboliques
- Pathologies cérébrales
- Infections chroniques
- Médicaments
- Comorbidités :

CANCERS

AVC

PARKINSON

BPCO



Mr C., 82 ans

- À 5 mois de la fin du traitement:
 - Hématologique: RC
 - Clinophilie, insomnie, perte d'élan vital, anxiété
 - Anorexie mais poids : 70 kg
 - Toux et expectorations, pansinusite: Cs ORL
 - Suivi psychiatrique au CHB
 - *Augmentation du norset*
- À 1 mois du ttt ATD, pas d'amélioration:
 - Remplacement par Ixel, mauvaise tolérance
 - Reprise mirtazapine

- **Hospitalisation en gériatrie à la demande du MT:**
 - **Thymie triste**
 - **RPM**
 - **Alb, TSH et PSA: RAS**
 - **ADL 6/6, IADL 4/4, MMS 30/30, horloge 5/7**
 - **Mini GDS 4/4**

- → **Asthénie en lien avec syndrome dépressif**
 - **majoration du norset à 2 cp/j**

Mini GDS

Poser les questions au patient en lui précisant que, pour répondre, il doit se resituer dans le temps qui précède, au mieux une semaine, et non pas dans la vie passée ou dans l'instant présent

1. Vous sentez vous découragé(e) et triste ?	Oui	Non
2. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	Oui	Non
3. Etes-vous heureux(se) la plupart du temps ?	Oui	Non
4. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?	Oui	Non

Cotation :

Question 1 : oui : 1, non : 0

Question 2 : oui : 1, non : 0

Question 3 : oui : 0, non : 1

Question 4 : oui : 1, non : 0

Si le score est supérieur ou égal à 1 : forte probabilité de dépression.

Si le score est égal à 0 : forte probabilité d'absence de dépression.

■ Oct. 2012:

- Mauvaise observance
- Traitement modifié par MT
- Plaintes idem, femme demandeuse ++++
- Suivi psy en ville: venlafaxine, seroplex, prozac, non supportés

■ Déc. 2012

- Douleurs mamelon gauche: écho et dosage PRL normaux
- Zona
- BC: bilan cardio, RAS
- Hématologique : RC

■ Aout 2013:

- Asthénie+++ , plaintes idem
- Rupture de suivi psychiatrique, pas de ttt ATD

■ Mars 2014:

- TDM: AAA, surveillance en chirurgie vasculaire

■ Aout 2014

- Asthénie+++ , plaintes idem
- Stabilité hématologique
- Refus de ttt ATD
- Entourage épuisé +++

Evolution

- **PA = sujet fragile, même après guérison de l'EDM**
 - Amélioration chez environ 85%
 - Complications somatiques
 - Rechutes dépressives chez 2/3 des patients
 - Risque suicidaire ++ si rechute
 - Risque de démence (lien entre dépression pseudo démentielle et Alzheimer)
 - Taux de mortalité de 8 à 14%



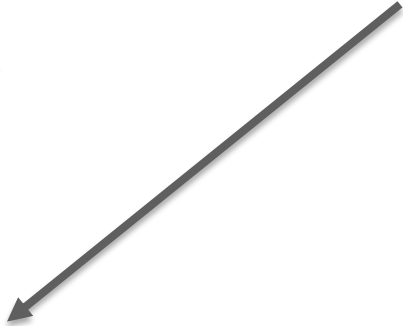
Evolution

- **Facteurs de bon pronostic**
 - **Début des troubles avant 70 ans**
 - **Maladie (cancer) de courte durée**
 - **Bonne adaptation antérieure**
 - **Absence d'atteinte physique invalidante**
 - **Rémission satisfaisante des épisodes antérieurs**



Que faire pour aider ces patients?

Approche pharmacologique



Approche comportementale



IRS : Fluvoxamine, Fluoxetine,
Paroxetine, Sertraline,
Citalopram

ADT : Clomipramine

IMAO : peu utilisés

Psychothérapie :

- Caractère pragmatique
- Psychanalytique
- Dynamique de soutien
- Cognito-comportementale

Que faire pour aider ces patients?

Approche pharmacologique



Approche comportementale

Echec chez Mr C.

IRS : Fluvoxamine, Fluoxetine,
Paroxetine, Sertraline,
Citalopram

ADT : Clomipramine

IMAO : peu utilisés

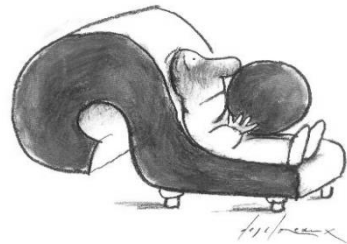
Psychothérapie :

- Caractère pragmatique
- Psychanalytique
- Dynamique de soutien
- Cognito-comportementale



Prise en charge de l'entourage familial

- Rencontrer celui-ci (quand c'est possible)
- Faire le point sur la situation psycho affective
- Mode de communication intra-familiale
- Soutien empathique
- Alliance thérapeutique



Comment prévenir?

- Soins médicaux : corriger les déficits sensoriels, bonne santé, nutrition, exercice physique
- Coping : adaptabilité, relations, coping actifs
- Support Social : réseau de soutien, croyances, personnes proches, perception positive de l'aide

Comment prévenir?

- Soins médicaux : corriger les déficiences, bonne alimentation, exercices physiques, médicaments, etc.
- Coping : soutien social, relations, coping actifs
- Soutien psychologique : soutien au patient, soutien à la famille, soutien à l'aide



Conclusion

- **Pour Mr C. :**
 - Explorations multiples, cause somatique?
 - Pb observance et tolérance du ttt ATD
 - Acceptation par le patient et son entourage du syndrome dépressif
 - Syndrome démentiel/ glissement?
 - Faudrait-il avoir recours à une hospitalisation?

Conclusion

- **La dépression est statistiquement associée à :**
 - **Une incidence accrue des cancers**
 - **Un moins bon pronostic**
- **Les mécanismes de ces associations sont multiples**

Conclusion

- La dépression est statistiquement

asso

- U1
- U1

- Les
mult



ns sont

Merci pour votre attention et pour elles

