



Prise en charge des patients âgés atteints de troubles cognitifs

Muriel Rainfray






Rôle du vieillissement dans l'apparition des troubles cognitifs

RESEARCH

Timing of onset of cognitive decline: results from Whitehall II prospective cohort study

 OPEN ACCESS

Archana Singh-Manoux *research director*^{1,2,3}, Mika Kivimaki *professor of social epidemiology*², Maria Glymour *assistant professor*⁴, Alexis Elbaz *research director*^{5,6}, Claudine Berr *research director*^{7,8}, Klaus P Ebmeier *professor of old age psychiatry*⁹, Jane E Ferrie *senior research fellow*¹⁰, Aline Dugravot *statistician*¹

+ Whitehall II

Etude prospective - Suivi 10 ans

5 Tests cognitifs à l'inclusion

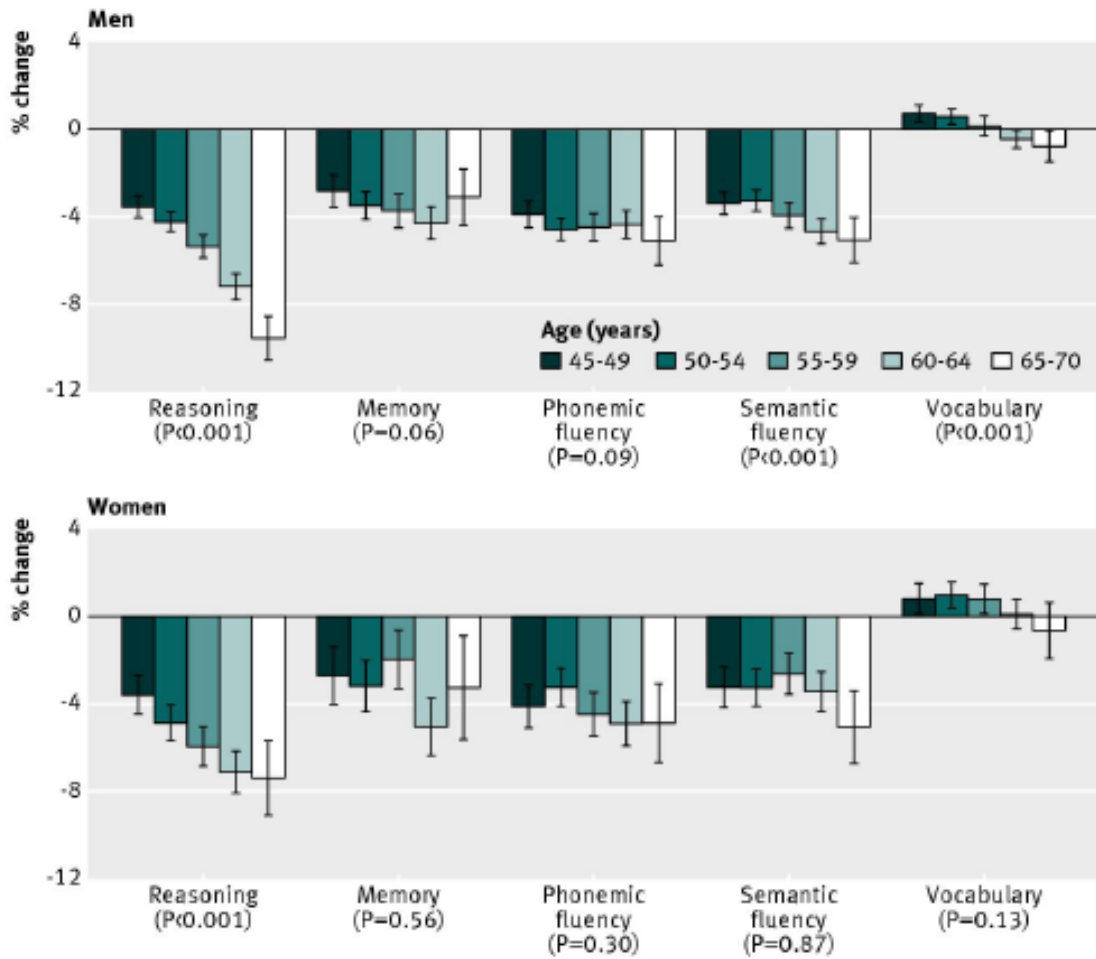
Table 1 | Characteristics of study population in Whitehall II. Figures are numbers (percentage) unless stated otherwise

	Men (n=5198)	Women (n=2192)	P value*
Mean (SD) age at baseline (years)	55.5 (5.9)	56.2 (6.0)	<0.001
White	4859 (93.5)	1888 (86.1)	<0.001
Married/cohabiting	4319 (83.1)	1327 (60.5)	<0.001
Education†:			
Less than secondary school	1964 (39.4)	1163 (56.6)	<0.001
Secondary school	1370 (27.5)	467 (22.7)	
University	1649 (33.1)	424 (20.6)	
Mean (SD) cognitive function at baseline‡:			
Reasoning (range 0-65)	48.7 (10.0)	41.6 (12.2)	<0.001
Memory (range 0-20)	6.9 (2.3)	6.9 (2.7)	0.39
Phonemic fluency (range 0-35)	16.9 (4.2)	16.5 (4.7)	<0.001
Semantic fluency (range 0-35)	16.7 (4.0)	15.8 (4.6)	<0.001
Vocabulary (range 0-33)	25.7 (3.8)	23.1 (5.5)	<0.001

*For difference between men and women.

†Data missing for 215 men and 138 women.

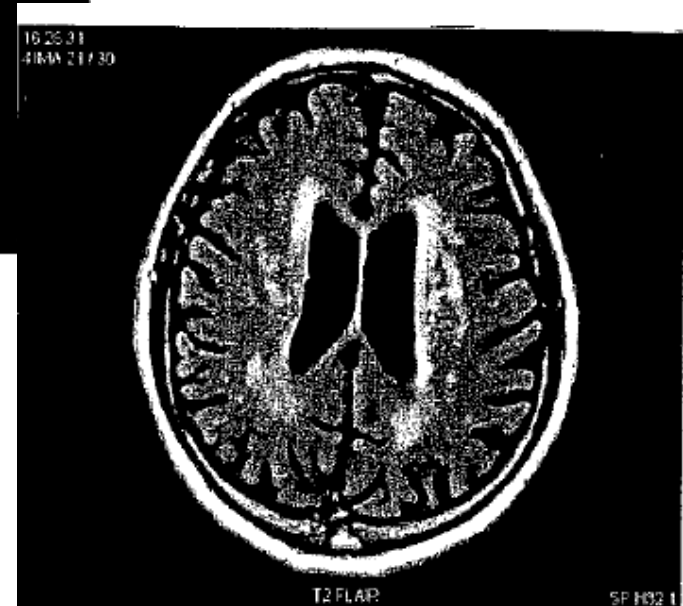
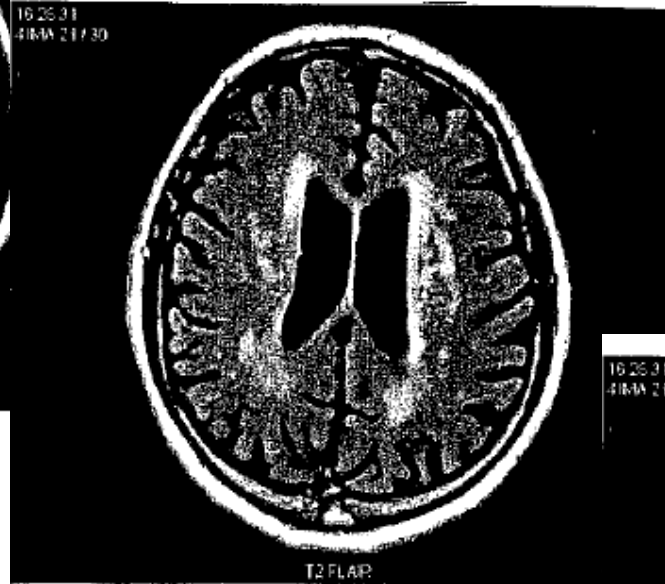
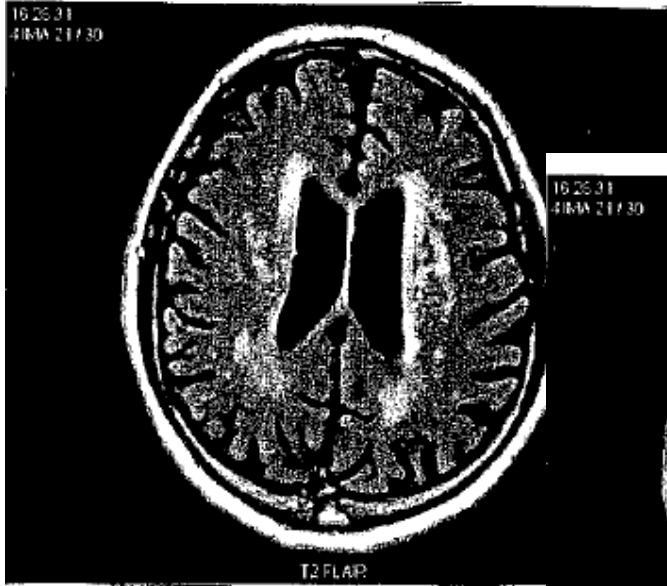
‡In 4170 men and 1679 women (5849 of 7390 participants included in longitudinal analysis) who had complete data on five cognitive tests at baseline.



Decline in cognitive test scores over 10 years (% change=change/range of text×100) as function of baseline age cohort in men and women, estimated from linear mixed models. P values denote test for linear trend across age categories, derived by entering them as continuous variable



Rôle des facteurs de risque vasculaires



Leucoencéphalopathie periventriculaire

Lésions microvasculaires

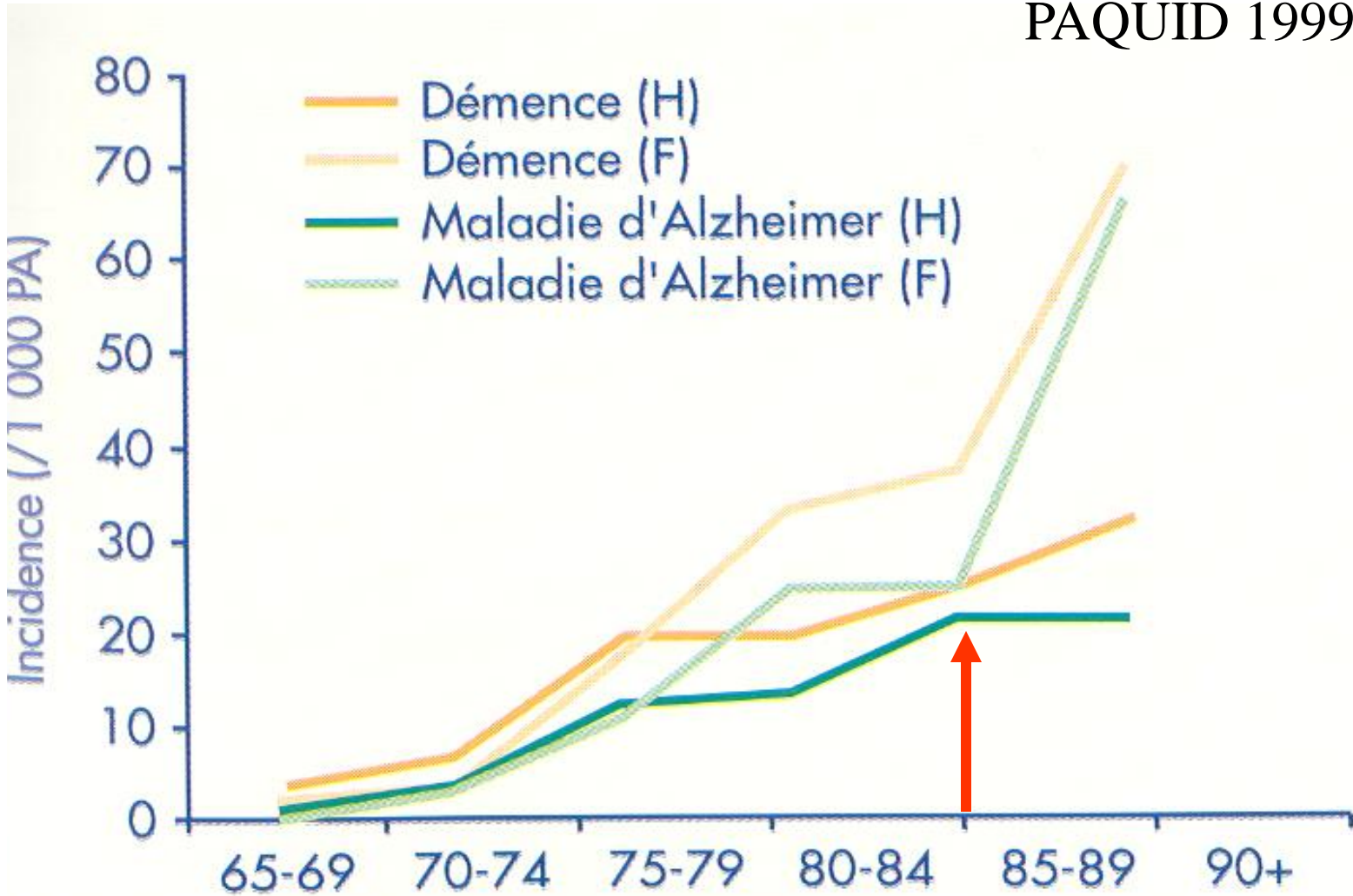
Facteurs de risque vasculaires



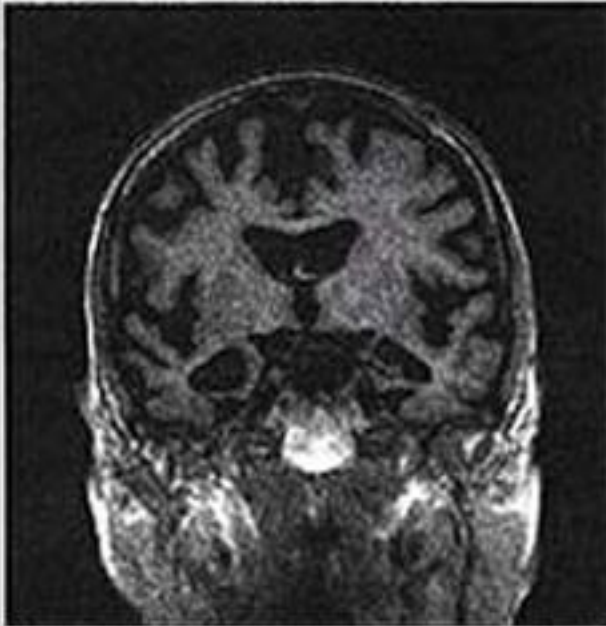
La Maladie d'Alzheimer

Incidence de la maladie d'Alzheimer et autres démences

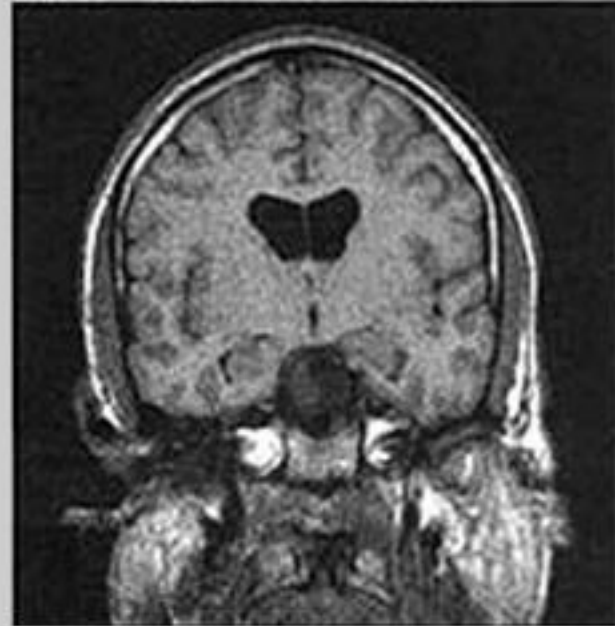
PAQUID 1999



+ Atrophie cérébrale



*Cerveau atteint par
la Maladie d'Alzheimer*



Cerveau âgé normal

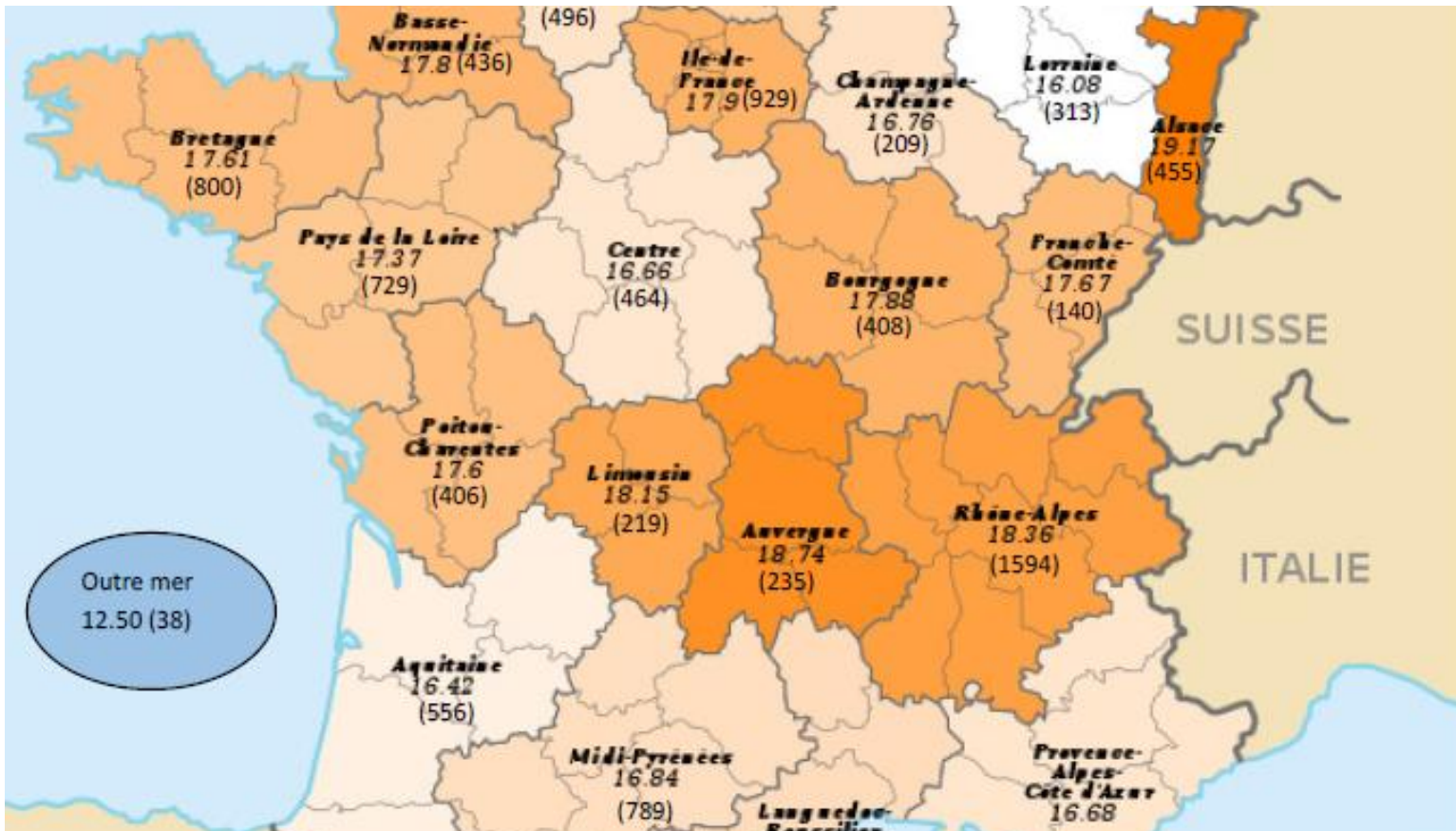
© NASA



Maladie d'Alzheimer

MMSE moyen au diagnostic

Données BNA 2013



+ Maladie d'Alzheimer



- Début 10 ans avant le début des troubles cliniques
 - Troubles exécutifs
 - Restriction du vocabulaire
- Evolution sur une très longue période
- Mortalité accrue

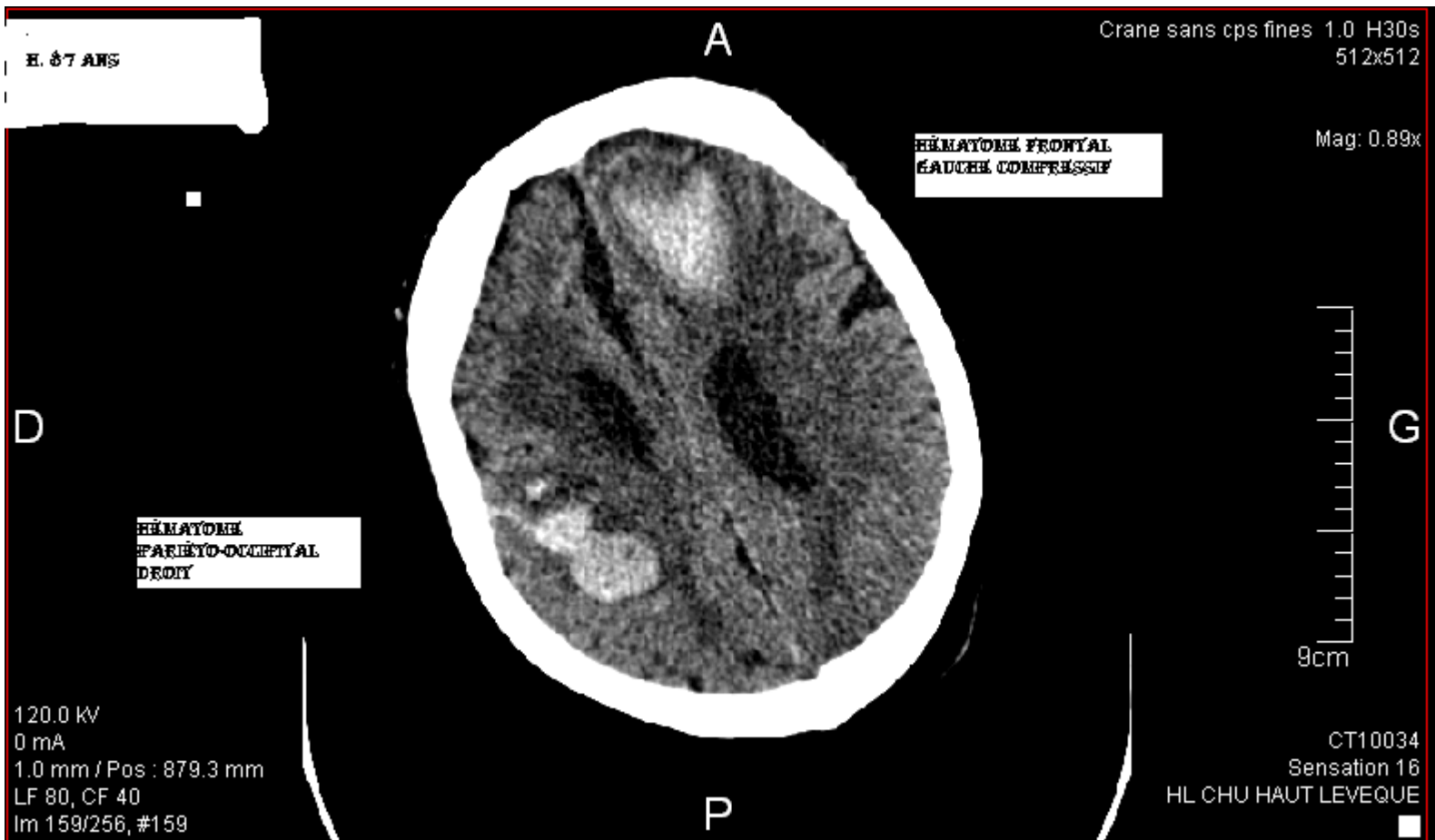


Décision thérapeutique en présence de troubles cognitifs



- Appréciation de la durée de vie
 - Les troubles cognitifs sont peu pris en compte dans les index prédisant la survie
 - Démence dans l'index de Charlson
 - Perte d'1 IADL dans l'index de Lee (budget)
- Données à prendre en compte en cas de maladie d'Alzheimer
 - Stade de la maladie
 - Comorbidités neurologiques (angiopathie amyloïde)
 - Capacité à donner son consentement
 - Capacité à suivre correctement son traitement

+ Angiopathie amyloïde





Survie en fonction du stade de démence

Kungsholmen project

- 1307 sujets > 75 ans sans démence (suivi:7,4 ans)
- 371 cas incidents (35%)
- **Démence: facteur prédicteur de mortalité**
 - HR=1.7 (95%CI:1.47-1.92)
 - Responsable de 16% des décès
 - **Survie après diagnostic : 4.1 ± 2.6 ans**
 - Stade modéré : 14 mois
 - Stade sévère : 12 mois (F: 2.1 ans – H: 0.5 ans)



Troubles cognitifs en oncologie



- Liés à la localisation de la tumeur

- Liés aux traitements
 - Radiothérapie
 - Chimiothérapie : chemobrain
 - Chirurgie lourde ou complications post-opératoires

- Mais aussi avant traitement
 - surtout chez les plus âgés



Prévalence des troubles cognitifs en oncologie



■ Troubles cognitifs non liés au cancer

- Cancer du sein avant chimio : 20% (1,2,3)
- Cancer du colon avant chimio : 37% (4)
- Cancer du testicule après chirurgie: 46% (5)

■ Facteurs de risque

- Age
- Maladies cardio-vasculaires
- Chirurgie lourde +/- complications

1. *Ahles TA. Breast Cancer Res Treat. 2008;110:143-52*
2. *Wefel JS. Cancer 2010;116:3348-56*
3. *Jansen CE. Support Care Cancer 2011;19:1647-56*
4. *Cruzado JA. Support Care Cancer 2014;22:1815-23*
5. *Wefel JS. Cancer 2010;117:190-6*

+

Prévalence des troubles cognitifs chez les sujets âgés atteints de cancer Avant traitement

	Age	MMS ≤ 24 MMS < 24	IADL
ONCODAGE n = 1435 <i>Soubeyran 2014</i>	77 (70-98)	20.3%	47.8%
AQUITAINE N=348 <i>Soubeyran 2012</i>	77.4 (70-99)	19%	73%
ELCAPA N=457 <i>Paillaud 2013</i>	80 \pm 5.8	29.8%	
<i>Kristjansson 2009</i> N=185	79.6 \pm 5.7	6.4%	
PACE 2008 N=415	76.9 \pm 5.2	13%	41.4%

+ Quels troubles cognitifs ?



- Mémoire récente ?
- Orientation temporo-spatiale ?
- Troubles exécutifs ?
- Troubles attentionnels ?
- Troubles visuo-spatiaux ?

Importance de les connaître pour mettre en place une aide effective

+ Quel retentissement ?



- IADL
 - Budget
 - **Médicaments**
 - Transports
 - **Téléphone**

- Planification des tâches
 - Suivi des RV
 - Organisation des courses, des repas ...

- Attention
 - Conduite automobile

- Anxiété aggrave souvent les troubles cognitifs



Jusqu'où aller dans l'exploration des troubles au moment du traitement ?



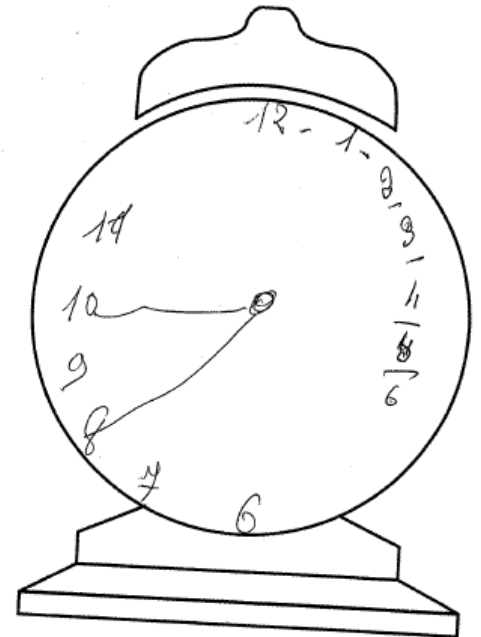
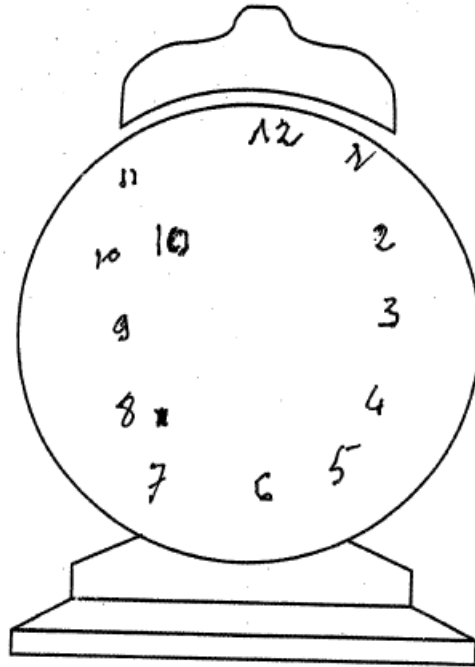
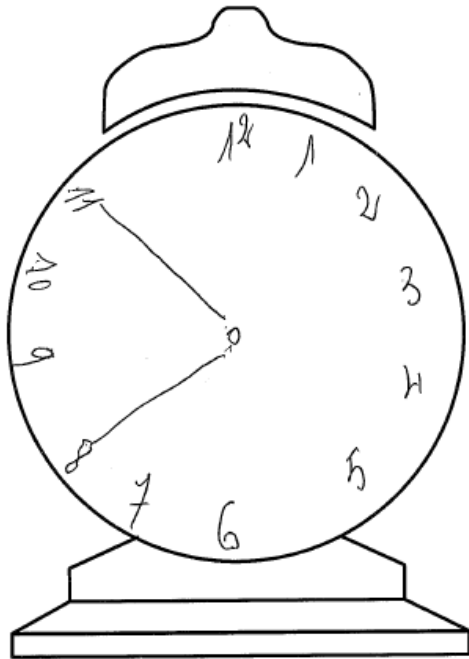
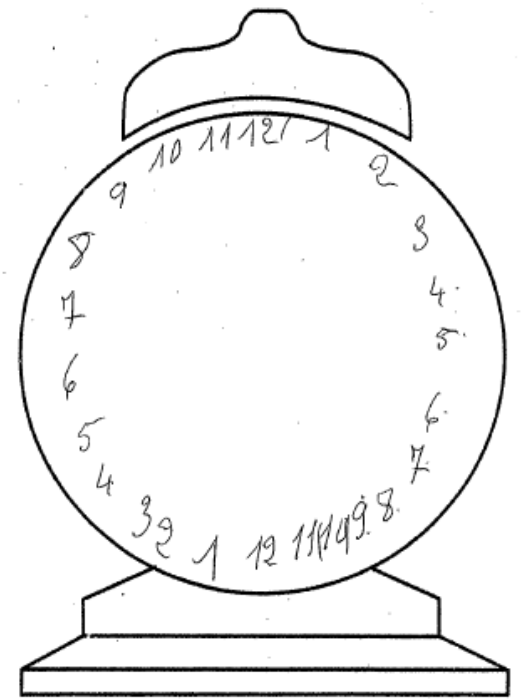
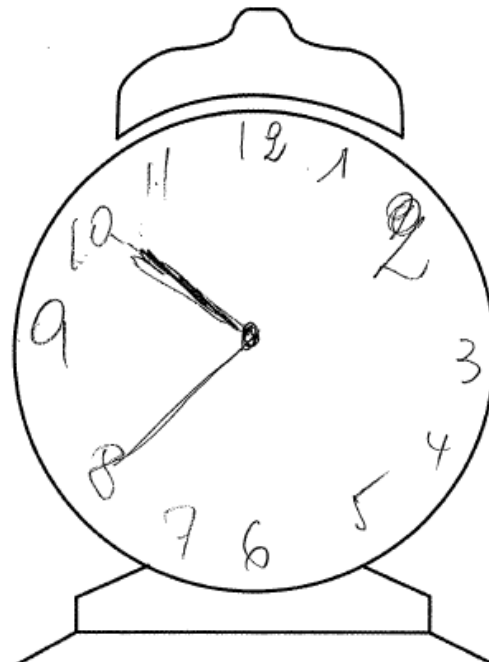
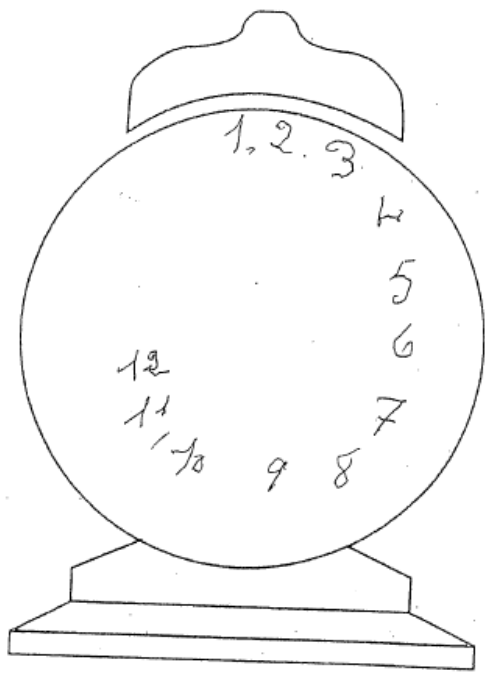
- Consultation de gériatrie avec tests simples
 - MMSE
 - 5 mots de Dubois
 - Horloge
 - Fluence verbale
 - IADL
- Imagerie cérébrale parfois faite pour le bilan de la tumeur
- Revue de l'ensemble des prescriptions

Et suppression des médicaments inappropriés chez les personnes âgées (Beers, Laroche, Stop & Start)



L'évaluation cognitive en consultation médicale

MMSE
5 mots de Dubois
Test de l'horloge
Fluences verbales



+ Quel accompagnement à l'hôpital ?

■ Infirmière TAS

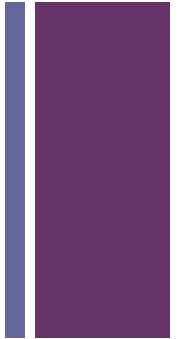
- Revient sur le diagnostic
- S'assure qu'il a bien été entendu
- Précise les modalités du traitement
- S'assure du consentement du patient

■ Infirmière de coordination

- Organise +++ les RV, les examens, le chemin clinique

■ Assistante sociale

- Déclenche les demandes de prestations sociales
- Propose la mise en place d'aides à domicile



+ Quel accompagnement à domicile?

- Le médecin traitant doit être tenu au courant des troubles cognitifs et des examens pratiqués
- Surveillance infirmière à domicile
 - Aide à la toilette
 - Surveillance du traitement
- Case management pour les cas complexes
 - Assurer le lien entre l'hôpital, les professionnels de ville, le secteur social
 - Effectuer un suivi personnalisé à domicile
 - Prévenir le médecin si des signes d'alarme sont constatés
 - Chutes, confusion, anorexie, laisser aller ...

Sera évalué dans PREPARE





Quel accompagnement pour les troubles cognitifs ?



1. Consultations Mémoire / CMRR
 - Diagnostic et suivi médical et médico-social
 - De tous les troubles cognitifs
 - En milieu hospitalier

2. Prise en charge en orthophonie
 - Possiblement à domicile

3. Stimulation cognitive personnalisée
 - Consultation mémoire
 - Accueil de jour ou hôpital de jour
 - Orthophonistes

4. Psychothérapie de soutien
 - A l'hôpital
 - Non prise en charge en ville

+ Pour qui ?



- Patients ayant une atteinte cognitive connue avant traitement
- Perte d'autonomie ancienne avec des aides à domicile
- Confusion post-opératoire
 - Prédicative de démence dans les 2 ans

+ Soins palliatifs



- Les symptômes en fin de vie (6-12 mois) sont semblables à ceux du cancer
 - Douleur 64%
 - Anorexie 57%
 - Troubles de la déglutition
 - Troubles du comportement
 - Infections
- Les besoins en aide et interventions également

+ Considérations éthiques



- Directives anticipées ?
 - Très peu en France
- Décisions collégiales pluriprofessionnelles obligatoires
 - Arrêt de l'alimentation ?
 - Hydratation : soin ou alimentation ?



Merci de votre attention

