Journée régionale

CANCER ET PERSONNE ÂGÉE

Cerveau et cancer chez le sujet âgé



13 MARDI OCTOBRE 2026

Espace Beaulieu
NANTES

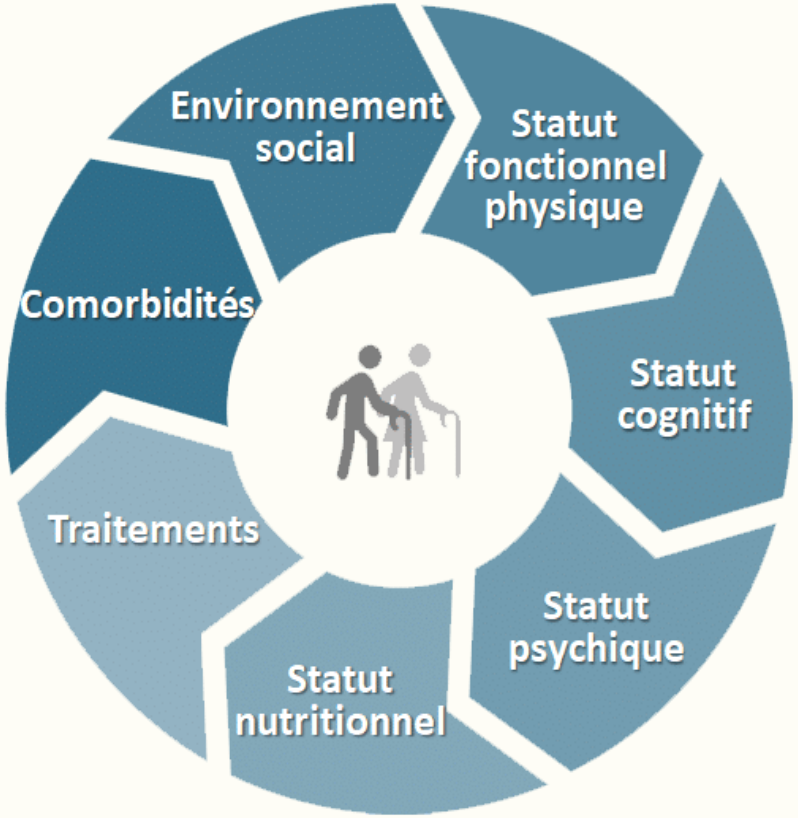
Jusqu'où peut-on aller avec un patient atteint de cancer présentant des troubles neurocognitifs (TNC) ?

- Modérateur : Laure de Decker, PU-PH gériatrie (CHU Nantes)
- Guillaume Chapelet, Gériatre (CHU Nantes)
- Thierry Chatellier, Oncologue (Clinique Mutualiste de l'Estuaire)

Mardi 13 octobre 2026, Nantes

Patiente de 84 ans
Plainte mnésique

- **Décembre 2025 : Hôpital Bellier**
  - **Antécédents principaux**
    - Mélanome métastatique, atteinte ganglionnaire
    - Traitement Nivolumab (Anti PD-1) débuté depuis 2 mois
  - **Clinique**
    - Asthénie, dénutrition (perte de 5 kg (5% poids du corps)
    - Perte d'indépendance fonctionnelle, atteinte des activités de la vie quotidienne
    - Plainte mnésique depuis 2 ans, MMSE 25/30
  - **Atrophie hippocampique de sévérité modérée**



Trame d'aide à la décision

1 Pronostic | 2 Faisabilité | 3 Toxicités

- **TNC mineur vs mélanome métastatique**
- **Balance b/r en faveur de l'atteinte oncologique ?**
- **Réévaluation à 9 mois**

1 Pronostic | **2 Faisabilité** | 3 Toxicités

- **Traitement oncologique en cours « faisable » du point de vue du gériatre**

1 Pronostic | 2 Faisabilité | **3 Toxicités**

- **Toxicité cognitive de l'immunothérapie ?**
  - Encéphalite immuno-induite, complication rare mais potentiellement grave

Patiente 84 ans, MCI amnésique

- **Octobre 2026 (à 9 mois)**
  - Rémission complète de mélanome !
  - Prise de 3-4 kg
  - Persistance de MCI mnésique

⇒ **Annonce diagnostic de Maladie d'Alzheimer à un stade léger**

⇒ **Parcours de soin gériatrique adapté**



Cas clinique : rechute pleuropulmonaire d'un cancer du sein

Mme X., 82 ans

- Veuve, 7 enfants ; à domicile avec un fils aidant principal au chômage, fille passe tous les jours, refus passage toilette
- 2011 Sein droit : 13 mm, grade II, RH+, N0 ; tumorectomie, radiothérapie, anastrozole 5 ans
- Rechute pleuropulmonaire > 15 ans après (M-1) : RO 70 %, RP 100 % , thoracoscopie, talcage
- HTA avec hypotension orthostatique, ostéoporose fracturaire, fracture de cheville, PTH, insuffisance veineuse
- Sous paroxetine 30 mg par jour
- Troubles neurocognitifs non étiquetés, on évoque origine dégénérative et vasculaire
- MMS a 18 / 30, troubles de fonctions exécutives
- Scanner Atrophie cortico sous corticale évoluée et leucoaraisose, sans séquelles ischémiques
- Fragile sur le plan nutritionnel, faibles performances motrices
- Le gériatre la trouve éligible a un traitement hormonal



Cas clinique : rechute pleuropulmonaire d'un cancer du sein

M1

Létrozole + ribociclib

RO 70 %, RP 100 % ; réduction à 400 mg/j à M2 (nausées, anorexie, aggravation cognitive)

M4

Switch : palbociclib 125 mg 3 sem/4 + létrozole

Prurit avec lésions de grattage, diarrhées grade 1, scanner : réponse partielle pleuropulmonaire

M6–7

Poursuite à l'identique

Poursuite de la réponse partielle, atteinte pleurale en diminution

M13

Palbociclib réduit à 100 mg 3 sem/4

Scanner stable

Asthénie, anorexie, perte de 3 kg, réponse maintenue, CA 15-3 en baisse, on diminue posologie palbo

M16–22

Poursuite, maladie contrôlée

Reprise pondérale et meilleur état général après la baisse de dose

M25–29

Maladie contrôlée, perte de 10 kg

Pas de progression au scanner ; pas de modification de traitement propose par oncologue malgré perte de poids et fragilisation gériatrique

Trame d'aide à la décision

1 Pronostic | 2 Faisabilité | 3 Toxicités

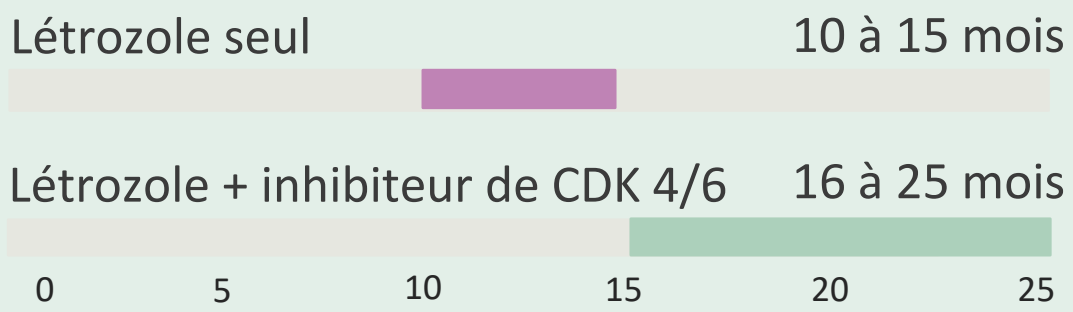
Pronostic respectif des troubles cognitifs et du cancer

- Quel niveau de gravité des troubles cognitifs ? Diagnostic posé ?
- Espérance de vie avec ou sans traitement oncologique
- Objectifs du traitement : curatif, palliatif ou préventif d'une rechute (adjuvant)

Pour Mme X.

Maladie métastatique pleuropulmonaire (ponction et talcage déjà réalisés), menaçant à terme le pronostic vital. Optique non curative.

Durée de contrôle de la maladie (en mois)



Trame d'aide à la décision

Faisabilité

- Consentement éclairé ? Assentiment ?
- Observance : traitement per os à prendre tous les jours, avec ou sans interruption
- Qui peut aider ? IDEL ? Entourage ?

Pour Mme X.

- Troubles neurocognitifs non étiquetés : MMS à 18/30, troubles des fonctions exécutives
- À domicile : fils aidant principal, fille présente tous les jours
- Traitement oral : létrozole seul ou avec un inhibiteur de CDK 4/6

Trame d'aide à la décision

1 Pronostic | 2 Faisabilité | 3 Toxicités

Toxicités attendues

- Risque infectieux avec neutropénie (adaptation des deux premiers cycles)
- Asthénie
- Toxicité digestive : nausées, diarrhées

Anticipation et gestion de crise

- Qui repère ?
- Qui gère ?
- Quel retentissement sur l'aidant ?



Évolution des paramètres gériatriques
M3 stop ribo pour palbo, M12 diminution dose palbo

Nutrition

96 → 90 → 97 → 86 kg

M-1 · M2 · M9 · M25 (habillée)

- **M2** −9 kg en 3 mois sous ribociclib (nausées, anorexie) ; CNO refusés, CNO neutre dans le café
- **M6–M9** stabilisation puis retour au poids de forme après l'arrêt du ribociclib
- **M12** −3 kg, asthénie ; CRP 74, carence en folates
- **M16** reprise pondérale après baisse du palbociclib
- **M25** −10 kg en 10 mois, oublis de repas; reprise CNO à 16 h, aides aux repas

Cognition et thymie

- **M3** sous ribociclib : MMS a 18; MoCA 7/30, BREF 8/18, aggravation trouble mnésique, orientation partielle, refus orthophonie, thymie stable
- **M6 sous ibrance** nette amélioration efficience cognitive globale car moins fatiguée, BREF 6/18; orthophonie acceptée, thymie stable
- **M9–M12** anosognosie plus marquée, apathie, opposition, refuse orthophonie, thymie stable mais anxieuse
- **M16–M25** troubles du comportement désorientation apathie, thymie moins bonne /fils aidant à bout; psychotrope inchangé
- **M29** peu de modification du cognitive et de la thymie



Évolution des paramètres gériatriques
M3 stop ribo pour palbo, M12 diminution dose palbo

Motricité et chutes

ADL 5 → 2,5/6
M2 → M25

- **M2** chutes à répétition (dernière à M1), hypotension orthostatique ; kiné x2 par semaine, bas de contention refusés
- **M6–M9** sédentarité pas de nouvelles chutes; refus de kiné, aides techniques, bas de contention
- **M9–M12** marche précaire, fauteuil roulant en consultation, dit sortir mais fait chambre-cuisine
- **M16–M25** amlodipine arrêtée, gonalgie droite ; pas de chute
- **M29** aggravation des troubles de la marche; perte d'autonomie plus marquée (habillage, toilette, continence)

Étayage à domicile et propositions sociales

M2–M6

- IDE 1×/jour (traitements, tension) ; un fils : courses, repas, ménage
- Refus de toute autre aide
- Propositions : demande d'APA, inscription en EHPAD de précaution, coordonnées du CLIC, entretien avec l'assistante sociale

M9-M16

- Acceptation fluctuante des aides (kiné, aides a la toilette, orthophonie)
- Tolère IDE qui controle la prise des tt car risqué d'erreur malgré pillulier
- Fatigue de l aidant qui semble s'accentuer
- Fille encouragée à l'inscrire en EHPAD de precaution, mais refus de la patiente

M25-M29

- APA, GIR 3 ; CLIC recontacté pour renforcer les aides aux repas
- IDE 2×/sem, toilette 2×1 h/sem, passages 2×/jour (protections), aide-ménagère 2×1h30, kiné 2×/sem, orthophonie
- Téléalarme, lit médicalisé
- EHPAD : inscription toujours non faite