Journée régionale
CANCER ET PERSONNE ÂGÉE
Cerveau et cancer chez le sujet âgé



MARDI 13 OCTOBRE 2026

Espace Beaulieu
NANTES

Les nouveautés en oncogériatrie

Pr Laure de Decker
Université/CHU de Nantes

Mardi 13 octobre 2026, Nantes



- Pas de conflit d’intérêt

Repenser les critères de jugement des essais

Journal of Geriatric Oncology 17 (2026) 102895

Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Geriatric Oncology

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jgo

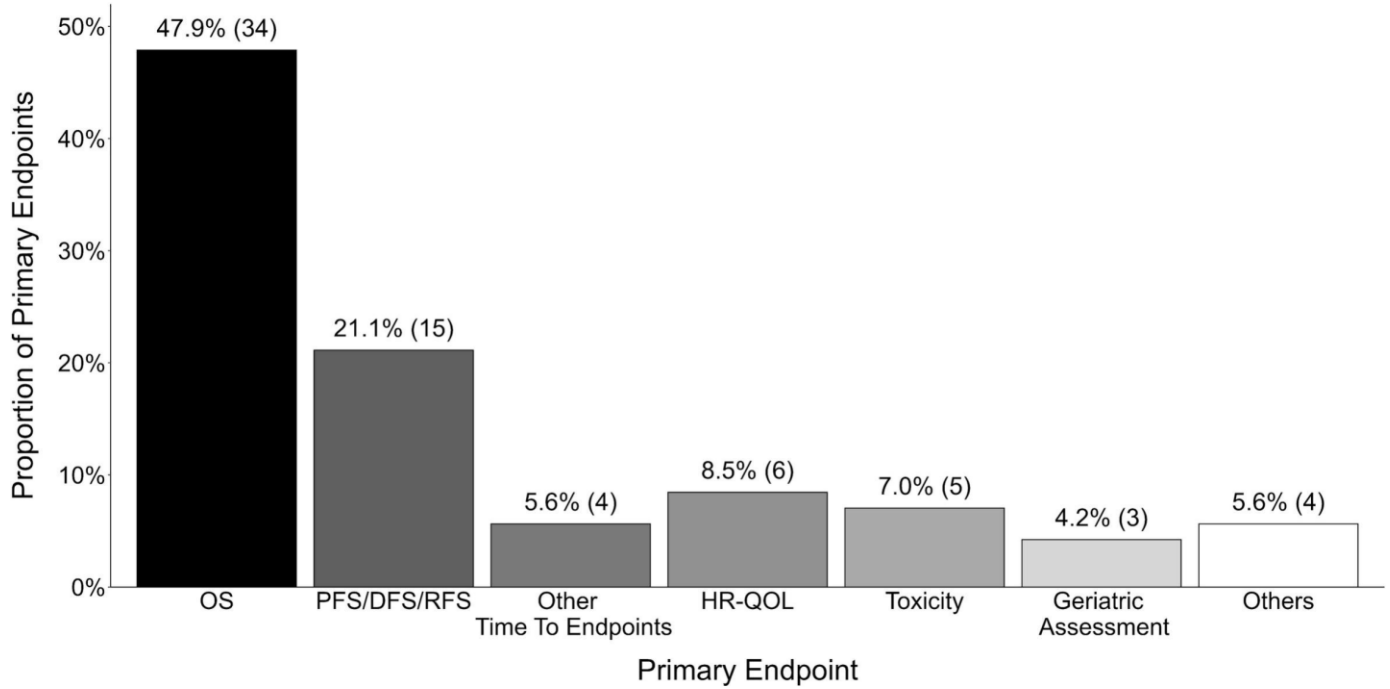
Review Article

Primary endpoints in randomized controlled trials for older adults with cancer: A scoping review

Tomonori Mizutani [a,*], Funato Sato [b,c], Kohei Uemura [c], Yukari Shimizu [d], Tsuguo Iwatani [e], Satoshi Kobayashi [f], Masataka Sawaki [g], Shimon Tashiro [h], Tetsuya Tsuji [i], Hiroshi Yamamoto [j], Asao Ogawa [g], Tetsuya Hamaguchi [j], on behalf of the Geriatric Study Committee of the Japan Clinical Oncology Group, Japan

Un décalage persistant

Les essais confirmatoires reposent encore majoritairement sur la survie globale, au détriment de critères pertinents pour le sujet âgé : qualité de vie, statut fonctionnel, tolérance.



Distribution of primary endpoints in confirmatory randomized controlled trials for older adults with cancer.
A bar chart showing the distribution of primary endpoints, with OS being the most frequent, followed by PFS/DFS/RFS, other time-to-event measures, HR-QOL, toxicity, geriatric assessment, and others.
Abbreviations: OS: overall survival; PFS: progression-free-survival; DFS: disease-free-survival; RFS: relapse-free-survival; HR-QOL: health-related quality of life.

Repenser les critères de jugement des essais


Journal of Geriatric Oncology 17 (2026) 102895

Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Geriatric Oncology

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jgo

Review Article

Primary endpoints in randomized controlled trials for older adults with cancer: A scoping review

Tomonori Mizutani [a,*], Funato Sato [b,c], Kohei Uemura [c], Yukari Shimizu [d], Tsuguo Iwatani [e], Satoshi Kobayashi [f], Masataka Sawaki [g], Shimon Tashiro [h], Tetsuya Tsuji [i], Hiroshi Yamamoto [j], Asao Ogawa [g], Tetsuya Hamaguchi [j], on behalf of the Geriatric Study Committee of the Japan Clinical Oncology Group, Japan

Une proposition : la survie sans perte d'autonomie

Le concept de « disability-free survival » est proposé comme critère composite centré sur le patient âgé.

Implémentation de l'évaluation gériatrique (EG)

Une EG active et multidisciplinaire améliore la toxicité, le statut fonctionnel, la communication et la qualité de vie (données japonaises et internationales convergentes).

CE QUI CHANGE

~~Critères tumoraux seuls~~

→ **Critères centrés patient**

~~Âge chronologique seul~~

→ **Fonction et autonomie**

~~Inclusion opportuniste~~

→ **EG intégrée au design**

HHS Public Access
Author manuscript
JAMA Oncol. Author manuscript; available in PMC 2026 July 15.

Published in final edited form as:
JAMA Oncol. 2026 May 01; 12(5): 517–521. doi:10.1001/jamaoncol.2026.0072.

L'essai GAP70+ : préférences du patient et devenir

Outcomes of Older Adults With Advanced Cancer Who Prefer Quality of Life vs Prolonging Survival: A Secondary Analysis of the GAP70+ Cluster Randomized Clinical Trial

Daniel R. Richardson, MD, MSc[1], Ying Wang, PhD[2], Marie Flannery, PhD[2], Mostafa Mohamed, MBBCh, PhD[2], Allison Magnuson, DO[2], Megan Wells, MPH[2], Rachael Tylock, MS[2], Enrique Soto-Perez-de-Celis, MD, PhD[3], Clark DuMontier, MD[4], William Dale, MD, PhD[5], Ronald Epstein, MD[2], Jeffrey Berenberg, MD[6], Nadia Ramdin, MD[7], Mohile Supriya, MD[2], Kah Poh Loh, MBBCh BAO, MS[2]

Outcome	HR (95% CI)
Treatment modifications[a]	1.03 (0.84-1.27)
Hospitalizations	0.84 (0.57-1.23)
Grade 3 to 5 TRAEs	0.74 (0.39-1.41)
Death at 6 mo	0.72 (0.40-1.29)
Death at 12 mo	1.18 (0.81-1.72)

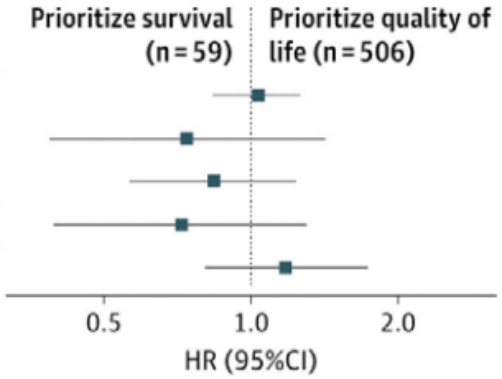


Figure. Forest Plot of the Association Between Patient Preference for Survival or Quality of Life and Clinical Outcomes

A hazard ratio (HR) of 1.0 represents no association between outcomes and preference. The dark green box is the point estimate. Error bars represent 95% CI. Included participants were older adults 70 years and older with an incurable advanced solid tumor or lymphoma, at least 1 geriatric assessment domain impairment (excluding polypharmacy), and scheduled to initiate a cancer treatment with a high risk of treatment-related adverse effects (TRAEs) within 4 weeks.

Dans cette analyse secondaire d'un essai clinique randomisé, moins d'un adulte âgé sur dix atteint d'un cancer avancé participant à l'essai a privilégié l'allongement de la survie au détriment du maintien de sa qualité de vie. Cette préférence n'était pas associée à des modifications du traitement initial ni aux résultats ultérieurs, ce qui suggère un possible manque de prise en compte des préférences des patients par le système actuel de soins oncologiques.

Toxicités des inhibiteurs de checkpoint : recommandations SIOG

LE CONSTAT

Les inhibiteurs de checkpoint sont largement prescrits chez le sujet âgé, population en croissance rapide, mais restent sous-représentés dans les essais d'enregistrement.

Les recommandations SIOG (The Lancet Oncology) proposent des stratégies structurées de surveillance et de gestion des toxicités immuno-induites chez le sujet âgé.

POINTS PRATIQUES SIOG

- Ne pas exclure sur le seul critère d'âge chronologique
- Anticiper la polypharmacie et les comorbidités dans la surveillance des effets indésirables immuno-médiés
- Coupler l'EGA au suivi longitudinal
- Développer des données prospectives dédiées au grand âge (≥80 ans)

SIOG. Management of immune checkpoint inhibitor-associated toxicities in older adults with cancer. The Lancet Oncology. 2025.

CBNPC avancé : l'âge seul ne doit plus être un frein

Dong et al. BMC Geriatrics (2026) 26:474
https://doi.org/10.1186/s12877-026-07248-6

BMC Geriatrics

RESEARCH Open Access

Efficacy and safety of immunotherapy in elderly patients with advanced non-small cell lung cancer: a real-world study stratified by age

Yi Dong[1,2†], Mei-cen Liu[2,3†], Yun-ye Mao[1,2†], Yi-heng Lu[1,2], An Wang[1,2], Xin Zhou[1,2], Yin-min Ji[1,2], Shu-yan Xiao[1,2], Ya-hui Lv[1,2], Tao Li[1,2,4,5*], Xiao-ran Cui[1,2,6,7*] and Yi Hu[1,2,7*]

75 ans

seuil de stratification étudié
(<75 vs ≥75 ans)

Pas de différence significative de survie entre les deux sous-groupes ; sécurité gérable dans les deux cas.

Étude en vie réelle stratifiée par âge (BMC Geriatrics, 2026)

L'immunothérapie reste faisable et efficace chez les patients âgés atteints de CBNPC avancé, y compris au-delà de 75 ans. La décision doit s'appuyer sur une évaluation gériatrique complète plutôt que sur l'âge civil seul.

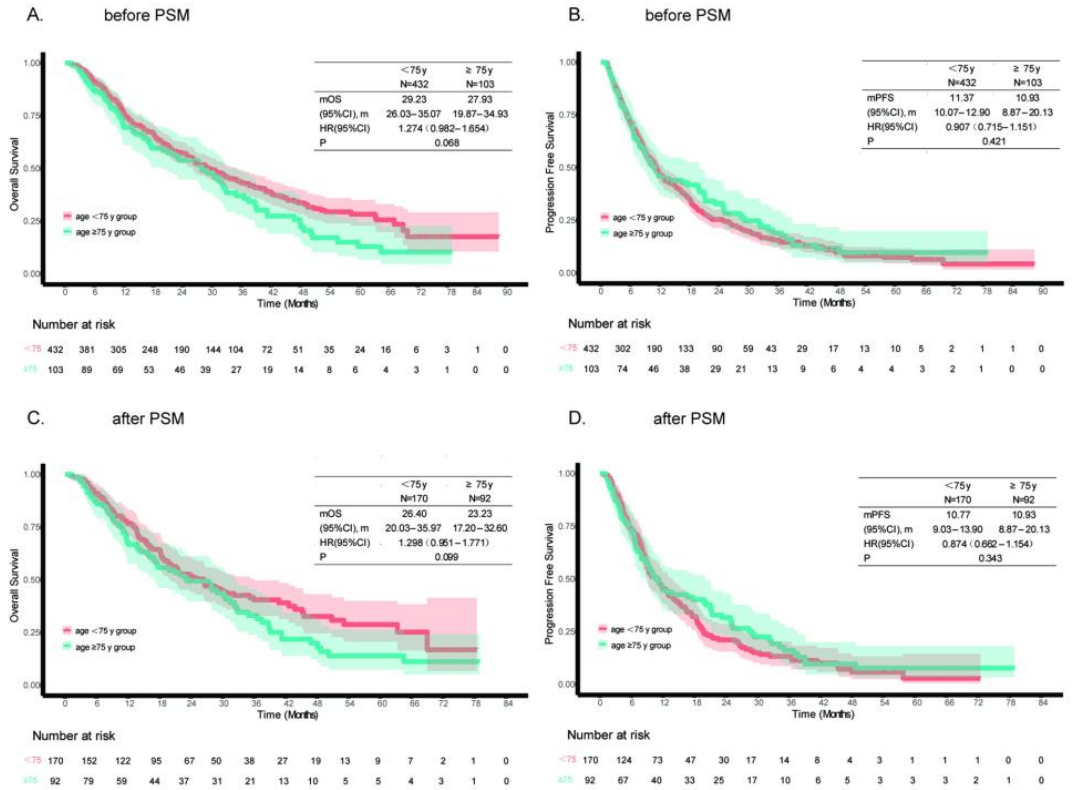


Fig. 3 Kaplan–Meier curves showing (**A**) OS of the patients before PSM, **B** PFS of the patients before PSM, **C** OS of the patients after PSM, **D** PFS of the patients after PSM. OS: overall survival; PFS: progression-free survival

NSCLC : L'Âge n'est Plus une Contre-indication.

Résultats de l'Étude (Après appariement PSM)

Groupe < 75 ans	Groupe ≥ 75 ans
Taux de Réponse (ORR)	Taux de Réponse (ORR)
54,40 %	**41,75 %**
Survie Globale Médiane (mOS)	Survie Globale Médiane (mOS)
29,23 mois	**27,93 mois**

Survie sans Progression (PFS) : Aucune différence significative (HR = 0.907)

Tolérance : Incidence des effets indésirables similaire (~90,28 %), événements sévères gérables.
Conclusion : L'âge limite de 75 ans ne doit pas priver le patient d'immunothérapie.

Réf : Dong Y et al., Efficacy and safety of immunotherapy in elderly patients with advanced NSCLC, BMC Geriatr, 2026.

NotebookLM

LAM du sujet âgé : les nouvelles recommandations ASH 2026

American Society of Hematology — Blood Advances 2026;10(6):1897-1928. Panel multidisciplinaire, méthode GRADE, 9 recommandations cliniques critiques.

1. Traitement anti-leucémique actif préféré aux soins de support exclusifs
2. Schémas à base de vénétoclax préférés aux monothérapies (HMA / LDAC)
3. Induction conventionnelle possible si patient candidat à un traitement intensif
4. Intégration des inhibiteurs de FLT3 et d'IDH à l'induction et à la post-rémission
5. Rôle de l'allogreffe discuté selon le pronostic cytogénétique
6. Support transfusionnel encadré en l'absence de traitement anti-leucémique

: Sekeres MA, Mattison R, Artz A, et al. Blood Adv. 2026;10(6):1897-1928. doi:10.1182/bloodadvances.2025017934 (PMC12993901) • Revue systématique associée, PMID: 41538293.

Préhabilitation multimodale : l'essai GISSG+2201

Essai randomisé multicentrique (15 centres, Chine) — JAMA Surgery, mars 2026

1

Population

65–85 ans, fragiles
(score G8 ≤ 14)

→

2

Chirurgie

Gastrectomie élective,
± chimio néoadjuvante

→

3

Randomisation 1:1

ERAS seul vs
ERAS + préhabilitation

→

4

Critères évalués à 4 semaines

Capacité fonctionnelle
et résultats cliniques supérieurs
dans le bras ERAS + prehabilitation
(2 semaines)

Objectif : évaluer l'effet d'un programme de préhabilitation supervisée, ajouté aux soins ERAS standard (Le protocole ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*, ou réhabilitation améliorée après chirurgie) est un parcours de soins multidisciplinaire qui vise à réduire le stress lié à une intervention chirurgicale et à accélérer le rétablissement du patient), sur la capacité fonctionnelle et les résultats cliniques postopératoires chez le patient âgé fragile.

Sun Y, Tian Y, Cao S, et al. JAMA Surg. 2026 Mar 1;161(3):223-233. doi:10.1001/jamasurg.2025.6256. PMID: 41604182 • Protocole GISSG+2201, PMC10565164.

Fragilité, sarcopénie, dénutrition : un trio intriqué

65,7 %

prévalence de sarcopénie

31,3 %

prévalence de dénutrition

476 patients atteints de cancer avec comorbidités

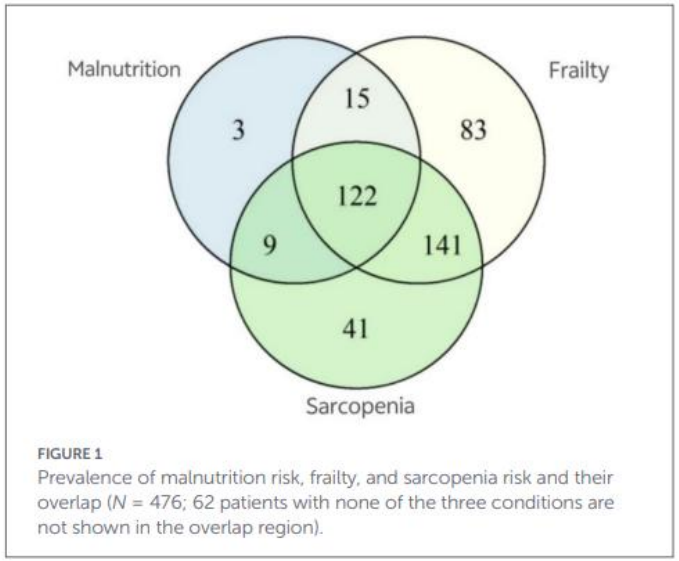


FIGURE 1
Prevalence of malnutrition risk, frailty, and sarcopenia risk and their overlap (*N* = 476; 62 patients with none of the three conditions are not shown in the overlap region).

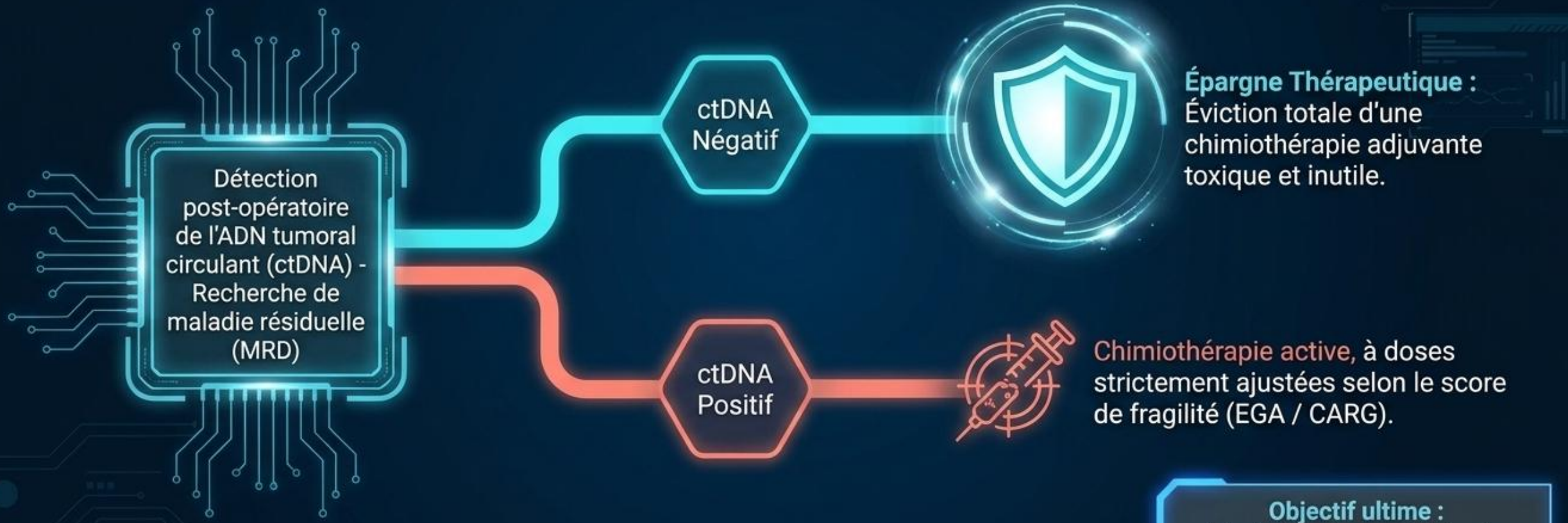
Biomarqueurs partagés fragilité–sarcopénie

Un ensemble de biomarqueurs métaboliques, hématologiques et inflammatoires est partagé entre fragilité et sarcopénie, dont l'IL-6 (associée aux deux syndromes chez les patients < 75 ans) et le TNF-α — un socle pour la sélection de biomarqueurs dans les futures études oncogériatriques

Cui L, Zhang Y, Gao G, et al. Front Public Health. 2026;14:1820491. doi:10.3389/fpubh.2026.1820491 • Biomarkers shared by frailty and sarcopenia, PMID: 34839041.

Cancer Colorectal en 2026 : Épargne Thérapeutique.

État de l'Art : Désescalade basée sur la biologie, pas sur l'âge chronologique.



Objectif ultime :
Maximiser la qualité de vie, minimiser la toxicité intestinale et neurologique périphérique.

Réf : Recommandations ESMO/SIOG Cancer Colorectal, 2026.

NotebookLM

Vers des jumeaux numériques en oncogériatrie

Frontiers in Artificial Intelligence (2026) explore l'association de modèles mécanistiques et d'apprentissage automatique à partir des données de l'évaluation gériatrique complète, pour simuler le risque de toxicité et adapter les plans thérapeutiques.

Fonction physique | **Comorbidités** | **Cognition & humeur** | **Nutrition** | **Soutien social**

↓ *entrées du modèle prédictif*

Applications émergentes

Simulation du risque de toxicité de la chimiothérapie chez le patient fragile • Prédiction de la réponse à l'immunothérapie • Modèles d'apprentissage automatique appliqués à la toxicité en cancérologie digestive métastatique

From mechanistic models to artificial intelligence: digital twins in geriatric oncology. Front Artif Intell. 2026;9. doi:10.3389/frai.2026.1760912 • Froicu EM, et al. Diagnostics (Basel). 2024;14(18):2074 (PMC11431340).

Le pharmacien, acteur clé du parcours oncogériatrique

Revue systématique française (méthodologie PRISMA + grille SQUIRE), J Geriatr Oncol, avril 2026.

Rx

Sécurité médicamenteuse

Interventions pharmaceutiques documentées, en hospitalisation comme en ambulatoire

★

Satisfaction des patients

Amélioration rapportée dans les études incluses

$

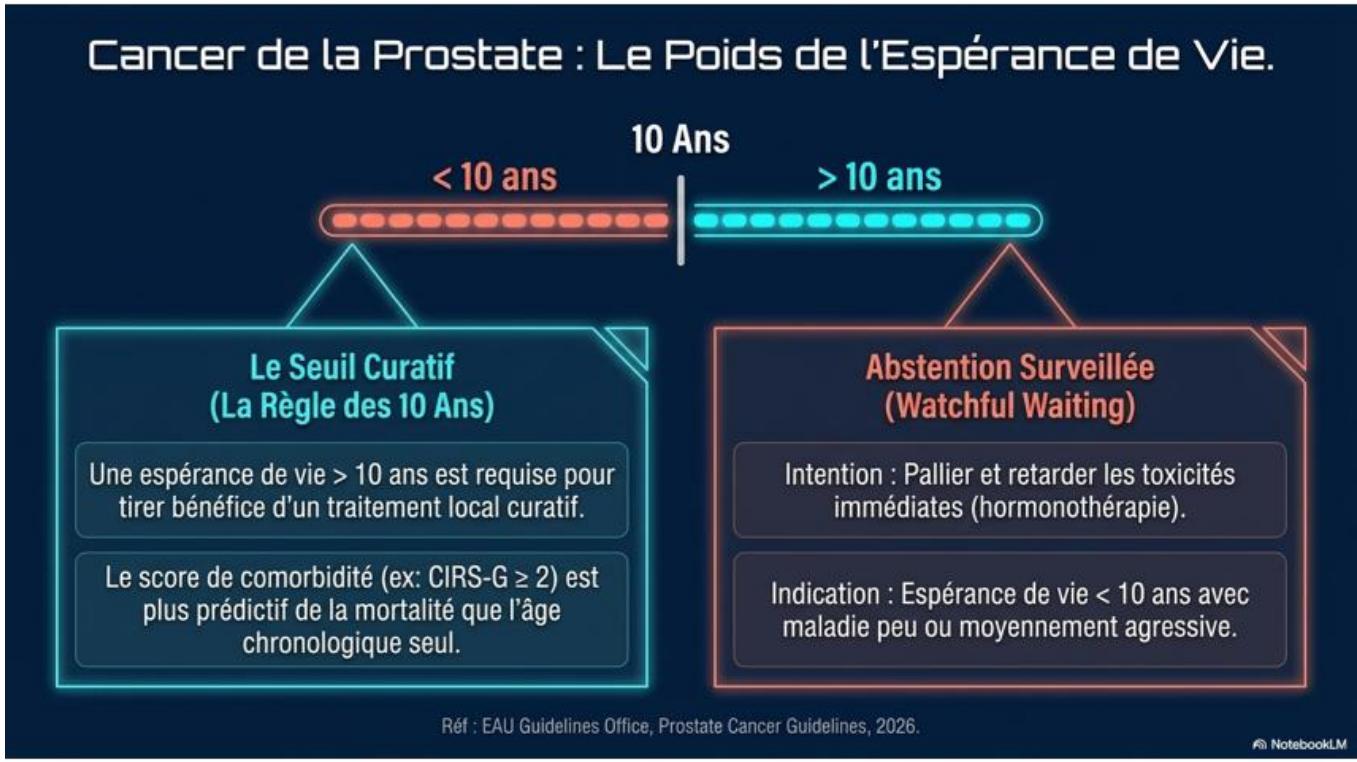
Qualité des soins

Plaidoyer pour une intégration systématique de l'expertise pharmaceutique

Rolland C, Leguelinel-Blache G, Cireaşă B, et al. J Geriatr Oncol. 2026 Apr 23;17(5):102978. doi:10.1016/j.jgo.2026.102978. PMID: 42030602.

Prostate : mise à jour EAU–EANM–ESTRO–ESUR–ISUP–SIOG 2026

1. Stratégie de dépistage adaptée au risque, débutant généralement à 50 ans
2. Décision fondée sur l'espérance de vie individualisée (sup ou pas à 10 ans) plutôt que sur l'âge seul
3. Recours à l'IRM multiparamétrique pour limiter les biopsies inutiles



Cornford P, van den Bergh RCN, Briers E, et al. EAU-EANM-ESTRO-ESUR-ISUP-SIOG Guidelines on Prostate Cancer-2026 Update, Part I. Eur Urol. 2026 Sep [Epub ahead of print].



Merci