Journée régionale

CANCER ET PERSONNE ÂGÉE

Cerveau et cancer chez le sujet âgé



13 MARDI OCTOBRE 2026

Espace Beaulieu
NANTES

Prise en charge chirurgicale des métastases cérébrales et des glioblastomes

chez le patient de plus de 75 ans

POINT DE VUE DU NEUROCHIRURGIEN

Dans l'écosystème médical régional

Dr. Vincent ROUALDES – Neurochirurgien Praticien Hospitalier CHU Nantes

Mardi 13 octobre 2026, Nantes

Peu de données scientifiques
& recommandations
Nombreux biais

> Pas d’algorithme universel
> Clés de lecture pour comprendre et décider

Clé de lecture n°1

Progrès de la chirurgie et neuro-oncogériatrie ?

> **Impact ?**

> Patient **âgé** = **Difficulté** **Technique opératoire** ?

Clé de lecture n°1

Progrès de la chirurgie et neuro-oncogériatrie ?

- Mieux **sélectionner** — fragilité, KPS, cognition, imagerie et biologie moléculaire
- **Voir** davantage — microscope/exoscope, neuronavigation, 5-ALA/fluorescéine, iUS, iMRI/iCT, réalité augmentée.
- **Préserver** la **fonction** — DTI, awake mapping, stimulation sous-corticale, MEP/SSEP.
- Être **moins invasif** — Bistouris à Ultrasons, corridors tubulaires, biopsie stéréotaxique/robotique, LITT.
- Réduire le **temps** opératoire — produits hémostatiques, substituts duraux, fixation crâniennes/prothèses reconstructrices
- Réduire le **stress** périopératoire — Analgésie multimodale, prévention hypothermie, prévention NVPO, RAAC.
- Neuro-**anesthésie** — Agents à cinétique coute et anesthésie titrable (Propofol, Remifentanil), EEG frontal traité (BIS), Blocs de scalp, Analgésie multimodale (limitant la morphine), Dexmédétomidine (sédation coopérative, prévention délirium), Contrôle hémodynamique, Ventilation contrôlée normocapnique,
- **Récupération Améliorée** Après Chirurgie (RAAC)— préhabilitation/information, diminution du jeûne, stratégie anesthésique courte, blocs du scalp, gestion raisonnée des fluides, prévention de l'hypothermie, analgésie multimodale, retrait précoce des dispositifs, alimentation et mobilisation précoces
- **Détecter** et **traiter** précocement les **risques** et **complications** — neuro-USC/réanimation, cEEG, pupillométrie et réhabilitation précoce

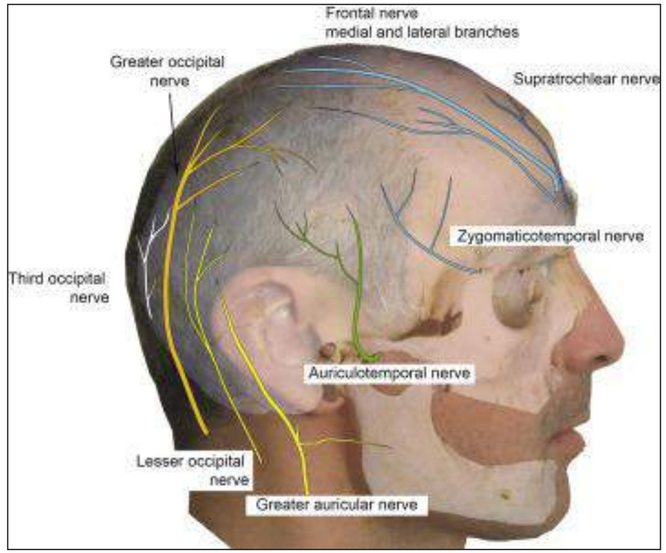


https://www.mindray.com/fr/products/infusion-system/benefusion-e-series



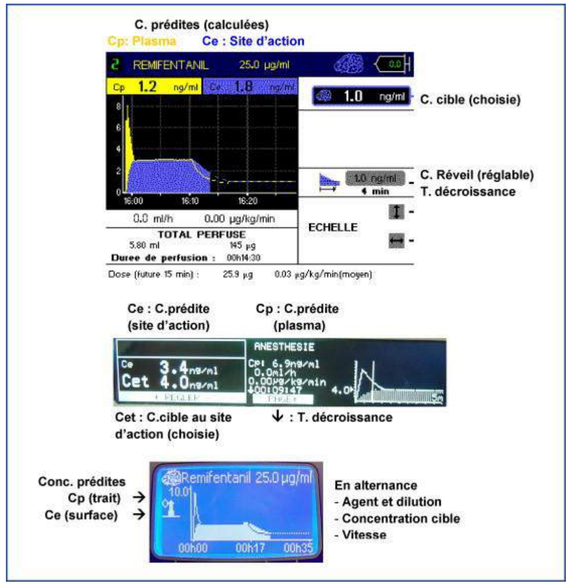


https://www.medtronic.com/fr-ca/healthcare-professionals/products/patient-monitoring/brain-monitoring/brain-channel-monitoring/bis-advance-monitor.html



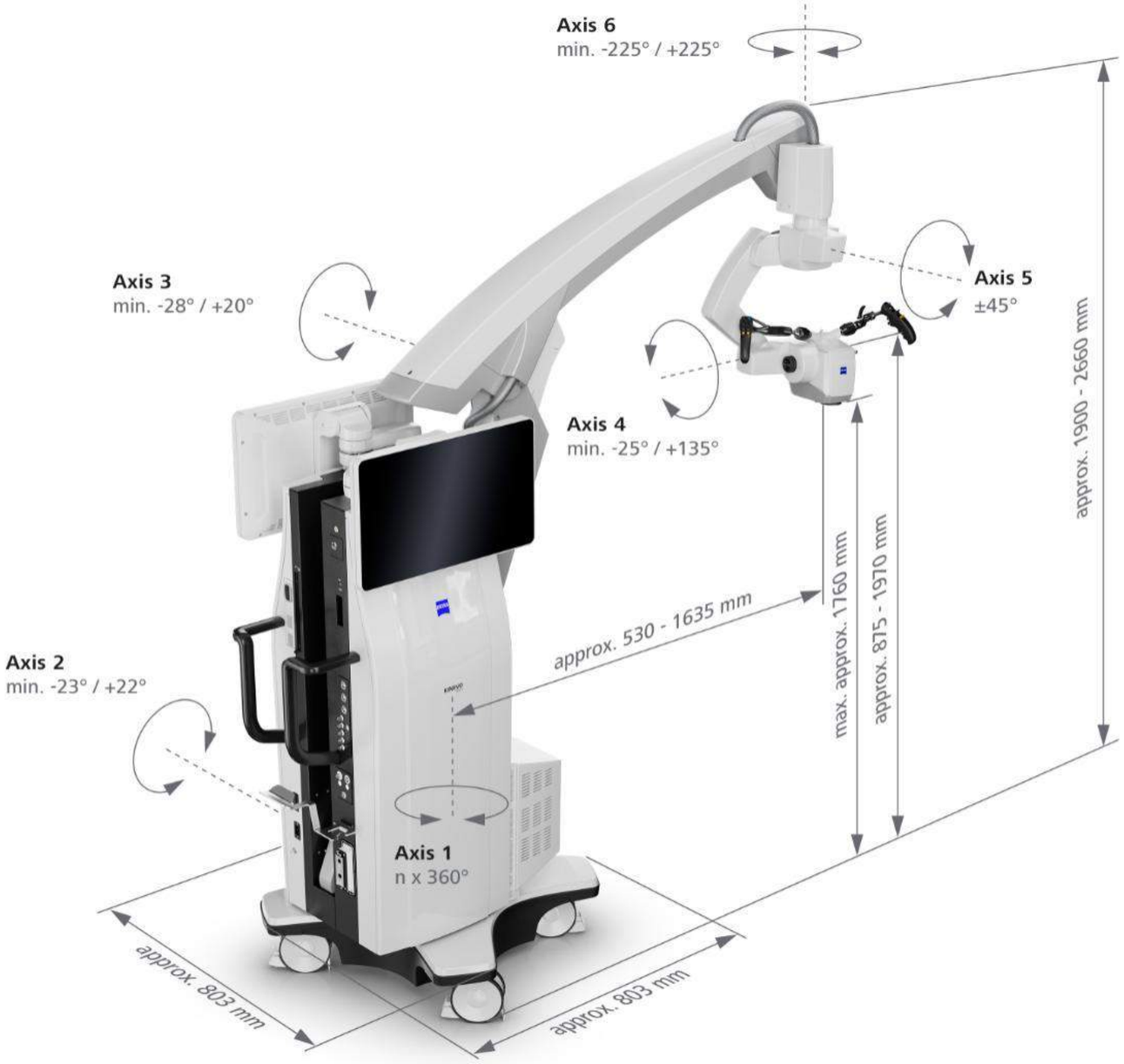
Oillic, P. A., & Zetlaoui, P. (2023). Blocs du scalp et de la face. *Anesthésie & Réanimation*, *9*(1), 30-39.

Monitoring sédation BIS



Billard, V. (2009). Anesthésie intraveineuse à objectif de concentration de morphinique en pratique clinique. *Le praticien en anesthésie réanimation*, *13*(1), 34-40.

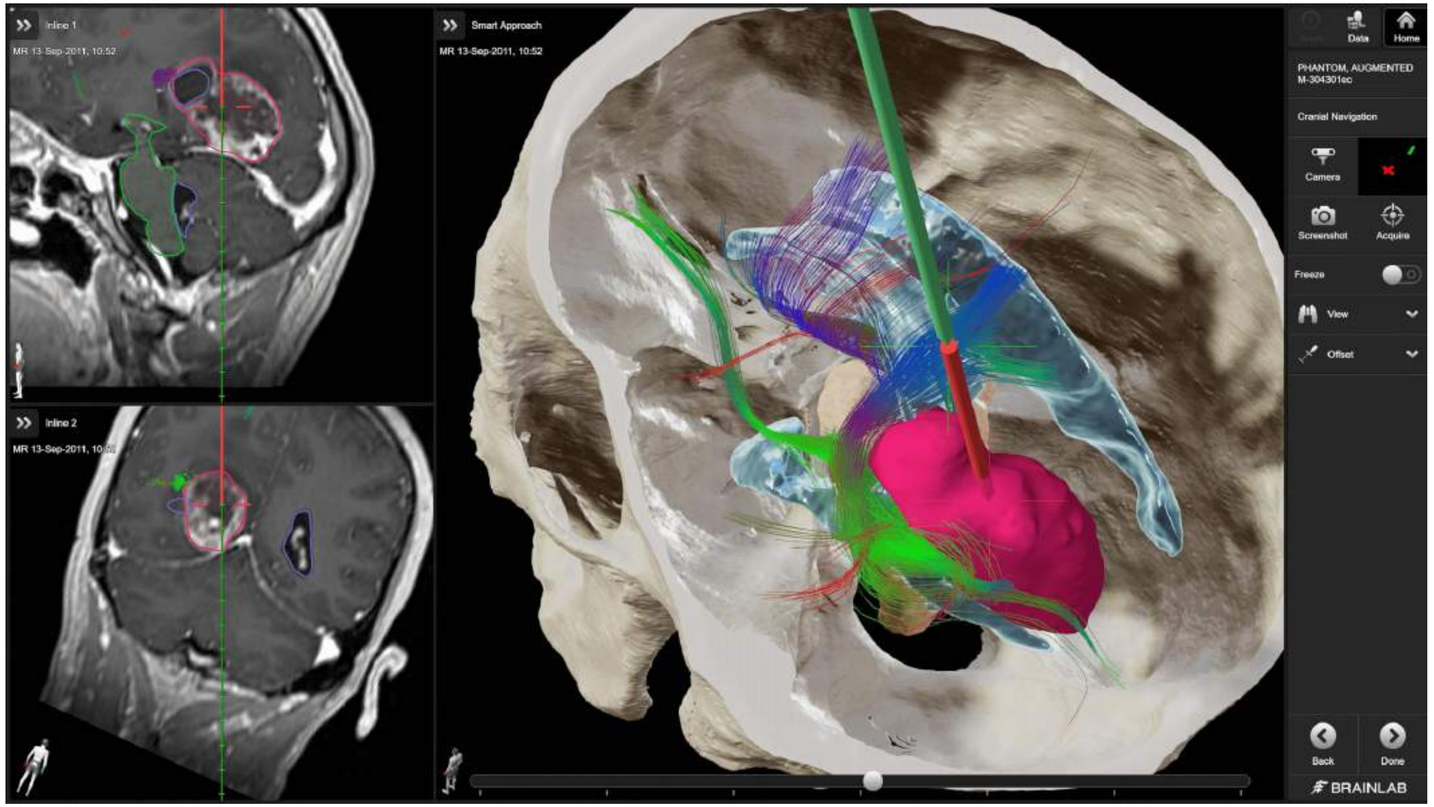
Anesthésie **I**ntra-**V**eineuse à **O**bjectif de **C**oncentration
Hypnotiques (Propofol), Morphiniques (rémifentanil)



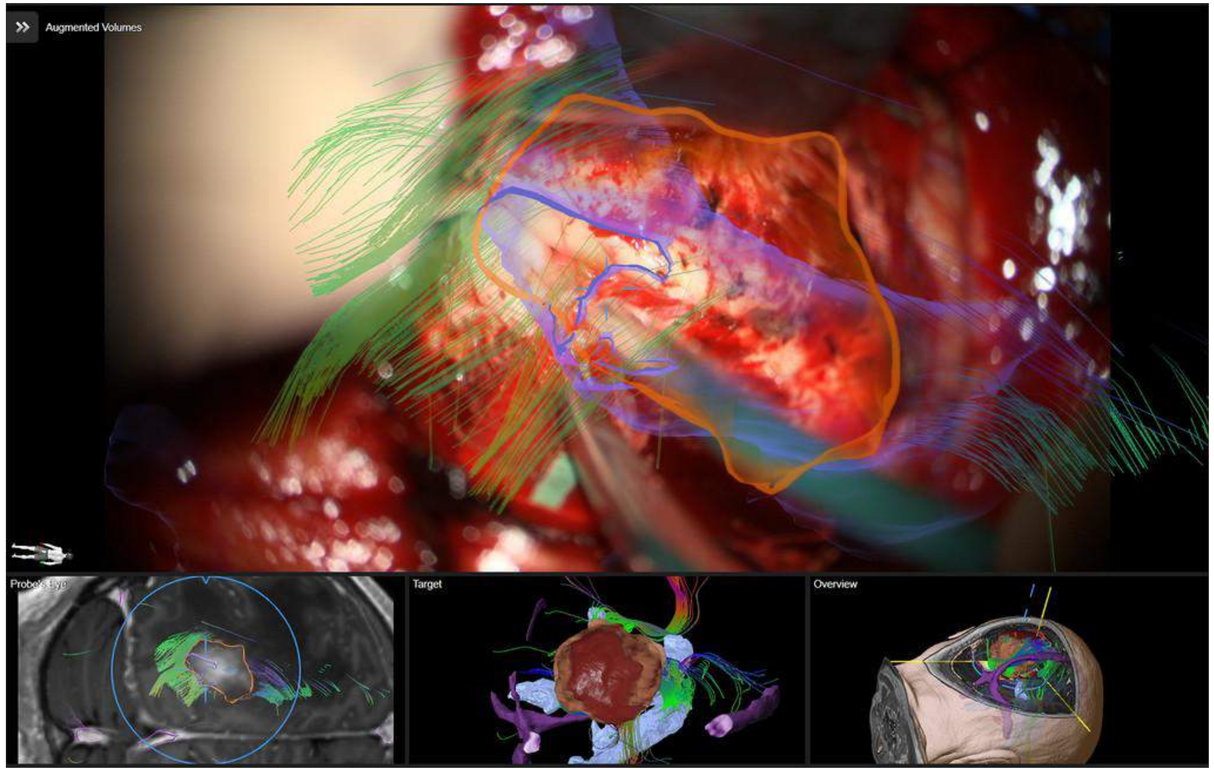
https://www.zeiss.fr/meditec/produits/microscopes-operatoires/zeiss-kinevo-900.html

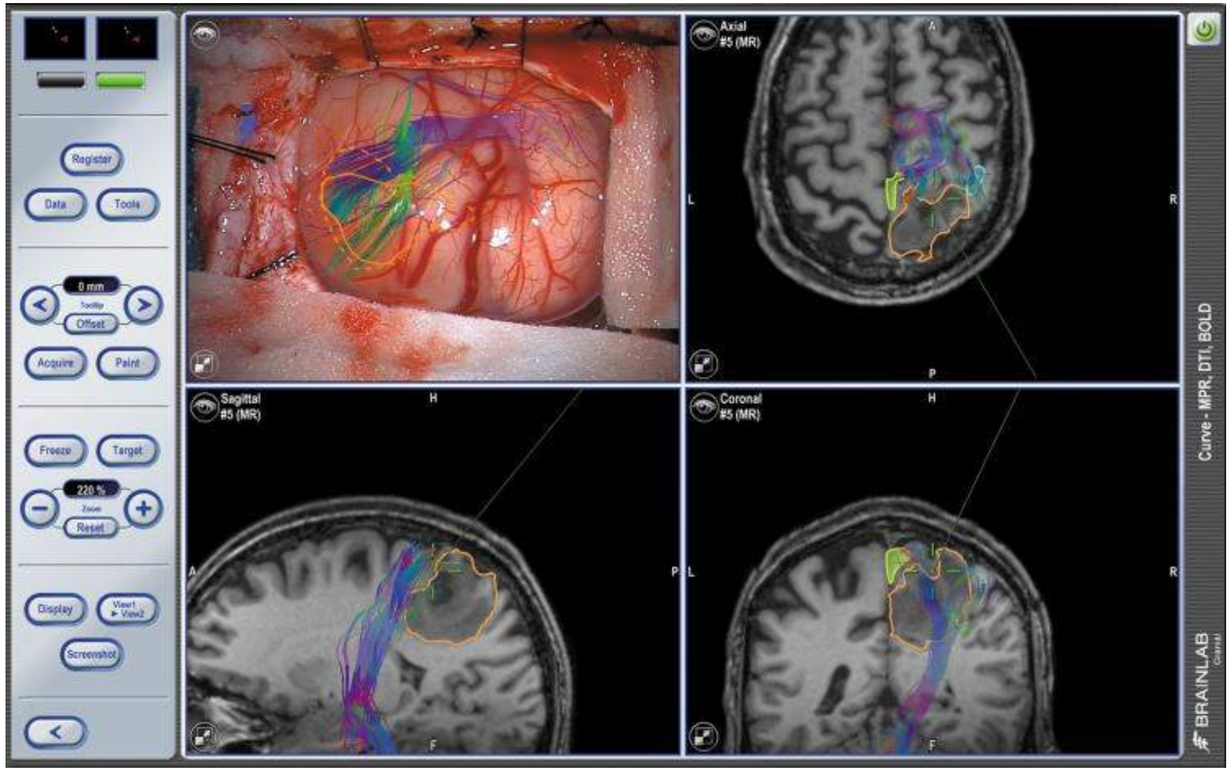
Microscopie robotisée
Neuronavigation
Imagerie



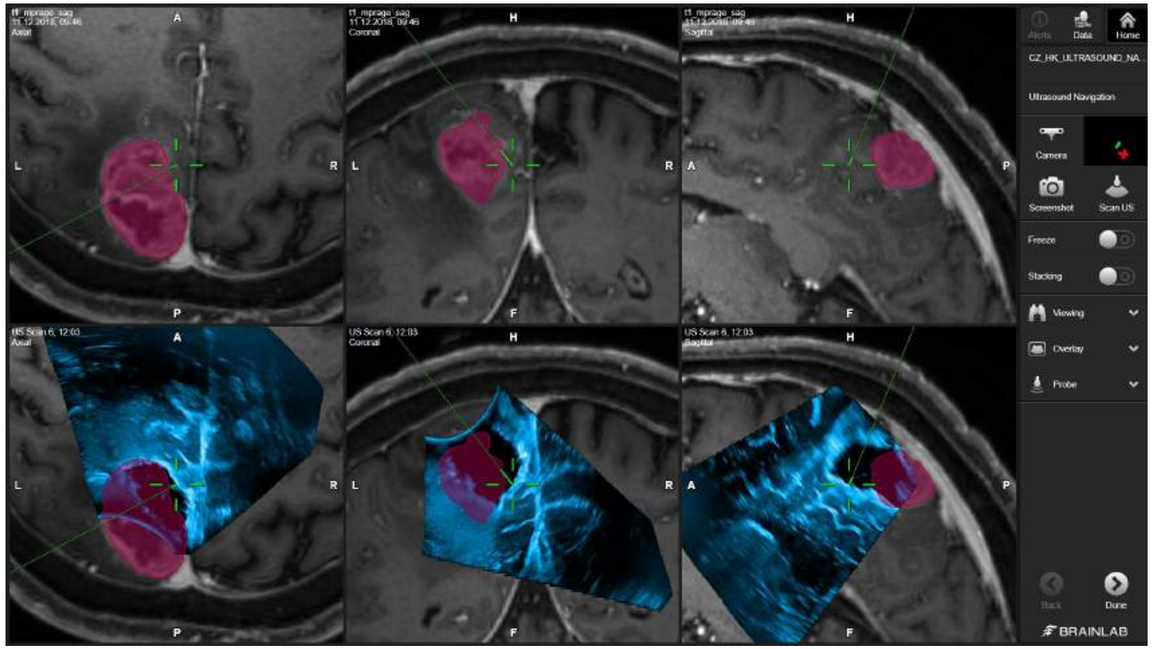


https://www.brainlab.com/fr/produits-chirurgicaux/apercu-des-produits-de-neurochirurgie/navigation-cranienne/





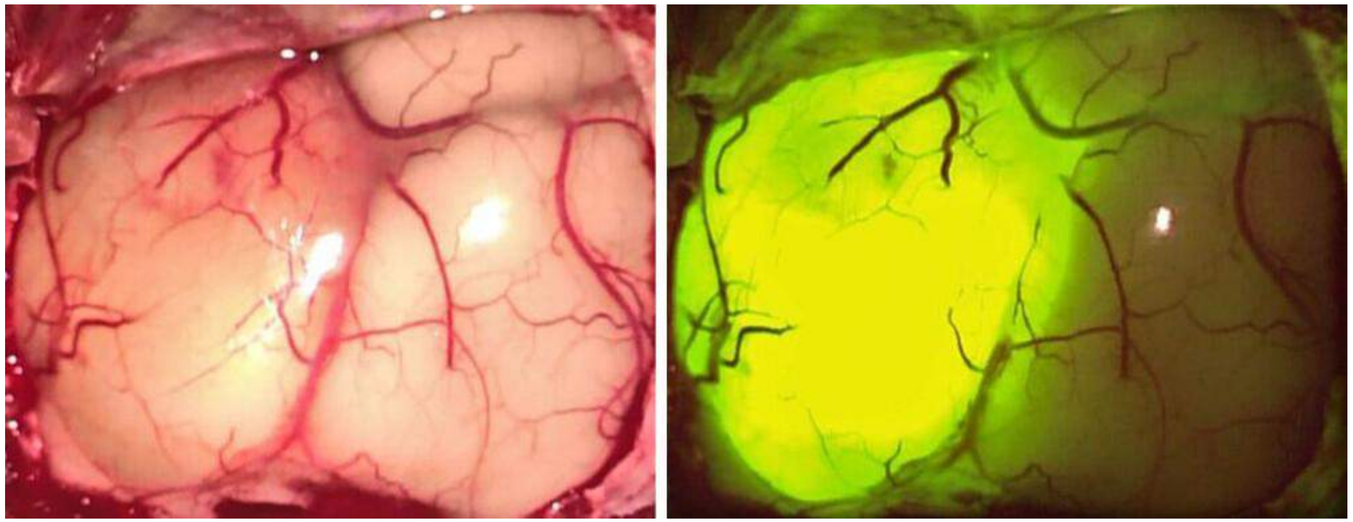
Bernard, F., Haemmerli, J., Zegarek, G., Kiss-Bodolay, D., Schaller, K., & Bijlenga, P. (2021). Augmented reality–assisted roadmaps during periventricular brain surgery. Neurosurgical Focus, 51(2), E4. https://doi.org/10.3171/2021.5.FOCUS21220



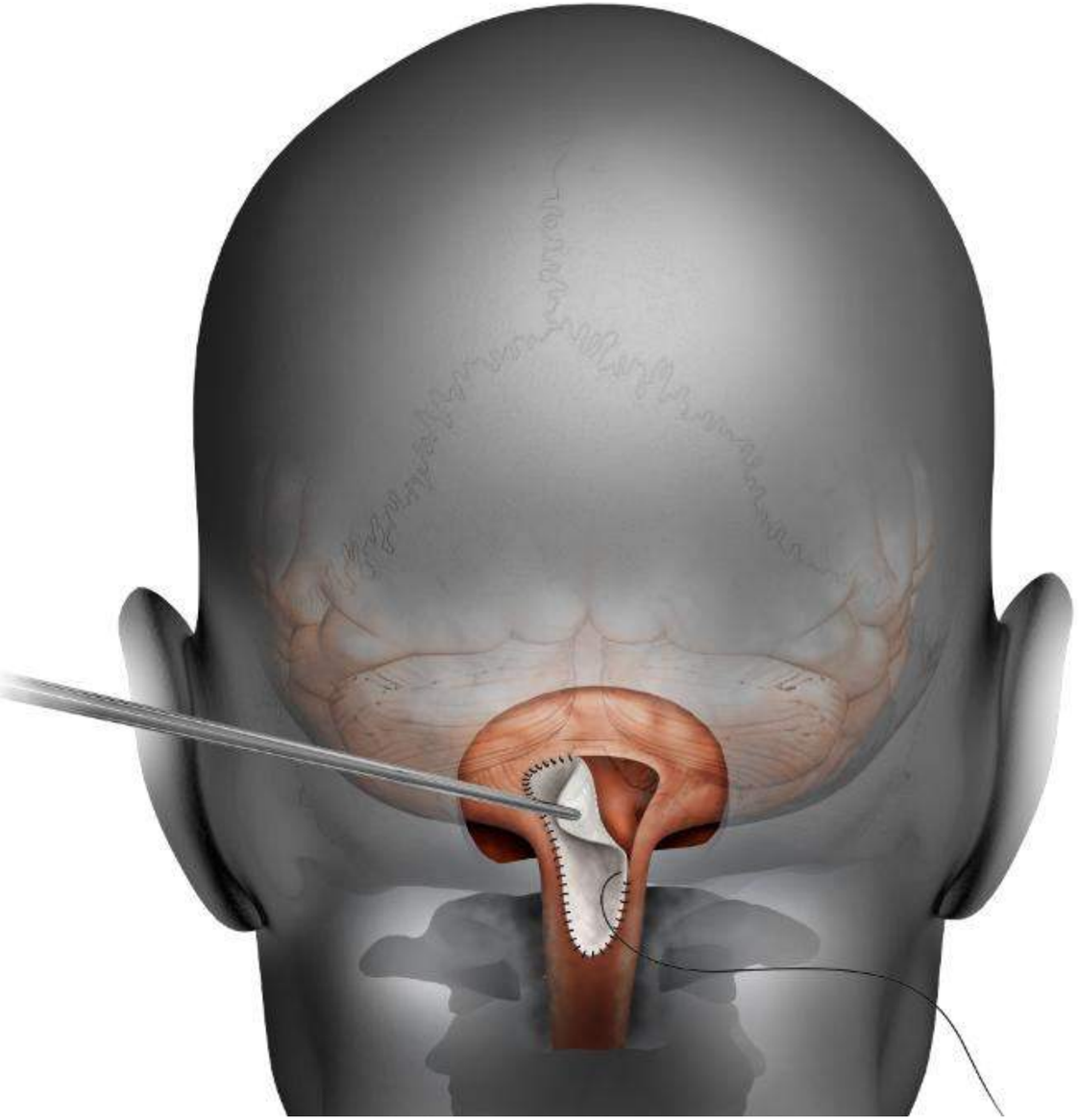
https://www.brainlab.com/fr/produits-chirurgicaux/apercu-des-produits-de-neurochirurgie/echographie-peroperatoire/



Fluorescence tumorale et vasculaire



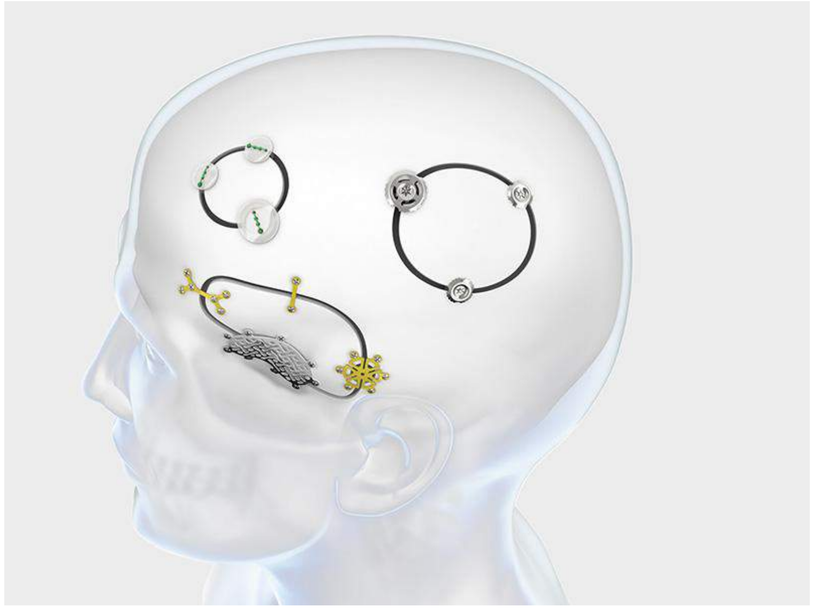
Schebesch, K., Höhne, J., Noeva, E., Pukrop, T., Araceli, T., Schmidt, N. O., & Proescholdt, M. (2023). Brain metastasis resection: **the impact of fluorescence guidance** (MetResect study). Neurosurgical Focus, 55(2), E10. https://doi.org/10.3171/2023.5.FOCUS23197



https://www.stryker.com/content/dam/stryker/craniomaxillofacial/products/duralclosure/resources/Duramatrix%20Portfolio%20-%**20Brochure%20%28EN%29.pdf**

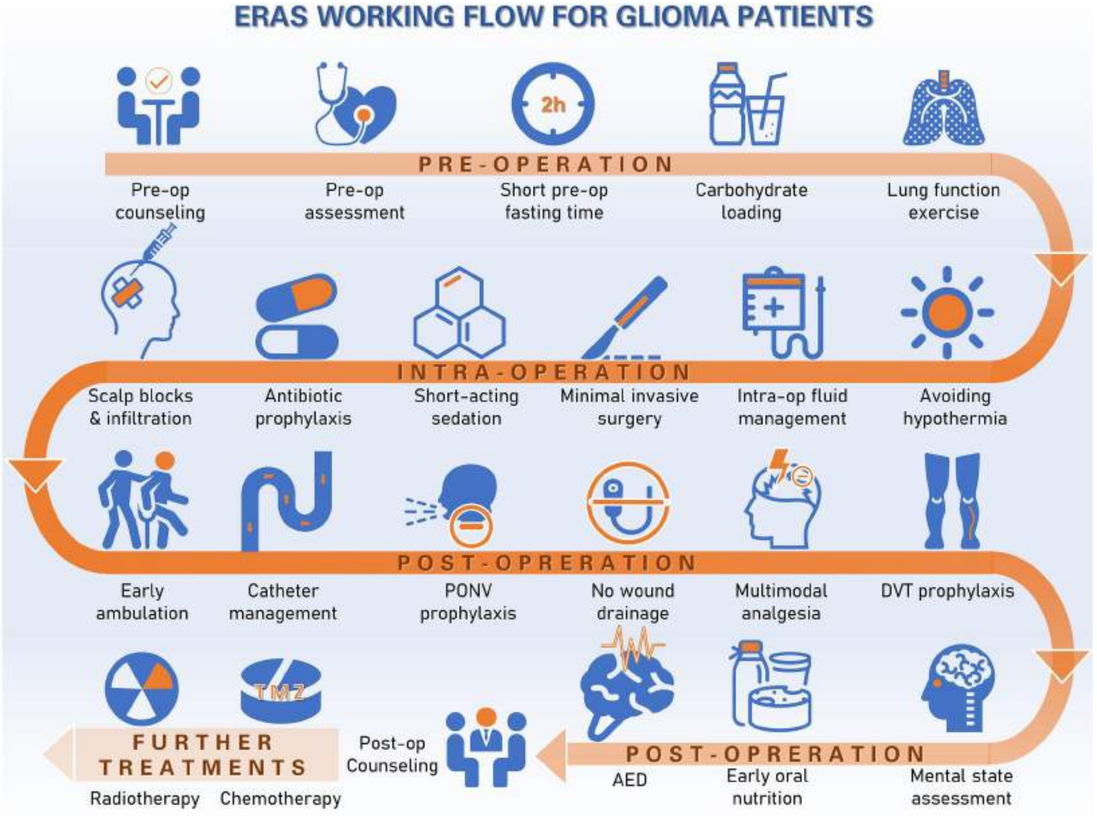


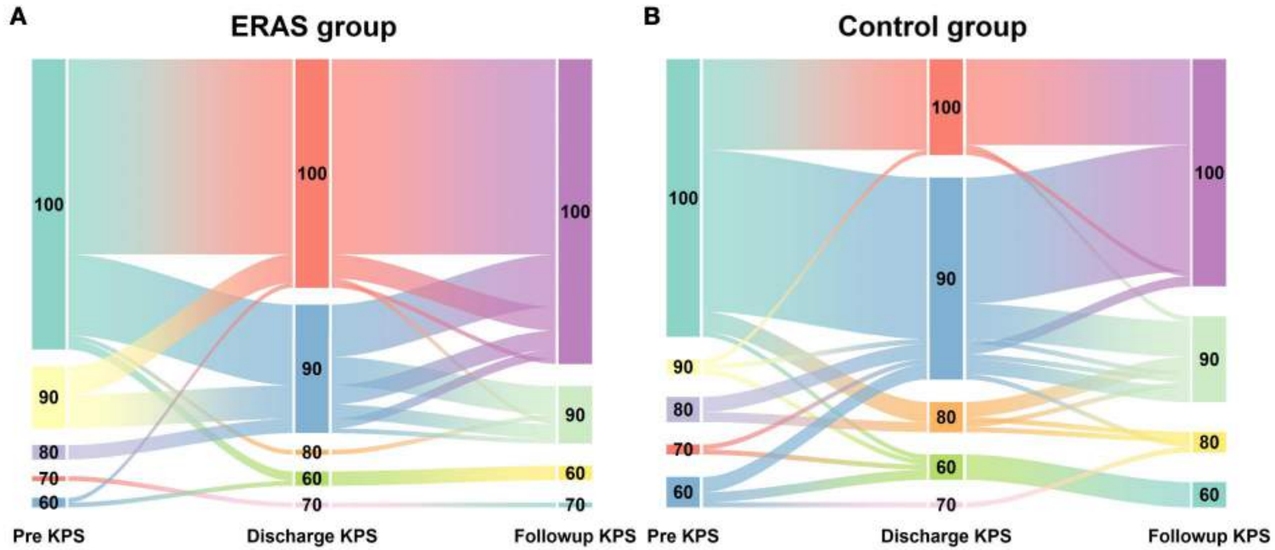
https://www.stryker.com/sg/en/nse/products/sonopet-ultrasonic-aspirator/index.html



https://www.bbraun.com.au/en/products-and-solutions/therapies/neurosurgery/cranial-fixation.html

Récupération Améliorée Après Chirurgie





Wang Y, Xue Y-F, Zhao B-F, Guo S-C, Ji P-G, Liu J-H, Wang N, Chen F, Zhai Y-L, Wang Y, Xue Y-R, Gao G-D, Qu Y and Wang L (**2022**) Real-World Implementation of Neurosurgical Enhanced Recovery After Surgery Protocol for Gliomas in Patients Undergoing Elective Craniotomy. Front. Oncol. 12:860257. doi: 10.3389/fonc.2022.860257

>Augmentation de l’accès à la neurochirurgie pour les patients âgés sélectionnés

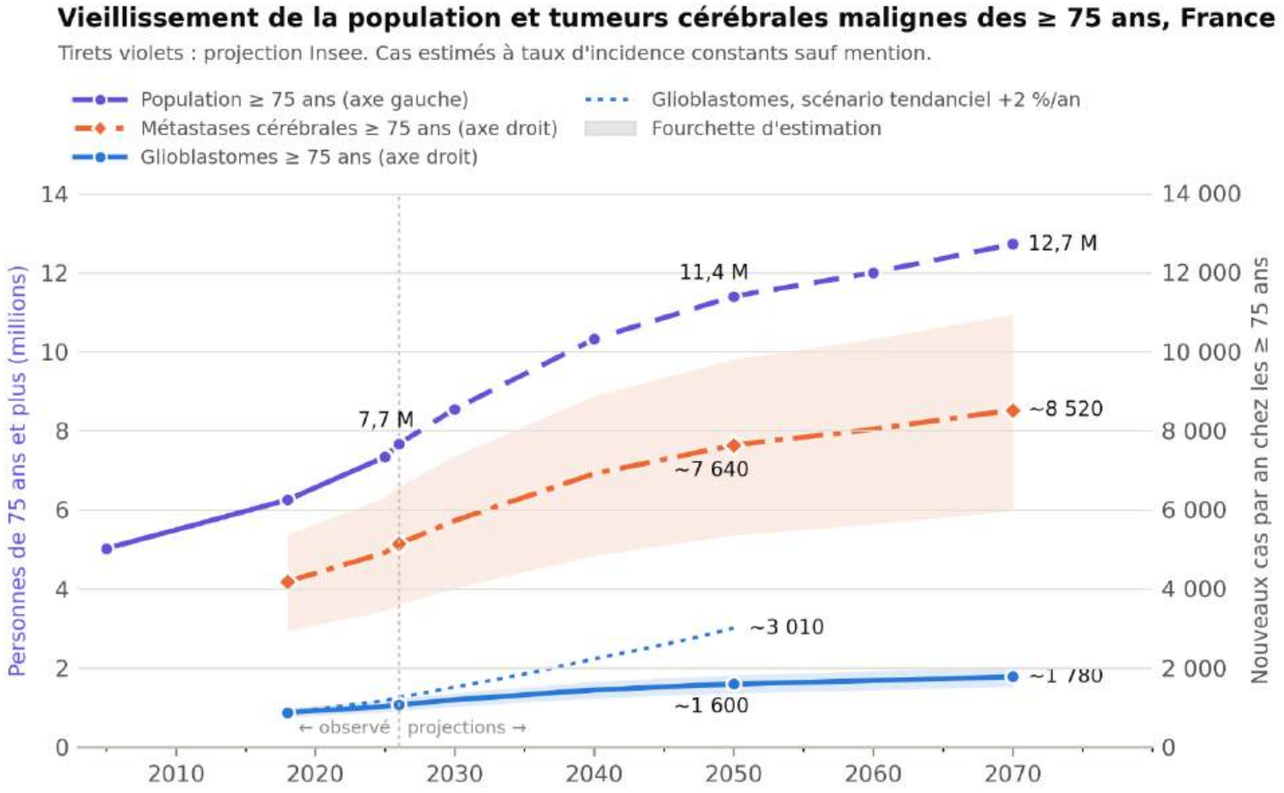
Clé de lecture n°2

Prospective démographique et scientifique ?

IA

- Incidence croissante ?
- Réorganisation des systèmes de soins ?
- Formation médico-chirurgicale gériatrique ?
- Recherche clinique structurée ?

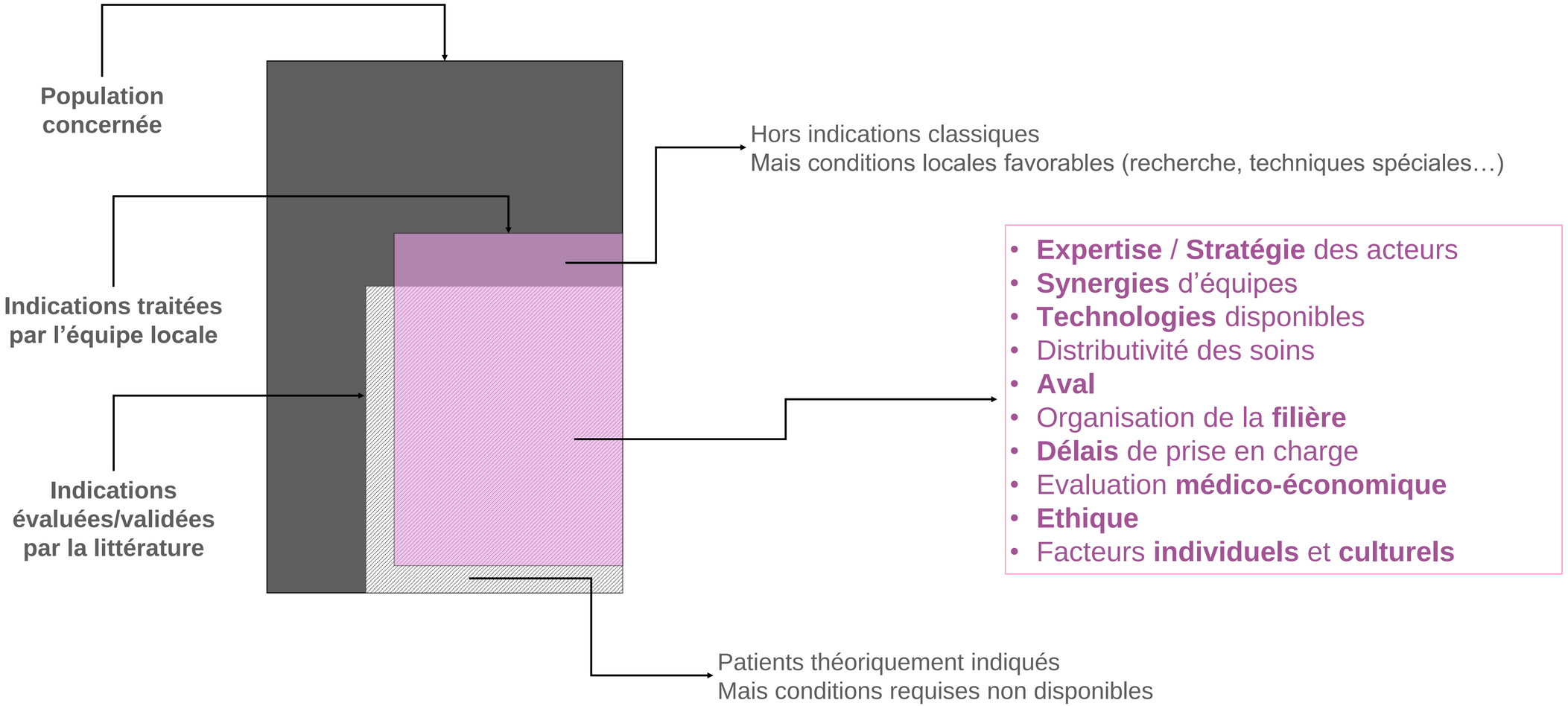
- Glioblastome ≠ Métastases



Population : Insee, estimations (2005-2026) et projections 2026, scénario central (France). Glioblastomes : taux ≈ 14/100 000 chez les ≥ 75 ans (fourchette 12–16), dérivé des estimations Francim 2018 (3 481 cas ; pic 24,3/100 000 chez les hommes de 75–79 ans). Métastases cérébrales : taux ≈ 67/100 000 chez les ≥ 75 ans (47–86), dérivé de Habbous et al. 2021 (Ontario, 24,2/100 000 tous âges), de l'estimation ARCAGY (> 30 000/an en France) et d'une part des ≥ 75 ans ≈ 18 % (SEER). Courbes centrales = taux constants ; bandes = fourchettes. Scénario tendanciel (exploratoire) : taux GBM +2 %/an depuis 2018 (tendance observée 1990–2018 : +3,6 %/an).

Clé de lecture n°3

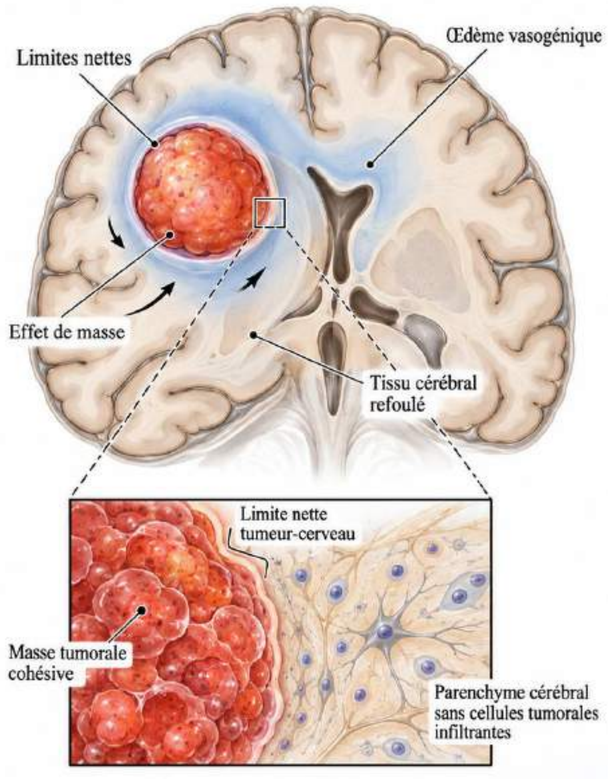
Point du vue du neurochirurgien dans l’écosystème local ?



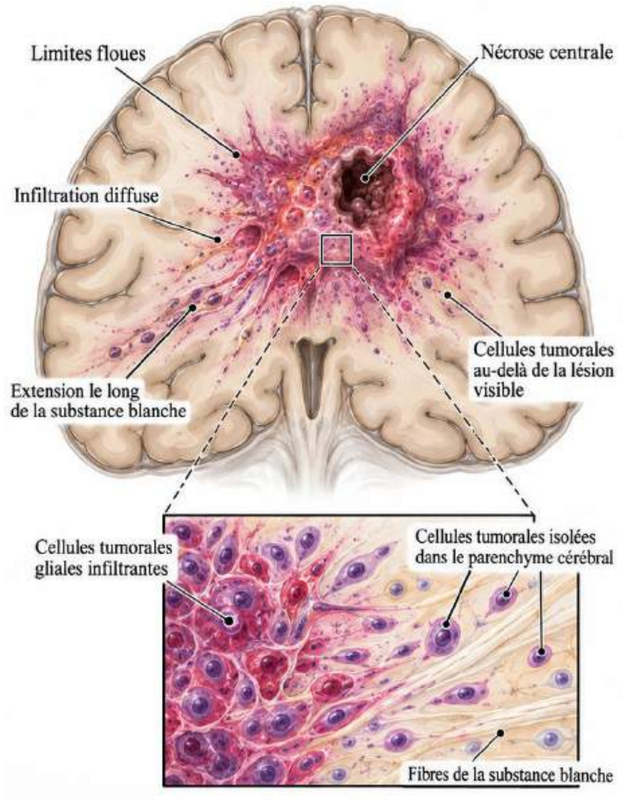
Clé de lecture n°4

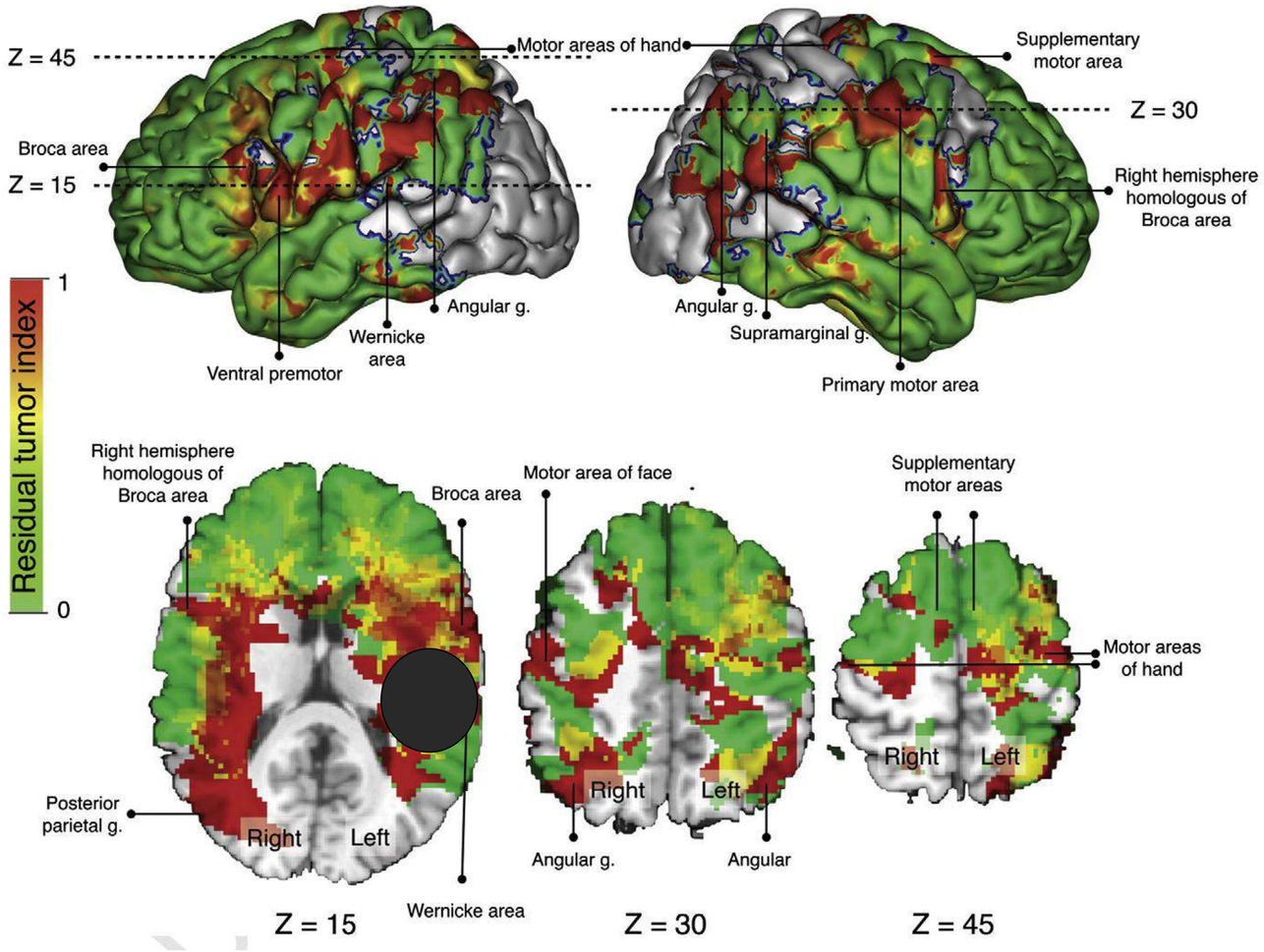
Métastase expansive ≠ Glioblastome infiltrant

Enjeu = Fonction



IA





Noyau connectomal relativement **incompressible** principalement sous-cortical
inséré dans un **cortex** beaucoup plus **variable** et **plastique** avec des contraintes propres à chaque **individu**

Faisceaux = infrastructures de **méta-réseaux dynamiques et interactifs**.

Préserver une architecture de connectivité suffisante pour que le système puisse continuer à fonctionner ou se réorganiser.

Métastase : si accessible = à risque, fonction +/- préservée
Glioblastome : fonction altérée, pas le temps pour la plasticité

Ius, T., Angelini, E.D., de Schotten, M.T., Mandonnet, E., & Duffau, H. (2011). Evidence for potentials and limitations of brain plasticity using an atlas of functional resectability of WHO grade II gliomas: Towards a "minimal common brain". *NeuroImage, 56 3*, 992-1000 .

Clé de lecture n°5

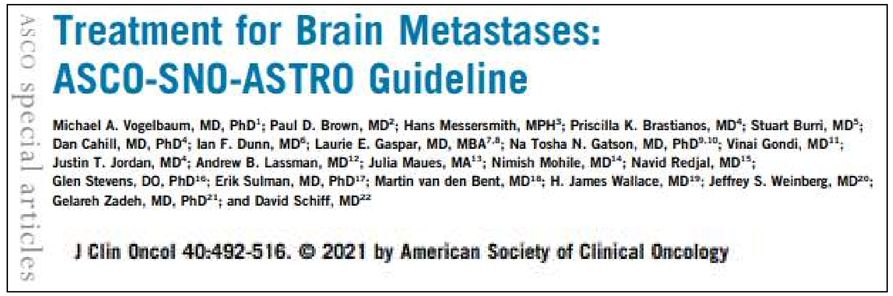
Données de la littérature Métastases

Recommandations ASCO-SNO-ASTRO 2022 / EANO 2017

Chirurgie dans 3 situations principales :

> **Diagnostic** tissulaire nécessaire (métastase suspectée sans primitif connu)
> Tumeur **volumineuse** avec effet de masse
> Métastases en **nombre limité** avec **maladie systémique contrôlée**

- Effet de masse significatif (déviation de la ligne médiane ≥ 5 mm, engagement, **hydrocéphalie**)
- Lésion **symptomatique** (déficit neurologique, crises, hypertension intracrânienne) **réfractaire au traitement médical**
- Lésion **volumineuse (> 3 cm)** (l'efficacité de la SRS diminue et le risque de radionécrose augmente)
- Lésion **unique accessible** chez un patient à maladie systémique contrôlée et **bon état fonctionnel (KPS ≥ 70)**
- Localisation en **fosse postérieure** avec compression du tronc, ou une métastase **hémorragique symptomatique**





Tolérance et Résultats Cliniques Après 75 Ans

L'**âge chronologique** seul **n'augmente pas la mortalité** spécifique liée à l'acte opératoire lorsque les candidats sont **rigoureusement sélectionnés**.
(**Proescholdt 2021**, Gubian 2023, Goldberg 2024)

La **chirurgie de cytoréduction** permet d'**améliorer ou de stabiliser le score fonctionnel préopératoire** (**KPS**) chez la majorité des sujets âgés
(Proescholdt 2021, Gubian 2023, **Lenga 2025**)

Une **résection tumorale complète sans résidu** à l'IRM précoce postopératoire **prolonge significativement la survie globale**
(médiane de 12 mois contre 5 mois en présence de résidu tumoral, p = 0,007)
(**Baumgart 2023**, Goldberg 2024, Nahed 2019)

L'**accès aux thérapies systémiques modernes** (immunothérapie et thérapies ciblées) est **facilité** par l'amélioration de l'**autonomie postopératoire**, ce qui **supprime le rôle péjoratif intrinsèque de l'âge**
(Proescholdt 2021, Baumgart 2023, Katsigiannis 2025)



brain sciences

MDPI

Article

Brain Metastases in Elderly Patients—The Role of Surgery in the Context of Systemic Treatment

Martin Proescholdt [1,2,*,†], Stephanie T. Jünger [3,†], Petra Schödel [1,2], Karl-Michael Schebesch [1,2], Christian Doenitz [1,2], Tobias Pukrop [2,4], Julius Höhne [1,2], Nils-Ole Schmidt [1,2], Martin Kocher [5], Holger Schulz [6], Maximilian Ruge [5], Kevin König [3], Roland Goldbrunner [3] and Stefan Grau [3]

Brain Sci. **2021**, *11*, 123. https://doi.org/10.3390/brainsci11010123 https://www.mdpi.com/journal/brainsci

frontiers | Frontiers in Oncology

TYPE Original Research
PUBLISHED 04 April 2023
DOI 10.3389/fonc.2023.1149628

Brain metastases in the elderly – Impact of residual tumor volume on overall survival

Lea Baumgart[1,2*], Amir Kaywan Aftahy[1], Aida Anetsberger[3,4], Dennis Thunstedt[5], Benedikt Wiestler[6], Denise Bernhardt[7,8], Stephanie E. Combs[7,9,8], Bernhard Meyer[1], Hanno S. Meyer[1,2] and Jens Gempt[1,2]

Neurosurgical Review (2025) 48:239
https://doi.org/10.1007/s10143-025-03338-y

RESEARCH

Neurosurgical management of brain metastases in the elderly: a prospective study on adverse event prevalence and predictors

Pavlina Lenga[1,2] · Moritz Scherer[1,2] · Helena Kleineidam[1,2] · Andreas Unterberg[1,2] · Sandro M. Krieg[1,2] · Philip Dao Trong[1,2]

Received: 3 September 2024 / Revised: 23 December 2024 / Accepted: 1 February 2025 / Published online: 15 February 2025
© The Author(s) 2025

Évaluation Gériatrique et Prise en Compte des Risques

L'**évaluation de la fragilité** clinique via des échelles validées, telles que **l'indice de fragilité modifié (mFI),** montre que les patients les plus fragiles (mFI ≥ 0,27) présentent une **survie considérablement réduite** après chirurgie (médiane de **3 mois contre 18 mois** chez les moins fragiles, p < 0,0001)
(**Heimann 2021**)

Les localisations en **fosse postérieure ou infratentorielles** sont associées à un **pronostic plus défavorable** et à une **plus forte morbi-mortalité postopératoire précoce**
(Katsigiannis 2025, Heimann 2021)

Chez les patients présentant une **dégradation fonctionnelle sévère** (KPS < 50-60) ou une **maladie systémique réfractaire**, les sociétés savantes recommandent d'**intégrer précocement des soins palliatifs exclusifs** afin d'**éviter des chirurgies futiles .**
(Vogelbaum 2021, Baumert 2021, Gondi 2022)

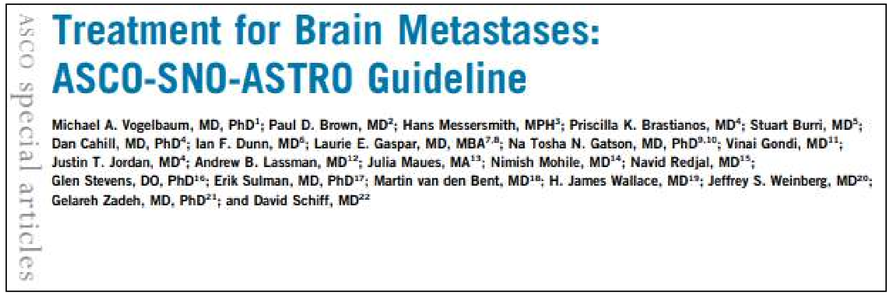
Pour les patients éligibles à la chirurgie, une **radiothérapie stéréotaxique néo-adjuvante ou postopératoire** de la **cavité de résection** doit être planifiée afin d'assurer un **contrôle local durable.**
(Vogelbaum 2021, Gondi 2022, Nahed 2019)


frontiers in Oncology

ORIGINAL RESEARCH
published: 26 July 2021
doi: 10.3389/fonc.2021.713965

Outcome of Elderly Patients With Surgically Treated Brain Metastases

Muriel Heimann[1*], Niklas Schäfer[2], Christian Bode[3], Valeri Borger[1], Lars Eichhorn[3], Frank A. Giordano[4], Erdem Güresir[1], Andreas H. Jacobs[5], Yon-Dschun Ko[6], Jennifer Landsberg[7], Felix Lehmann[3], Alexander Radbruch[8], Christina Schaub[2], Katjana S. Schwab[9], Johannes Weller[2], Ulrich Herrlinger[2], Hartmut Vatter[1], Patrick Schuss[1†] and Matthias Schneider[1†]


ASCO special articles

Treatment for Brain Metastases: ASCO-SNO-ASTRO Guideline

Michael A. Vogelbaum, MD, PhD[1]; Paul D. Brown, MD[2]; Hans Messersmith, MPH[3]; Priscilla K. Brastianos, MD[4]; Stuart Burri, MD[5]; Dan Cahill, MD, PhD[6]; Ian F. Dunn, MD[6]; Laurie E. Gaspar, MD, MBA[7,8]; Na Tosha N. Gatson, MD, PhD[9,10]; Vinai Gondi, MD[11]; Justin T. Jordan, MD[4]; Andrew B. Lassman, MD[12]; Julia Maues, MA[13]; Nimish Mohile, MD[14]; Navid Redjal, MD[15]; Glen Stevens, DO, PhD[16]; Erik Sulman, MD, PhD[17]; Martin van den Bent, MD[18]; H. James Wallace, MD[19]; Jeffrey S. Weinberg, MD[20]; Gelareh Zadeh, MD, PhD[21]; and David Schiff, MD[22]

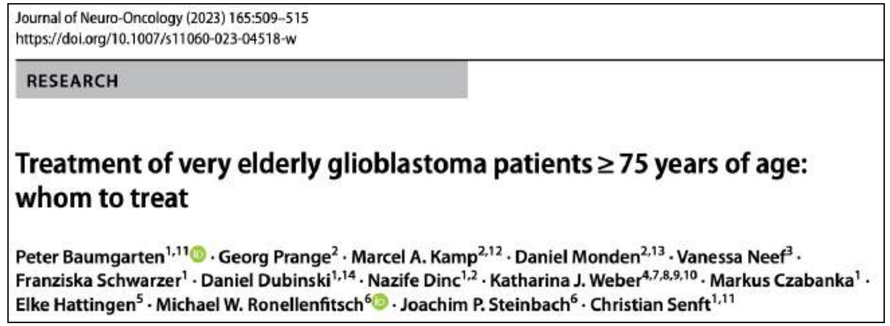
Clé de lecture n°6

Données de la littérature Glioblastome

Directives EANO et consensus neuro-oncologiques européens recommandent une **résection tumorale maximale sûre** lorsque la **balance fonctionnelle est favorable** (Baumgarten 2023, Zorman 2021, Zorman 2022)

Méta-analyse de 20 523 patients >75 ans : l'exérèse confère un **gain de survie globale de 6,13 mois** (HR 0,43, IC 95% 0,35–0,52) par rapport à la simple biopsie, **malgré** un **risque majoré de complications postopératoires relatives (RR 1,49)**
(Pichardo-Rojas 2024)

Résection complète associée à une survie prolongée, y compris au-delà de 80 ans
(Janković 2026)


Journal of Neuro-Oncology (2023) 165:509–515
https://doi.org/10.1007/s11060-023-04518-w

RESEARCH

Treatment of very elderly glioblastoma patients ≥ 75 years of age: whom to treat

Peter Baumgarten[1,11] · Georg Prange[2] · Marcel A. Kamp[2,12] · Daniel Monden[2,13] · Vanessa Neef[3] · Franziska Schwarzer[1] · Daniel Dubinski[1,14] · Nazife Dinc[1,2] · Katharina J. Weber[4,7,8,9,10] · Markus Czabanka[1] · Elke Hattingen[5] · Michael W. Ronellenfitsch[6] · Joachim P. Steinbach[6] · Christian Senft[1,11]

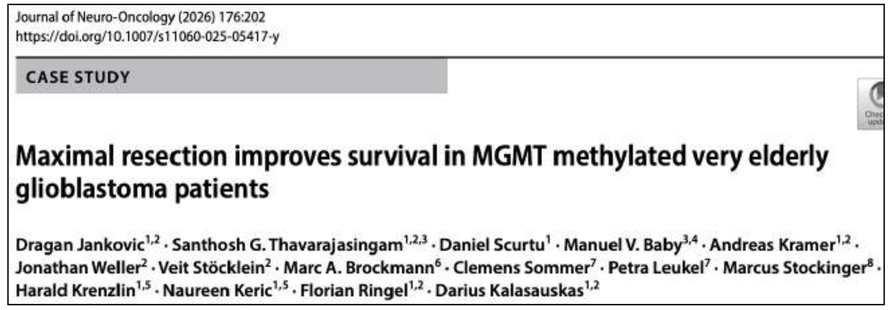

Neuro-Oncology Advances

4(1), 1–12, 2022 | https://doi.org/10.1093/noajnl/vdac007 | Advance Access date 28 January 2022

Surgical and oncological score to estimate the survival benefit of resection and chemoradiotherapy in elderly (≥70 years) glioblastoma patients: A preliminary analysis

Mark J. Zorman, Philip Webb, Mickaela Nixon, Sanskrithi Sravanam, Susan Honeyman, Meera Nandhabalan, Vasileios Apostolopoulos, Richard Stacey, Claire Hobbs, and Puneet Plaha

Department of Neurosurgery, Oxford University Hospital NHS Foundation Trust, John Radcliffe Hospital, Oxford, UK (M.J.Z., S.H., V.A., R.S., P.P.); Department of Clinical Neurosciences, University of Cambridge, Cambridge, UK (S.S.); Department of Oncology, Oxford University Hospitals NHS Foundation Trust, Churchill Hospital, Oxford, UK (P.W., M.Na., C.H.); Medical Sciences Division, University of Oxford, Oxford, UK (M.Ni.); Nuffield Department of Surgical Sciences, University of Oxford, UK (P.P.)


Journal of Neuro-Oncology (2026) 176:202
https://doi.org/10.1007/s11060-025-05417-y

CASE STUDY

Maximal resection improves survival in MGMT methylated very elderly glioblastoma patients

Dragan Jankovic[1,2] · Santhosh G. Thavarajasingam[1,2,3] · Daniel Scurtu[1] · Manuel V. Baby[3,4] · Andreas Kramer[1,2] · Jonathan Weller[2] · Veit Stöcklein[2] · Marc A. Brockmann[6] · Clemens Sommer[7] · Petra Leukel[7] · Marcus Stockinger[8] · Harald Krenzlin[1,5] · Naureen Keric[1,5] · Florian Ringel[1,2] · Darius Kalasauskas[1,2]

Essai prospectif randomisé français de l'ANOCEF chez des **patients de 70 ans et plus**
Absence de gain significatif démontré en **survie globale** (9,37 contre 8,96 mois, HR 0,79, p = 0,28)
Amélioration de la **survie sans progression** (HR 0,50, IC 95% 0,32–0,78)
Meilleure préservation de **l'autonomie** et de la **qualité de vie** - **sans surmortalité périopératoire**
(Laigle-Donadey 2022)

JNS
CLINICAL ARTICLE
J Neurosurg 138:1199–1205, 2023

Surgery for glioblastomas in the elderly: an Association des Neuro-oncologues d'Expression Française (ANOCEF) trial

Florence Laigle-Donadey, MD,[1] Philippe Metellus, MD, PhD,[2] Jacques Guyotat, MD, PhD,[3] Philippe Menei, MD, PhD,[4] François Proust, MD, PhD,[5] Henry Dufour, MD, PhD,[6] Olivier Chinot, MD,[7] Jérôme Honnorat, MD, PhD,[8,9] Thierry Faillot, MD, MSc,[10] Philippe Paquis, MD,[11] Philippe Peruzzi, MD, PhD,[12] Evelyne Emery, MD, PhD,[13] Jean-Sébastien Guillamo, MD, PhD,[14] Alexandre Carpentier, MD, PhD,[15] Michel Wager, MD, PhD,[16] Said Lebbah, MD,[17] David Hajage, MD, PhD,[18,19] Jean-Yves Delattre, MD,[1] and Philippe Cornu, MD, PhD,[15] on behalf of ANOCEF-IGCNO

La complication postopératoire peut **annuler** une partie du **bénéfice attendu**.
Chez les patients très âgés :
associée à une forte dégradation pronostique, elle compromet souvent l'accès à la radiothérapie ou au témozolomide
(Karsy 2018, Voisin 2021, Eibl 2025)

> La décision chirurgicale doit donc intégrer :
KPS, fragilité, localisation tumorale, faisabilité d'une résection sûre, probabilité de traitement adjuvant… et choix du patient.

Place de la Biopsie et Facteurs Pronostiques

Patients **fragiles** ou présentant un index de performance de **Karnofsky (KPS) bas** :
Biopsie stéréotaxique = alternative standard
Diagnostic moléculaire minimal nécessaire à l'**orientation adjuvante**
(Mazarakis 2024, Ahmadipour 2020)
Guide la radiothérapie hypofractionnée et la chimiothérapie par témozolomide
-> en particulier en cas de méthylation du promoteur MGMT
(Baumgarten 2023, Janković 2026, Eid 2026)

Evaluation préopératoire de la **fragilité clinique** et des **comorbidités** :
Prédit plus fidèlement l'**évolution fonctionnelle** que l'âge chronologique seul
(Klingenschmid 2022, Niare 2021, Heiland 2018)

Résection suboptimale chez les plus de 75 ans :
Associée à un **risque accru** de **déclin** postopératoire du **KPS**
Privilégier la biopsie si l'exérèse ne peut être substantielle.
(Ahmadipour 2020)

Clinical and Translational Radiation Oncology 46 (2024) 100761

Contents lists available at ScienceDirect

Clinical and Translational Radiation Oncology

journal homepage: www.sciencedirect.com/journal/clinical-and-translational-radiation-oncology

Management of glioblastoma in elderly patients: A review of the literature

Nektarios K. Mazarakis [a,b,*], Stephen D. Robinson [a,c], Priyank Sinha [d], Christos Koutsarnakis [e], Spyridon Komaitis [e], George Stranjalis [e], Susan C. Short [f], Paul Chumas [b], Georgios Giamas [c,*]

[a] Royal Sussex County Hospital, University Hospitals Sussex NHS Foundation Trust, Eastern Rd, Brighton BN2 5BE, UK
[b] School of Medicine RCSI, Royal College of Surgeons in Ireland, 123 St. Stephen's Green, Dublin 2, Ireland
[c] Department of Biochemistry and Biomedicine, School of Life Sciences, University of Sussex, Brighton BN1 9QG, UK
[d] Department of Neurosurgery, Leeds General Infirmary, Great George Street, LS1 3EX, UK
[e] Department of Neurosurgery, Evaggelismos Hospital, Ipsilantou 45-47, Athens, Greece
[f] Leeds Institute of Medical Research at St James's Wellcome Trust Brenner Building St James's University Hospital Leeds, LS9 7TF, UK

frontiers | Frontiers in Oncology

ORIGINAL RESEARCH
published: 26 May 2022
doi: 10.3389/fonc.2022.900382

Surgical Management of Malignant Glioma in the Elderly

Julia Klingenschmid, Aleksandrs Krigers, Johannes Kerschbaumer, Claudius Thomé, Daniel Pinggera* and Christian F. Freyschlag

Department of Neurosurgery, Medical University Innsbruck, Innsbruck, Austria

Journal of Neuro-Oncology (2026) 176:202
https://doi.org/10.1007/s11060-025-05417-y

CASE STUDY

Maximal resection improves survival in MGMT methylated very elderly glioblastoma patients

Dragan Jankovic[1,2] · Santhosh G. Thavarajasingam[1,2,3] · Daniel Scurtu[1] · Manuel V. Baby[3,4] · Andreas Kramer[1,2] · Jonathan Weller[2] · Veit Stöcklein[2] · Marc A. Brockmann[6] · Clemens Sommer[7] · Petra Leukel[7] · Marcus Stockinger[8] · Harald Krenzlin[1,5] · Naureen Keric[1,5] · Florian Ringel[1,2] · Darius Kalasauskas[1,2]

Évaluation de la capacité décisionnelle dans le Glioblastome
Consentement éclairé altéré

> **50 % des patients** atteints de **gliomes malins** :
Altération de leur capacité décisionnelle médicale (compréhension, raisonnement)
(Triebel 2009, **Hewins 2019**, Gerstenecker 2019)

Cliniciens : **sous-estiment** l'incapacité décisionnelle
lors des **évaluations cliniques informelles** habituelles
(Occhiogrosso 2020, Kerrigan 2012, Kerrigan 2014)

Déficits de mémoire verbale et de **fluidité verbale**
= principaux facteurs **prédictifs** d'une **perte de capacité** de **consentement**
(Triebel 2009, Hewins 2019, **Gerstenecker 2015**)

Pathologie incurable, irréversibilité de l'atteinte fonctionnelle (après corticothérapie), consentement altéré => problématique éthique.

74% refuseraient un traitement qui les laisserait **en vie** mais **sévèrement dépendant**
89% refuseraient un traitement qui occasionnerait un **déclin cognitif sévère**
(226 patients de 60 ans et plus, à espérance de vie limitée (Fried, NEJM 2002)

Current Oncology Reports (2019) 21: 55
https://doi.org/10.1007/s11912-019-0793-3

NEURO-ONCOLOGY (Y UMEMURA, SECTION EDITOR)

The Effects of Brain Tumours upon Medical Decision-Making Capacity

Will Hewins[1,2] · Karolis Zienius[1] · James L. Rogers[3] · Simon Kerrigan[4] · Mark Bernstein[5] · Robin Grant[1]

HHS Public Access
Author manuscript
Cancer. Author manuscript; available in PMC 2016 June 15.

Published in final edited form as:
Cancer. 2015 June 15; 121(12): 2013–2019. doi:10.1002/cncr.29326.

Cognitive Predictors of Understanding Treatment Decisions in Patients with Newly Diagnosed Brain Metastases

Adam Gerstenecker, PhD[1], **Karen Meneses, PhD**[2,4], **Kevin Duff, PhD**[3], **John B. Fiveash, MD**[2,5], **Daniel C. Marson, JD, PhD**[1], and **Kristen L. Triebel, PsyD**[1,2]

[1]Department of Neurology, Division of Neuropsychology, UAB, Birmingham, AL

[2]Comprehensive Cancer Center, UAB, Birmingham, AL

[3]Department of Neurology, University of Utah, Salt Lake City, UT

[4]School of Nursing, UAB, Birmingham, AL

[5]Department of Radiation Oncology, UAB, Birmingham, AL

Conclusions

Le problème principal est-il **l'effet de masse**, le **diagnostic** ou **le contrôle tumoral à long terme** ?
Le patient peut-il **tolérer** l'intervention et **récupérer** son niveau fonctionnel antérieur ?
Une **option moins invasive** offre-t-elle **un bénéfice comparable** ?
Le **résultat modifiera-t-il réellement le traitement** et correspond-il aux **objectifs du patient** ?

UCOG PL
Unité de Coordination OncoGériatrique des Pays de la Loire

onco Pays de la Loire