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



MARDI 13 OCTOBRE 2026

Espace Beaulieu
NANTES

Prise en charge par chirurgie et radiothérapie des tumeurs cérébrales primitives et secondaires

François THILLAYS, ICO

Mardi 13 octobre 2026, Nantes



Epidémiologie : les tumeurs cérébrale vieillissent

~50%

des tumeurs cérébrales surviennent > 65 ans

x 3-4

incidence des métastases cérébrales après 65 ans vs < 50 ans

> 70 ans

âge médian au diagnostic du glioblastome

- Les **métastases cérébrales** sont les tumeurs cérébrales les plus fréquentes (10-30% des cancers)
- Le **méningiome** est la tumeur intracrânienne primitive la plus fréquente (30-35%), avec un pic d'incidence après 65 ans
- Le glioblastome (grade IV) représente ~50% des gliomes ; l'âge médian au diagnostic est > 70 ans
- L'incidence croissante reflète le vieillissement démographique, l'amélioration de la survie des cancers primitifs et le recours accru à l'imagerie cérébrale

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



Enjeux spécifiques du sujet âgé

au-delà de l'âge chronologique: un risque cumulé

Comorbidités

HTA, DNID, cardiopathie
Intolérance médicale modifiant la tolérance au traitements

Polymédication

Interactions médicamenteuses, risque de chute, anticoagulants/antiagrégants

Fragilité

Syndrome biologique de fragilité, sarcopénie, dénutrition, mobilité réduite

Déclin cognitif

Troubles cognitifs (MCI, démence) interférant avec l'observance et l'autonomie

Statut fonctionnel

Perte d'autonomie ADL/IADL, risque de dépendance post-traitement

Contexte fonctionnel

Isolement, aidants âgés, accès aux soins, logistique des transports

UCOG PL
Unité de Coordination OncoGériatrique des Pays de la Loire

ONCO Pays de la Loire
DISPOSITIF SPÉCIFIQUE RÉGIONAL DU CANCER

Mardi 13 octobre 2026, Nantes

Age chronologique vs âge physiologique

- Limites de l’âge et du PS

- L'ECOG et le KPS peuvent sous-estimer la fragilité
- L'âge chronologique ne reflète pas l'âge physiologique
- Les essais cliniques excluent souvent les patients > 70 ans
- La survie et la tolérance varient considérablement entre patients de même âge

- L’évaluation gérontologique standardisée

✓ Détecte la fragilité non visible à l'examen standard

✓ Évalue : autonomie, comorbidités, polymédication, état nutritionnel, cognition, état thymique, soutien social

✓ Permet d'adapter le traitement aux objectifs et préférences du patient

✓ Outils de dépistage rapides (G8, VES-13) en première intention

✓ EGS complète si dépistage anormal

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



Métastases cérébrales

la tumeur cérébrale la + fréquente chez le sujet agé

Incidence

10-30% des patients atteints de cancer développeront des métastases cérébrales.
Incidence croissante avec l'âge et l'amélioration de la survie des cancers primitifs.

Cancers primitifs fréquents

Poumon (40-50%), sein (15-25%), mélanome (5-10%), rein, côlon.
Chez le sujet âgé : prédominance pulmonaire.

pronostic

Survie médiane sans traitement : 1-2 mois.
Avec traitement adapté : 4-30 mois selon le pronostic moléculaire et le contrôle de la maladie systémique.

Facteurs pronostiques

KPS/ECOG, âge, nombre de métastases, statut extracrânien,
type histologique,
statut moléculaire (EGFR, ALK, HER2, BRAF, PDL1).

UCOG PL
Unité de Coordination OncoGériatrique des Pays de la Loire

ONCO Pays de la Loire
DISPOSITIF SPÉCIFIQUE RÉGIONAL DU CANCER

Mardi 13 octobre 2026, Nantes

Outils pronostiques: DS-GPA

Graded Pronostic Assement pour stratifier la décision

- GPA Index (https://brainmetgpa.com)



Outils pronostiques: DS-GPA

ed Pronostic Assement pour stratifier la décision

Start over | **GPA Index** | Home

The estimated MST (median survival time) from the time of initial treatment of the brain metastases is:

30 months
25th-75th percentile range: **12 - NR months**

Based on the following selected factors:

Diagnosis:	Lung Cancer Adenocarcinoma	
Age:	≥ 70 years	**0**
KPS:	80	**0.5**
Extra-cranial met.:	No	**1**
Number of met.:	1 - 4	**0.5**
Gene status:	EGFR or ALK positive	**0.5**
PDL1	Positive	**0.5**
	Total GPA:	**3**

Survie médiane par GPA

GPA 0 - 1 → 3,9 mois

GPA 1,5 - 2 → 2,3 mois

GPA 2,5 - 3 → 6,8 mois

GPA 3,5 - 4 → 11,3 mois

A retenir

Le GPA aide à stratifier les patients pour guider l'intensité thérapeutique

A intégrer avec l'EGS pour une décision personnalisée chez le sujet âgé

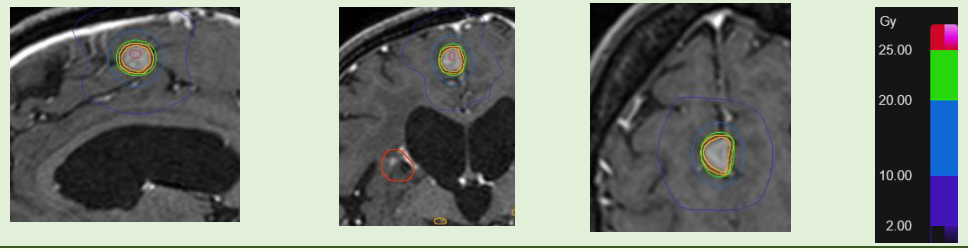
A réévaluer à chaque étape (diagnostic, réponse, rechute)

Irradiation en conditions stéréotaxiques (SRS) versus irradiation de l'encéphale en totalité (IET)

SRS

Radiothérapie en conditions stéréotaxiques

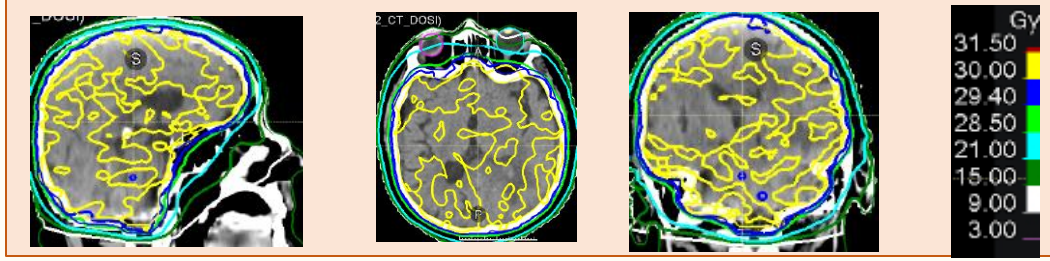
- Ttt de ref pour 1-4 lésions (mais techniquement possible jusqu'à 10)
- Préservation cognitive SRS >> IET
- Ciblage focal : impact minime sur la réserve cognitive déjà réduite
- Reproductible sur les nvelles lésions



IET

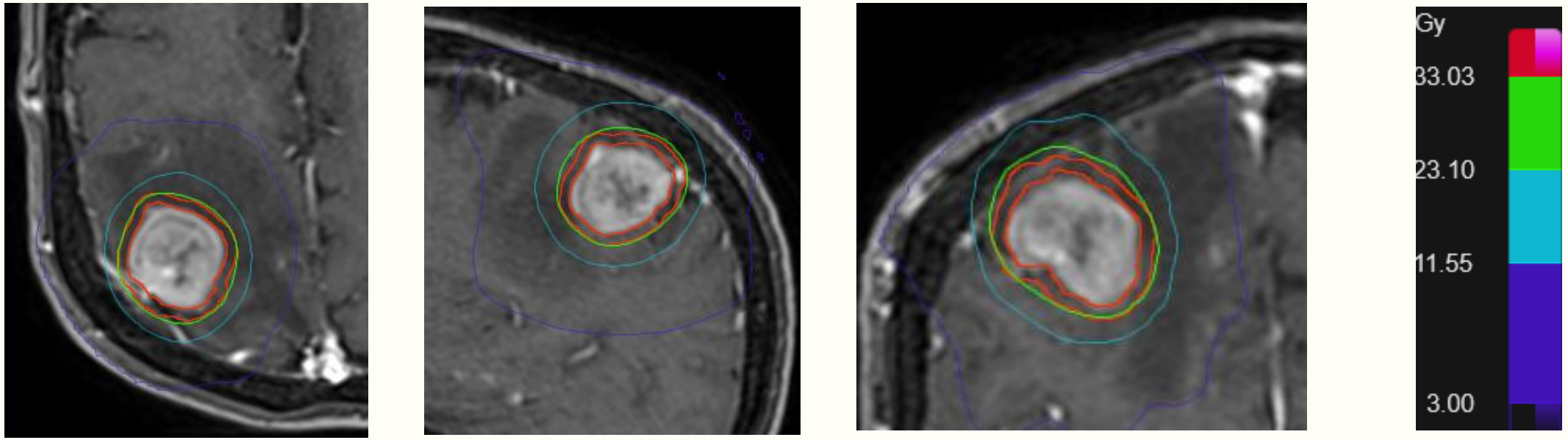
Irradiation de l'encéphale en totalité

- Réservée à la charge lésionnelle diffuse ou échec de la SRS
- Toxicité cognitive proportionnellement plus délétère chez le sujet âgé
- Nécessite systématiquement une stratégie de préservation cognitive



Radiothérapie en conditions stéréotaxiques :

alternative de choix



Tolérance : souvent très bonne.

Risque radiotoxique : radionécrose symptomatique (≈8%)

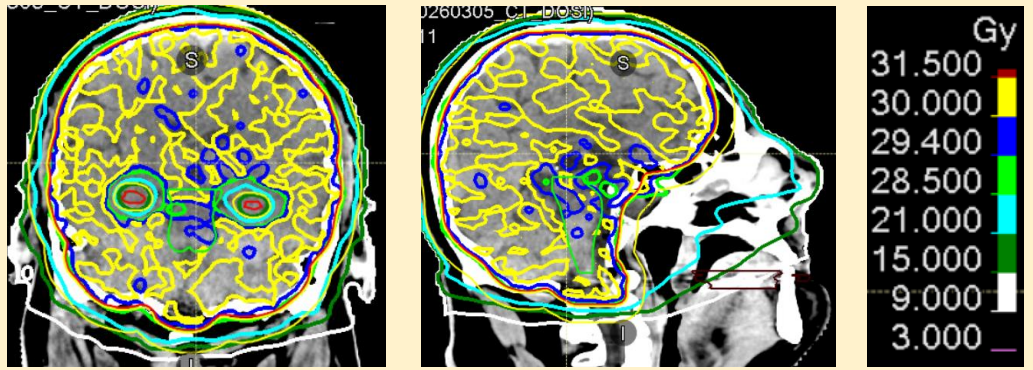
Quand l'IET est nécessaire :
protéger la cognition

Stratégie standard

- Épargne hippocampique systématique (référence NRG CC001)
- Réduction démontrée du déclin mnésique sans perte de contrôle intracrânien
- Impératif technique : dosimétrie et contourage rigoureux de l'hippocampe
- Toxicité : asthénie ++; alopécie complète,
- One shot! Et risque de récidive locale >> SRS

IET avec protection hippocampique

- A privilégier chez le sujet âgé
- Contre indication : M+ dans les hippocampes et/ou une méningite K



Pronostic très limité: ne pas sur-traiter

- Essai QUARZ
  - Cancer bronchique, pronostic défavorable, PS souvent altéré
  - IET + corticothérapie vs corticothérapie seule
  - Aucun bénéfice significatif en survie globale ni en qualité de vie
  - Argument fort pour des soins de support seuls chez les PS dégradés

PS ↘
+
Espérance de vie diminuée

→ *Discuter l'abstention de l'IET*



Métastases cérébrales

Évaluation initiale

Imagerie IRM
GPA / DS-GPA
EGS (G8/VES-13)

Métastase unique
1-4 métastases

≤ 3 cm chacune
KPS ≥ 60

1-4 métastases

≤ 3 cm chacune
KPS ≥ 60

Chirurgie + SRS cavité
Ou SRS néoadjuvante puis chirurgie

Si accessible, effet de masse, besoin histologique

SRS seule

Alternative à la chirurgie si inaccessibilité ou patient non opérable

SRS multiple

Si 2-4 lésions < 3 cm, contrôle local équivalent

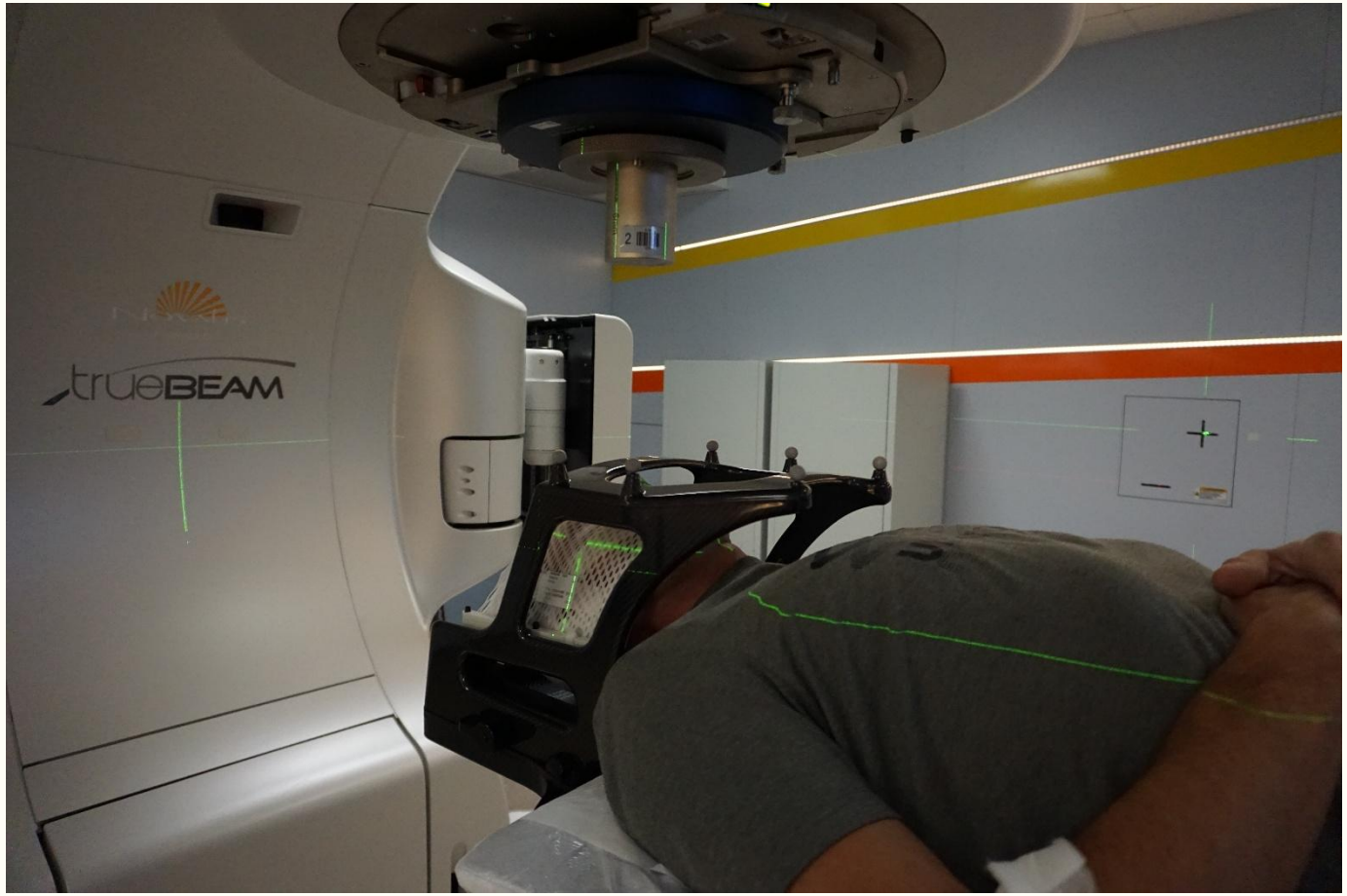
Si KPS < 60, > 4 métastases, ou maladie systémique non contrôlée

→ IET avec préservation hippocampique, ou soins de support seuls selon EGS et préférences

radiothérapie



radiothérapie



radiothérapie





Méningiomes

particularités chez le sujet âgé

Pic d'incidence

Après 65 ans. 30-35% des tumeurs intracrâniennes primitives. Sex-ratio F/H ~2:1.

Découverte fortuite

Nombreuses lésions asymptomatiques détectées par imagerie pour autre motif. Attribution des symptômes au méningiome souvent difficile.

Croissance lente

La plupart des méningiomes asymptomatiques < 3 cm n'évolueront pas ou peu pendant la durée de vie restante du patient âgé.
Watch-and-wait privilégié si lésion asymptomatique et stable en imagerie
SRS en 1ère intention si croissance ou lésion symptomatique non opérable
Évite la morbidité d'une craniotomie chez un patient fragile

Facteurs de risque radiologique

Taille > 3-4 cm, œdème périlésionnel, hyperintensité T2, absence de calcifications : croissance plus probable.

Surveillance vs traitement : la décision gérontologique

« Wait and scan » comme option de premier choix

Surveillance radiologique

✓ Recommandée pour les lésions asymptomatiques, surtout chez le sujet âgé

✓ IRM T1 post-contraste annuelle pendant 5 ans, puis espacer les intervalles

✓ Chez le très âgé (> 80 ans) : lésions petites à faible risque de croissance, la surveillance peut suffire à vie

✓ Facteurs de faible risque : taille ≤ 3-4 cm, calcifications, sexe féminin, T2 hypo, pas d'œdème

✓ Évaluer le rapport croissance/volume vs espérance de vie

Découverte fortuite

↓

Surveillance IRM

↓

Croissante/symptôme : SRS

Traitement actif

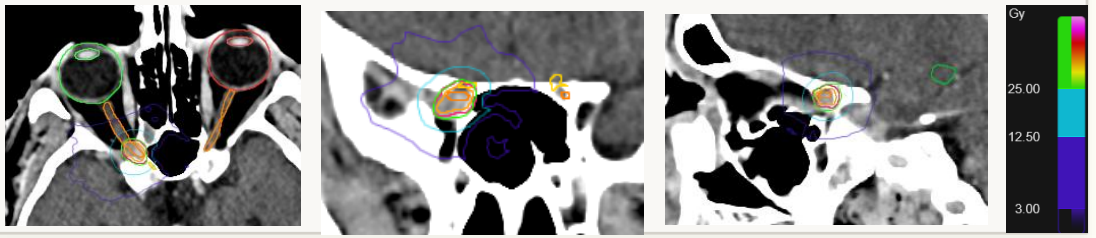
→ Lésion symptomatique : effet de masse, déficit neurologique, épilepsie

→ Croissance radiologique documentée (taux de croissance relatif)

→ Lésion volumineuse (> 3-4 cm) ou à risque de compression

→ Suspicion de grade II/III (atypique/anaplasique)

→ Modalités : chirurgie ou radiochirurgie/radiothérapie



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



Médicaments à haut impact gériatrique

Iatrogénie et interactions à surveiller

Corticoïdes

Dexaméthasone : œdème cérébral.
Risques : hyperglycémie, myopathie, confusion, insomnie, ostéoporose, infection.
Décroissance progressive dès le contrôle symptomatique.

Antiépileptiques

Préférence lévétiracétam (moins d'interactions).
Surveillance troubles cognitifs et humeur.

Anticoagulants/Antiagrégants

Risque hémorragique cérébral périopératoire et sous RT.
Évaluer bénéfice-risque thromboembolique vs hémorragique.
Relais préopératoire.

Psychotropes

Benzodiazépines : risque de chute et confusion.
Antidépresseurs : interactions avec antiépileptiques.
Préférer les molécules à demi-vie courte.

Traitements systémiques

Interactions thérapies ciblées.
Surveillance hématologique et hépatique.
Adapter posologie à la fonction rénale.

Polymédication

Réviser régulièrement le traitement.
Dé prescrire les médicaments à risque.
Évaluer interactions avec list PIM (STOPP/START).

UCOG PL
Unité de Coordination OncoGériatrique des Pays de la Loire

ONCO Pays de la Loire
DISPOSITIF SPÉCIFIQUE RÉGIONAL DU CANCER

Mardi 13 octobre 2026, Nantes

Message de synthèse

1. La trajectoire globale (maladie systémique + PS + cognition) prime sur l'âge isolé
2. Les techniques modernes (SRS, épargne hippocampique, hypofractionnement) permettent de traiter efficacement sans sacrifier la qualité de vie
3. Ne pas sous-traiter par excès de prudence lié au seul chiffre de l'âge