



POPULATIONS SPÉCIALES : LE TRAITEMENT SYSTÉMIQUE CHEZ LES SUJETS ÂGÉS AYANT UN CBNPC



Elisabeth Quiox
GOLF Lyon Septembre 2016

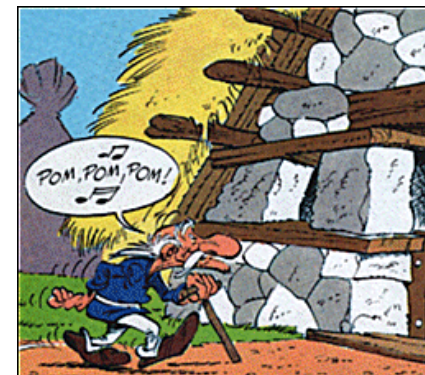
Liens d'intérêt



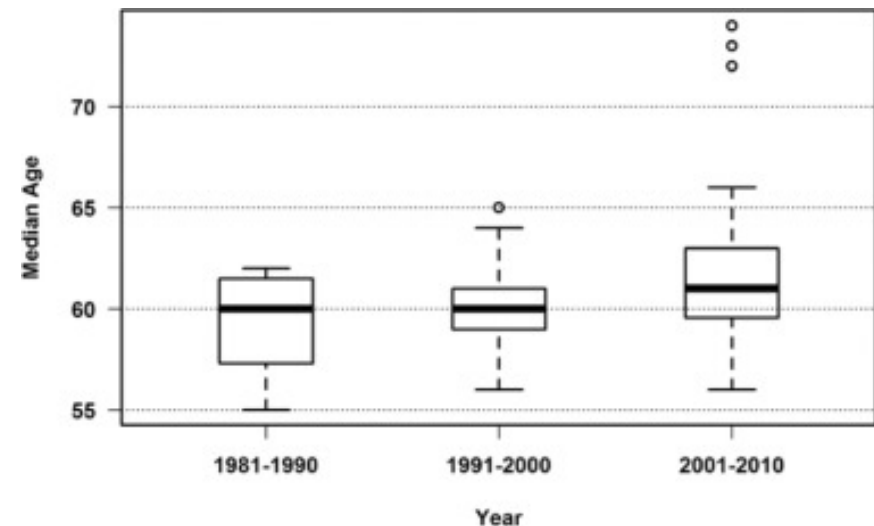
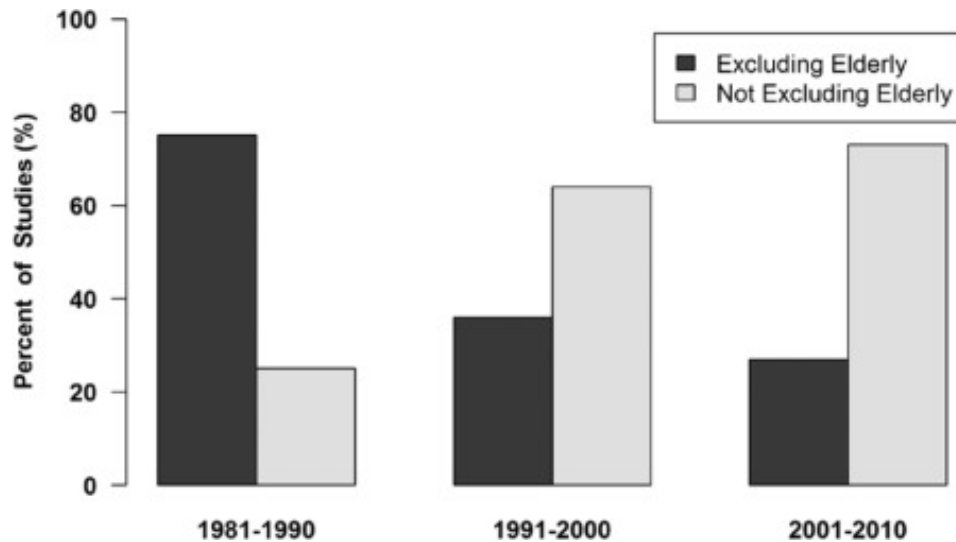
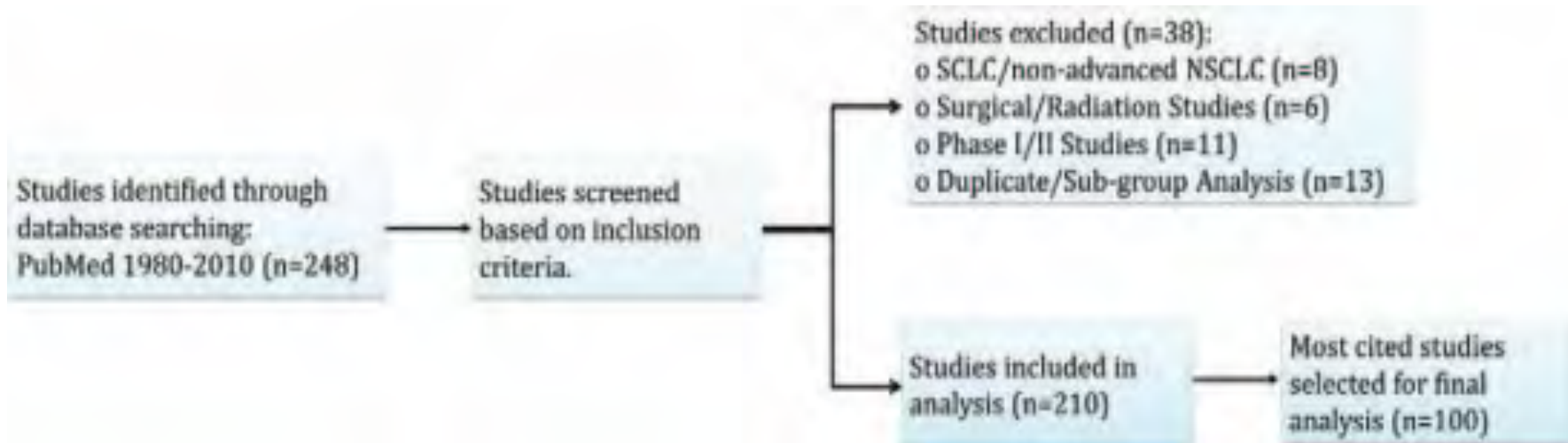
- Invitations à des congrès: Amgen, Boehringer Ingelheim, BMS, MSD, Mundipharma
- Advisory boards : Abbvie, Boehringer Ingelheim, Clovis,
- Conférencière ou modératrice dans des symposiums Boehringer Ingelheim, BMS, Pfizer
- Investigatrice principale : ARIAD, ASTRA ZENECA, BMS, Clovis, Transgene, GSK, MSD, Roche

Age et cancer bronchique primitif

- Conjonction de deux phénomènes :
 - ▣ Augmentation de l'espérance de vie
 - ▣ Augmentation de l'incidence des cancers avec l'âge
- Age médian ~ 65-70 ans
- Au moins 1/3 ont plus de 70 ans en France
 - ▣ Ces données d'âge dépendent de la prise en considération d'un diagnostic uniquement clinique ou histologique
 - ▣ Dépendent aussi des politiques de santé des différents pays
- Définition d'une personne âgée?
 - ▣ > 65? >70? >75?



Elderly Patients with Advanced NSCLC in Phase III Clinical Trials: Are the Elderly Excluded from Practice-Changing Trials in Advanced NSCLC?



Pourquoi cette faible participation aux essais cliniques ?

▣ Raisons médicales

- Crainte des toxicités en raison des comorbidités et polymédications
- Critères d'inclusion et de non-inclusion trop restrictifs
- Difficulté à accéder aux institutions spécialisées
- Attitude des médecins

▣ Biais personnels ou familiaux

- Facteurs éducatifs
- Représentation personnelle du médecin « qui sait »
- Nihilisme
- Fausse croyance en une évolution plus indolente de la maladie

% pts âgés ≥ 65 ans recevant une CT :
20.4% en 1997
27.8% en 2002
Davidoff A J et al. JCO 2010;28:2191-7

Plus mauvais
pronostic

Les attentes des patients âgés ayant un CBNPC

- Les patients âgés souhaitent en majorité être impliqués dans la décision de traitement
- Plus de la moitié considèrent l'augmentation de la survie comme le premier objectif même si l'âge, la fragilité, la dépression et un mauvais PS affectent l'attitude devant la chimiothérapie
- En présence de symptômes modérés, ils privilégient l'augmentation de la PFS mais pas si les symptômes sont sévères

Espérance de vie à 75 ans

- Pour une femme:
 - ▣ De 6,8 ans (25^{ème} percentile le plus bas)
 - ▣ A 17 ans (25^{ème} percentile le plus haut)
- Pour un homme:
 - ▣ De 4,9 ans (25^{ème} percentile le plus bas)
 - ▣ A 14,2 ans (25^{ème} percentile le plus haut)
- Ces variations reflètent bien les différences dans la santé, les comorbidités et la génétique
- Il est certain que les patients ayant l'espérance de vie la plus longue sont ceux qui pourront bénéficier d'un traitement optimal, ce qui ne doit pas empêcher les autres d'avoir un traitement adapté

Modifications biologiques liées à l'âge

- Augmentation de la masse grasseuse
- Diminution de l'eau corporelle
- Diminution des fonctions rénales, hépatiques et hématopoiétiques
- Modifications gastro-intestinales
- Comorbidités, polymédication
- **Conséquences pharmacodynamiques en particulier pour les drogues nécessitant une conversion en métabolites actifs**
- **Augmentation de la toxicité de la chimiothérapie**

Chimiothérapie adjuvante (étude de population)

- Augmentation significative chez les personnes âgées (de 3,3% entre 2001 et 2003 à 16.2% de 2004 à 2006).
- Cependant, la probabilité de recevoir de la CT décline avec l'âge : 42.7% si âge < 70 ans, 23,1% de 70 à 74 ans, 13.3%, de 75 à 79 ans et 4.6% à partir de 80 ans.
- Les patients âgés ayant eu un court séjour hospitalier post-opératoire ont eu plus fréquemment un traitement adjuvant
- En analyse multivariée, l'origine géographique, le stade (stade II et III) et l'âge sont très associés au fait de recevoir ou pas une CT adjuvante.

Overall survival of patients with surgically resected non-small-cell lung cancer in Ontario between 2001 to 2003 and 2004 to 2006 by age group.

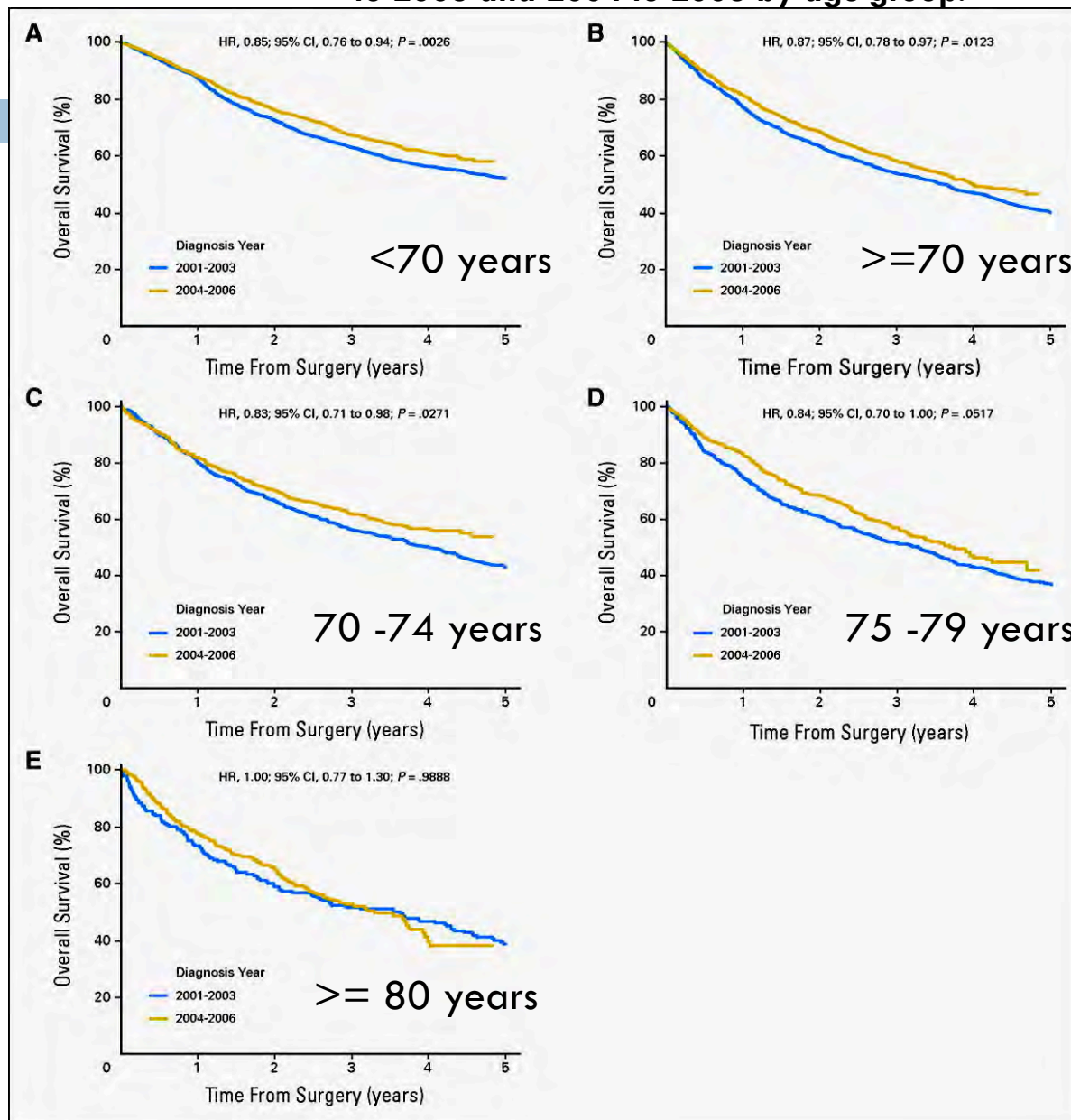


Table 1. Overview of the Adjuvant Cisplatin-Based Chemotherapy Trials

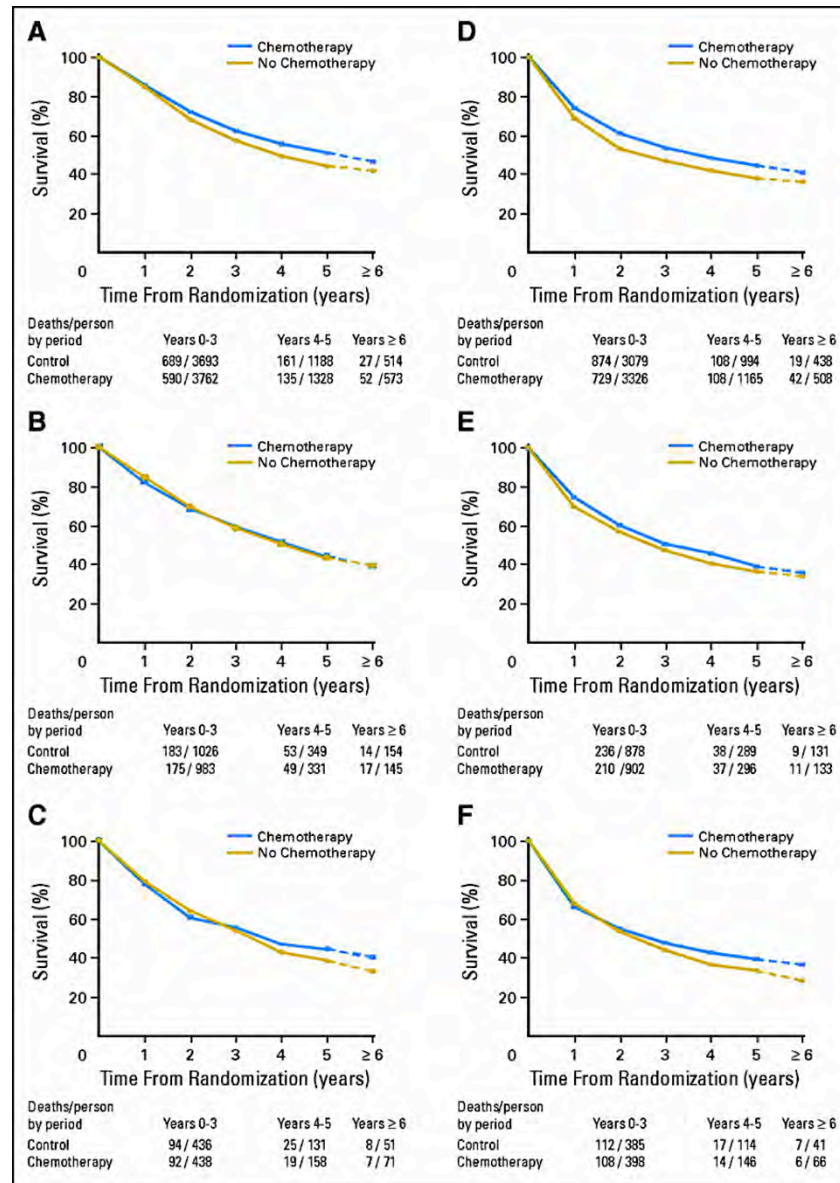
Characteristic	ALPI	ANITA	BLT	IALT	JBR.10
Dates of recruitment	01/94-01/99	10/94-12/00	11/95-11/01	02/95-01/01	01/94-04/01
No. of patients	1,101*	840	307†	1,867	482
Eligibility					
Stage	I-III A	IB-III A	I-III	I-III	IB-II
Upper age limit	None	75	None	75	None
Performance status‡	NA	0-2	0-2	0-2	0, 1
Postoperative radiotherapy	Optional	Optional	Optional	Optional	None
Total cisplatin dose planned, mg/m ²	300	400	240 or 150	300, 320, 360, or 400	400
Plus vinorelbine	No	Yes	Yes	Yes	Yes
Plus other agents	Yes	No	Yes	Yes	No
No. of cycles planned	3	4	3	3 or 4	4
Hazard ratio§	0.95	0.8	1.02	0.86	0.69
P§	.59	.02	.9	< .03	.04
Difference at 5 years, %§	None	8.6	None	4.1	15
Median follow-up, years§	5.4	6.3	NA	5	5.1

Parmi les 4584 patients, 3269 (71%) avaient moins de 65 ans, 901 (20%) avaient entre 65 et 70 ans et 414 (9%) avaient plus de 70 ans.

Les patients jeunes étaient plus fréquemment des femmes (21% des moins de 65 ans, 14% des 65-69 ans et 19% des 70 ans et plus), avaient un meilleur PS, ont plus souvent eu une pneumonectomie (32% vs 26% vs 18%). Le type histologique était plus fréquemment un adénocarcinome (42% vs 35% vs 32%).

(A,B,C) Survie globale et (D,E,F) survie sans événement par traitement et par groupe d'âge

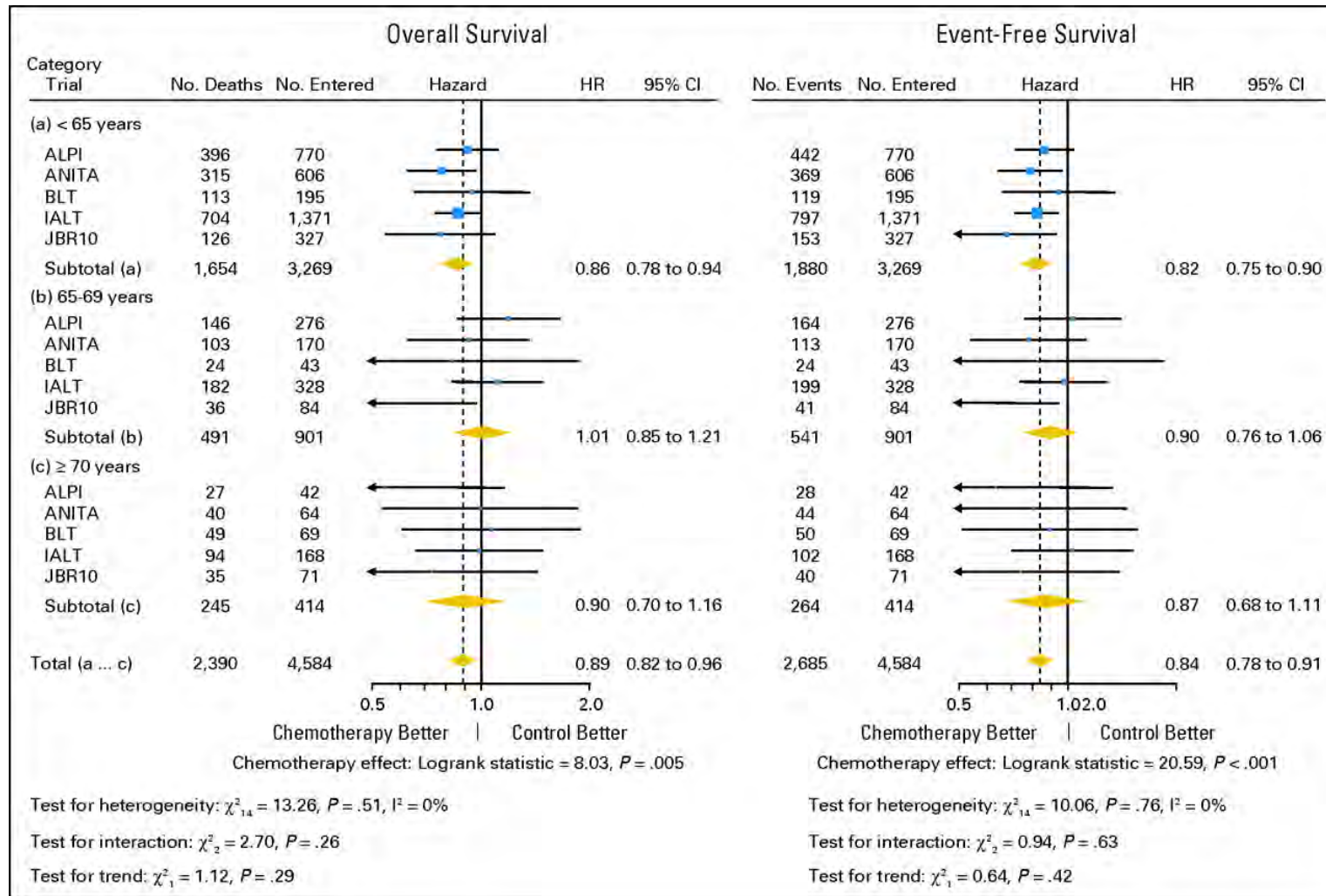
< 65 ans



65-69 ans

> 70 ans

Forest plot showing the hazard ratio for survival comparing adjuvant chemotherapy with observation by age group and by trial.



Martin Früh et al. JCO 2008;26:3573-3581

Les formes localement avancées



- Représentent
 - ▣ 25 à 30% de l'ensemble des cancers bronchiques non à petites cellules
- Quelques études avec analyse en sous-groupe des personnes âgées
- Pratiquement pas d'études dédiées aux personnes âgées

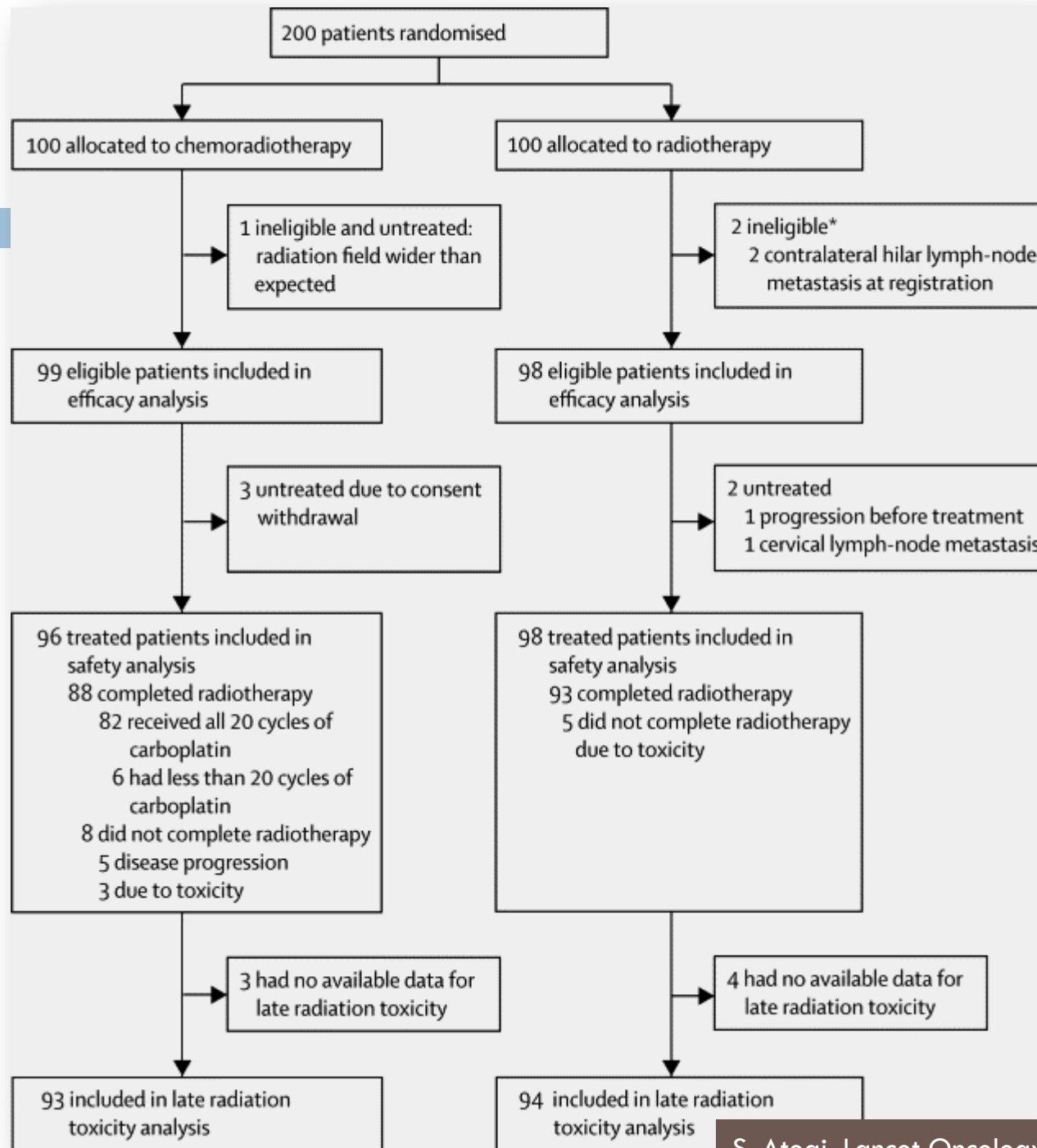


Schéma de traitement

RT arm

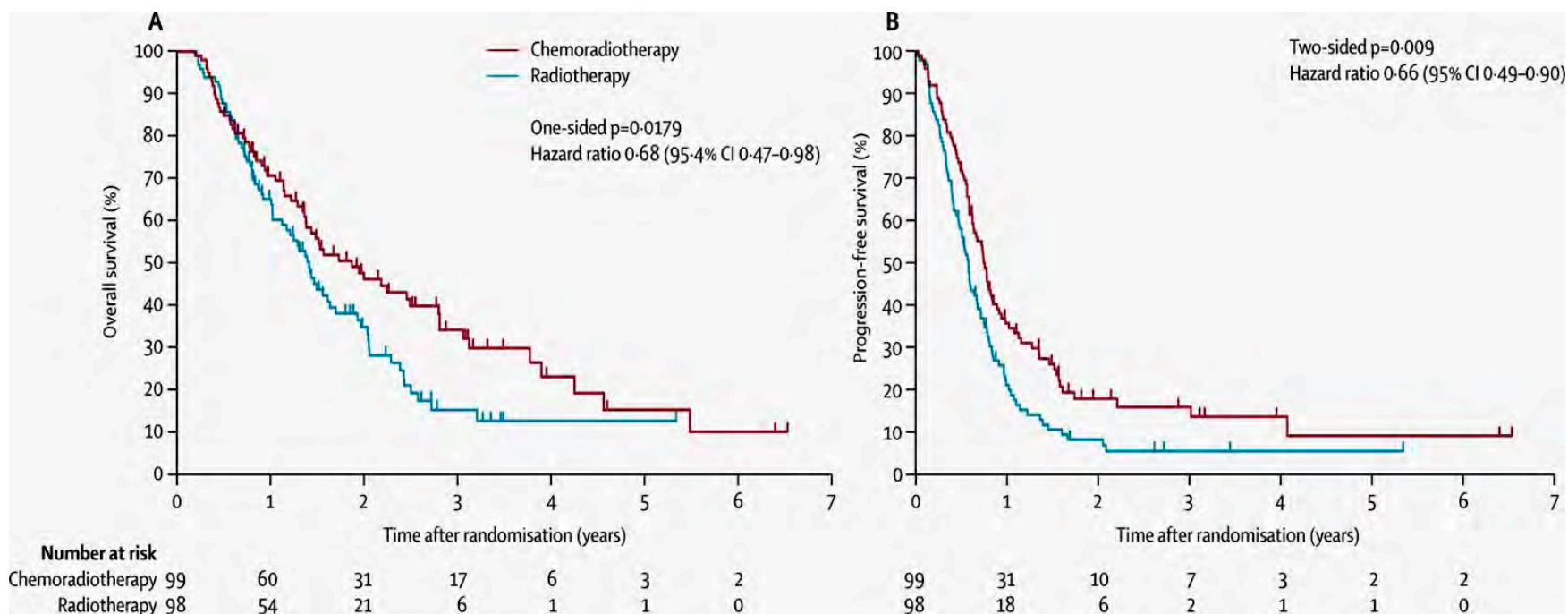
Day	1	8	15	22	29	36
TRT	↑ ↑ ↑ ↑ ↑	↑ ↑ ↑ ↑ ↑	↑ ↑ ↑ ↑ ↑	↑ ↑ ↑ ↑ ↑	↑ ↑ ↑ ↑ ↑	↑ ↑ ↑ ↑ ↑
	(2Gy/day)					

CRT arm

Day	1	8	15	22	29	36
TRT	↑ ↑ ↑ ↑ ↑	↑ ↑ ↑ ↑ ↑	↑ ↑ ↑ ↑ ↑	↑ ↑ ↑ ↑ ↑	↑ ↑ ↑ ↑ ↑	↑ ↑ ↑ ↑ ↑
	(2Gy/day)					
CBDCA	○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○		
	(30mg/m ²)					

RT, radiotherapy; CRT, chemotherapy; TRT, thoracic radiotherapy; CBDCA, carboplatin.

Analyse selon Kaplan-Meier : survie globale (A) et PFS (B)

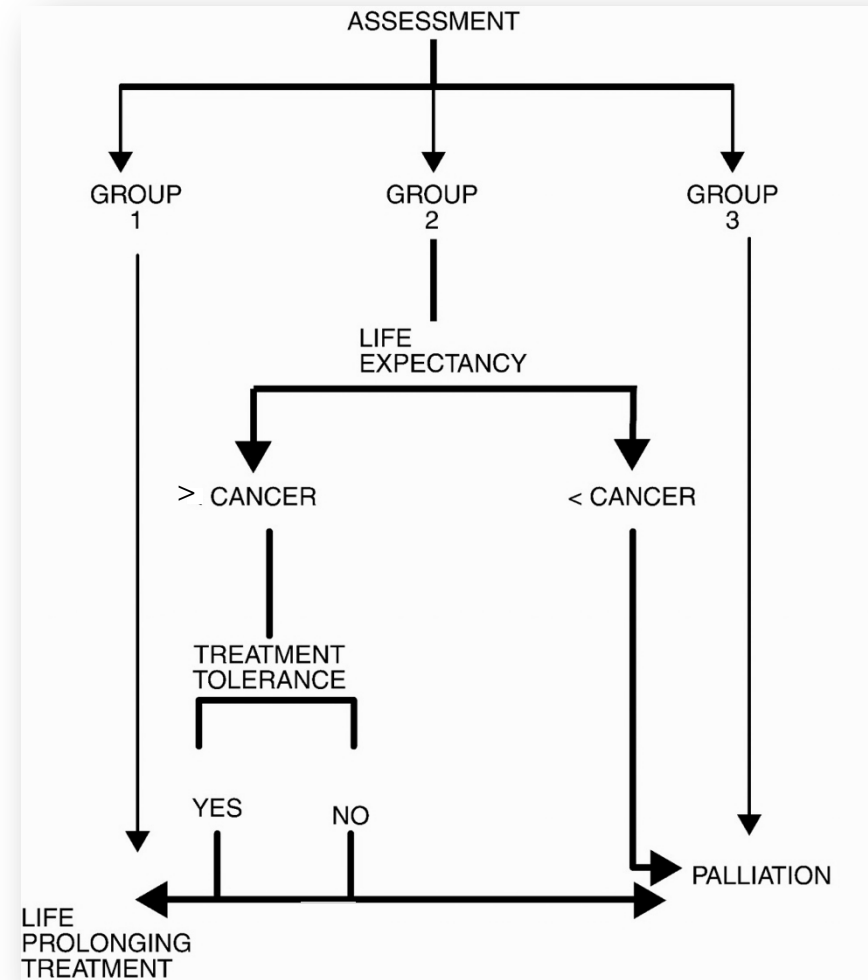


Médiane de survie 22,4 mois [IC 95% 16,5-33,6]
versus 16,9 mois [IC 95% 13,4-20,3]

Prise en charge de la personne âgée selon l'évaluation gériatrique

Table 5. Elements of a comprehensive geriatric assessment

Parameter assessed	Elements of the assessment
Function	Performance status ADL IADL
Comorbidity	Number of comorbid conditions Severity of comorbid conditions (comorbidity index)
Socioeconomic conditions	Living conditions Presence and adequacy of a caregiver
Cognition	Folstein's minimal status Other tests
Emotional conditions	Geriatric depression scale (GDS)
Pharmacy	Number of medications Appropriateness of medications Risk of drug interactions
Nutrition	Mini-nutritional assessment (MNA)
Geriatric syndromes	Dementia Delirium Depression Falls Neglect and abuse Spontaneous bone fractures



Chimiothérapie des patients âgés ayant un CBNPC de stade IV

**Analyses rétrospectives des essais cliniques par sous-
groupes**

Peuvent aider à générer des hypothèses

Choix d'un exemple parmi d'autres

Comparaison de Pemetrexed vs Carboplatine + Pemetrexed chez les patients de PS2

CBNPC
Stade IIIB-IV
PS 2
Epidermoïde
exclu
après 14 pts
n = 217

R

Pemetrexed 500mg/m²
Toutes les 3 semaines

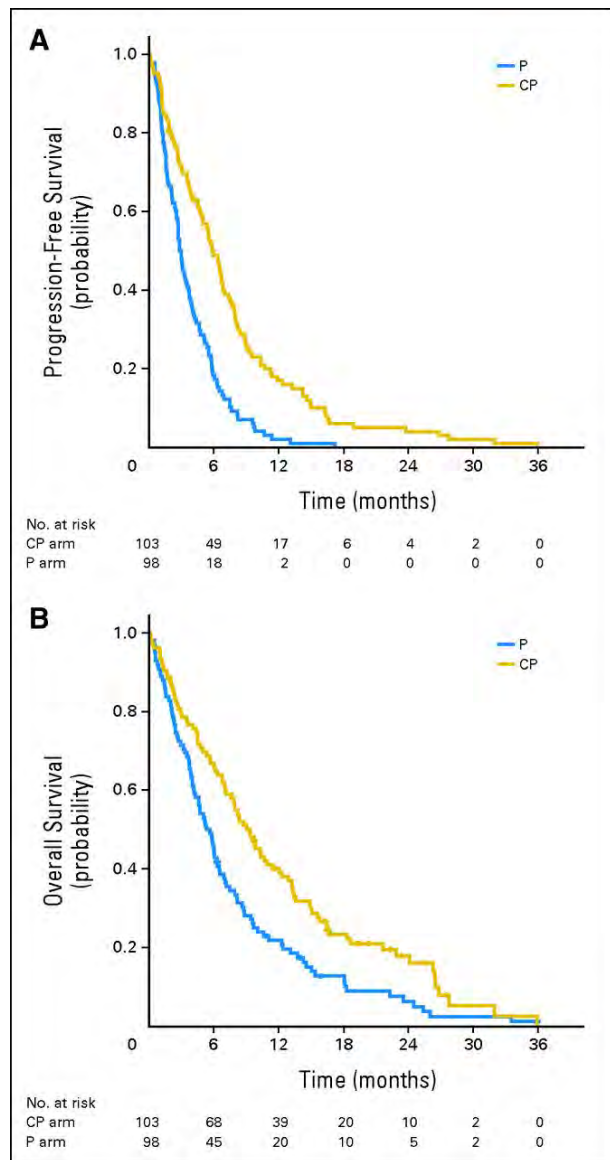
Carboplatine AUC 5
+ Pem 500 mg/m²
Toutes les 3 semaines

Stratification par stade (IIIB v IV),
perte de poids ($\geq 5\%$ v $< 5\%$),
et âge (≥ 70 v < 70 ans)

Comparaison de Pemetrexed vs Carboplatine + Pemetrexed chez les patients de PS2

Age	PEM (n=102)	Carbo-Pem (n= 103)
Médian	65	65
Extrêmes	40-86	41-90
>=70	36 (35.3%)	38 (36.9%)

(A) Progression-free and (B) overall survival for patients randomly assigned to pemetrexed (P) or combination of carboplatin and pemetrexed (CP).



	Pem	Pem + carbo	p
Taux de réponse	7/102 (6.9%)	19/103 18.4%	
PFS médiane	2.8 mos (2.5-3.2)	5.8 mos (4.7-6.9)	<0.001
Survie médiane	5.3 mos (4.1-6.5)	9.3 mos (7.4-11.2)	HR 0.62 (0.46-0.83) p =.001
Sous-groupe pts ≥70 ans	36 pts	38 pts	HR 0.49 (0.29-0.82)
Survie médiane	5.3 mos	9.9 mos	P<0.01

Analyses en sous-groupes d'essais non dédiés à la personne âgée

- Biais de sélection : on ne met dans des études dédiées aux patients de plus de 18 ans sans limite supérieure d'âge que des personnes âgées hypersélectionnées
- Les analyses en sous-groupes ne sont qu'exploratoires
- Les personnes très âgées (octogénaires) sont rarement incluses dans ces essais et la médiane des patients de plus de 65 ans se situe généralement vers 68 ans

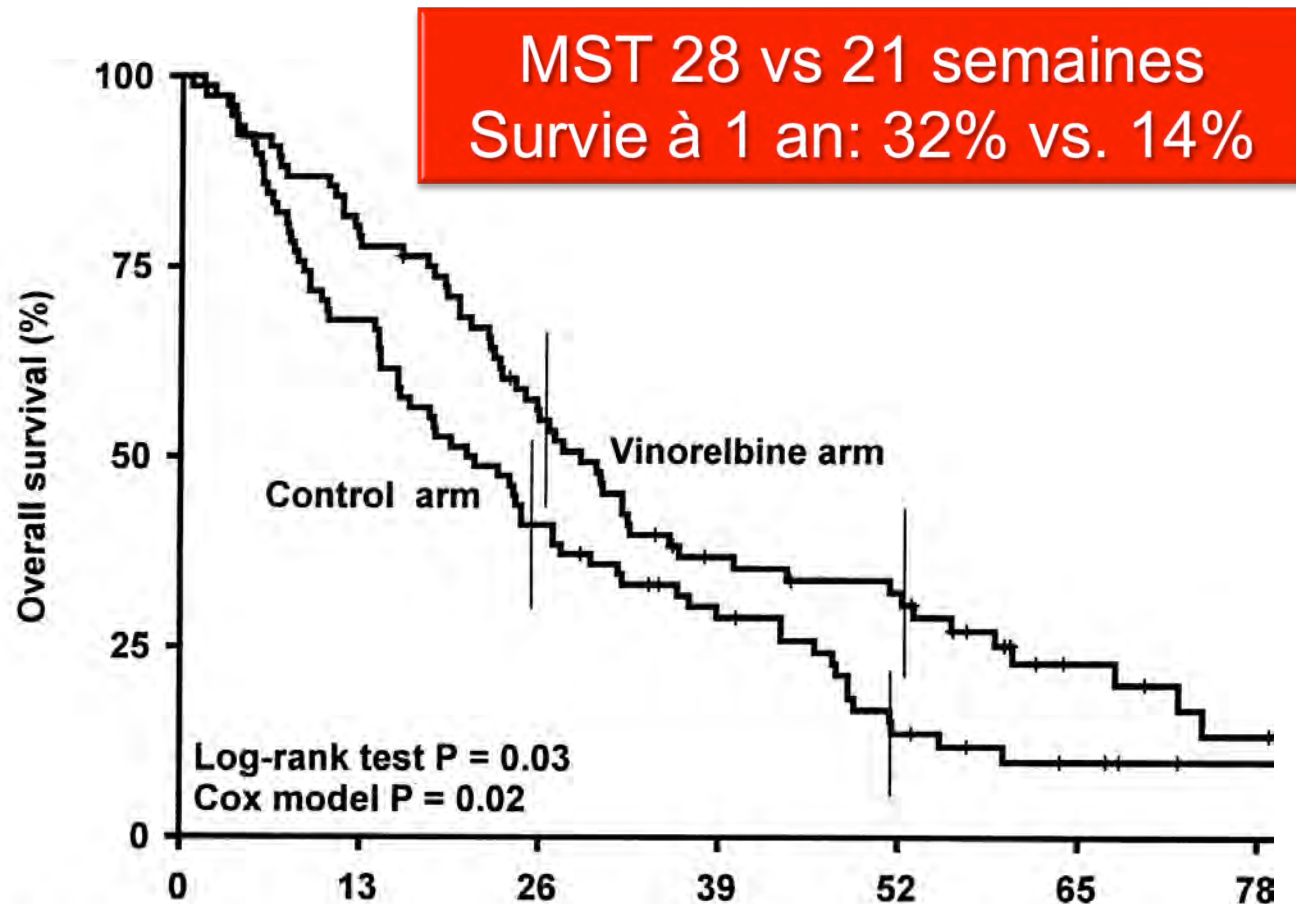
➤ **D'où la nécessité d'études dédiées!**



Essais dédiés aux patients âgés ayant un cancer bronchique non à petites cellules avancé

Essai ELVIS: Vinorelbine versus BSC

- 154 pts \geq 70 ans
- Vinorelbine
- 30 mg/m² J1-J8
/3 semaines
max 6 cycles



La vinorelbine est-elle le seul standard?

	Docetaxel	Vinorelbine	p
RO (%)	23	10	0.019
PFS (mois)	5.4	3.1	<0.001
OS (mois)	14.3	9.9	NS
Survie à 1 an	59%	37%	NS

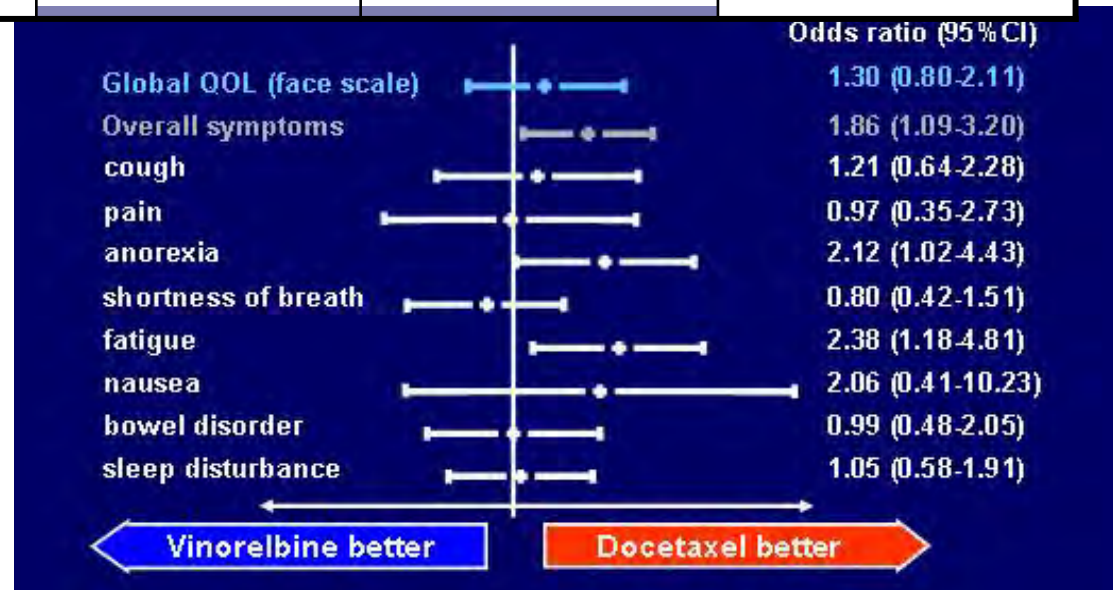
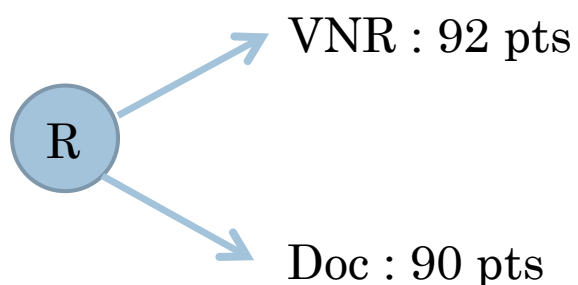
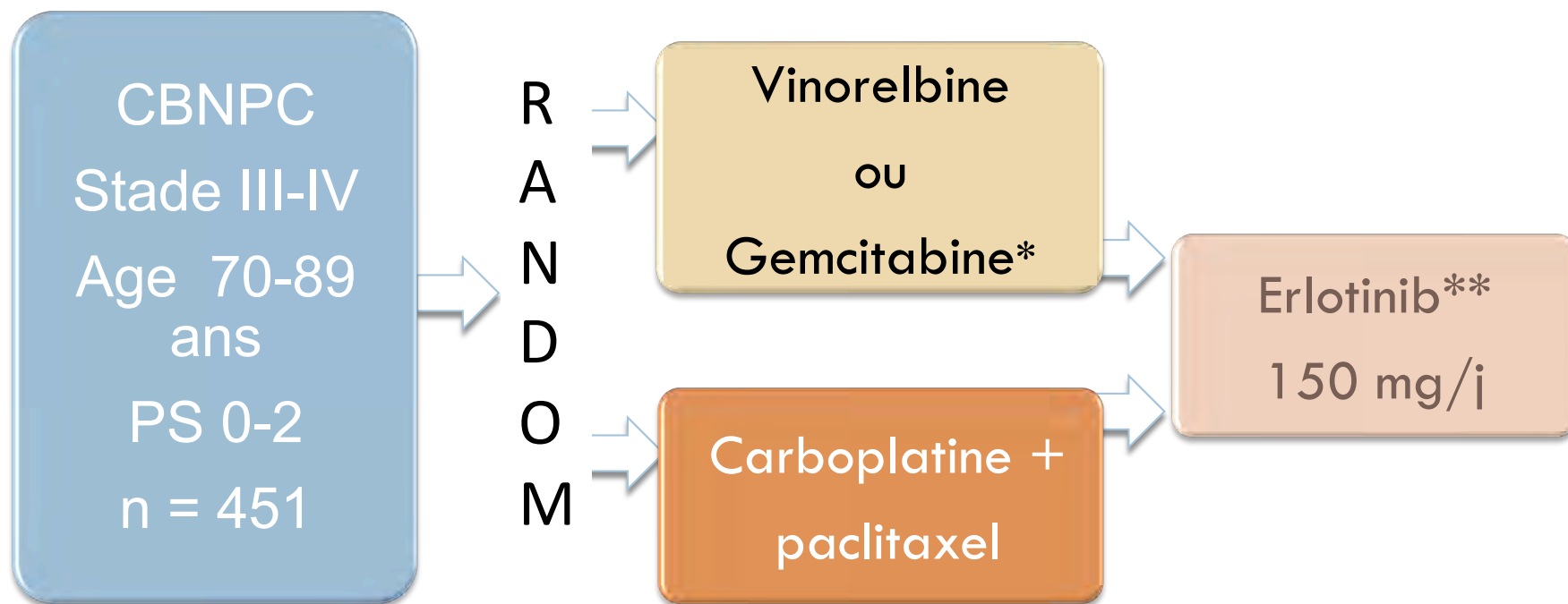


Schéma de l'étude IFCT 0501



Stratification: centre, PS 0-1 vs. 2,
âge ≤80 vs. >80, stage III vs. IV

*Choix du centre au début de l'étude

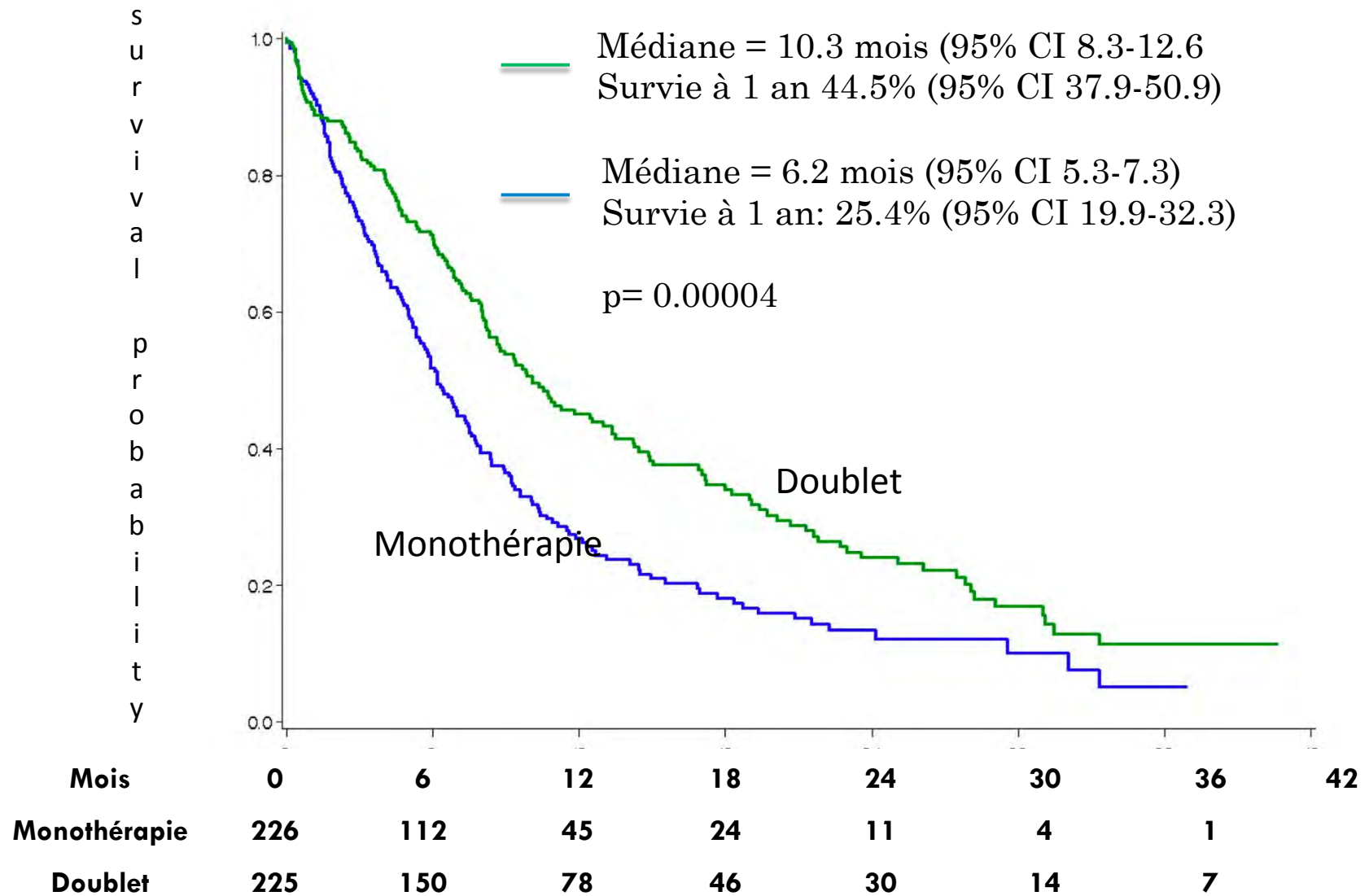
** En cas de progression ou de toxicité excessive

V : Vinorelbine : 30 mg/m²
G : Gemcitabine : 1150 mg/m²
C : Carboplatine : AUC 6
P : Paclitaxel : 90 mg/m²



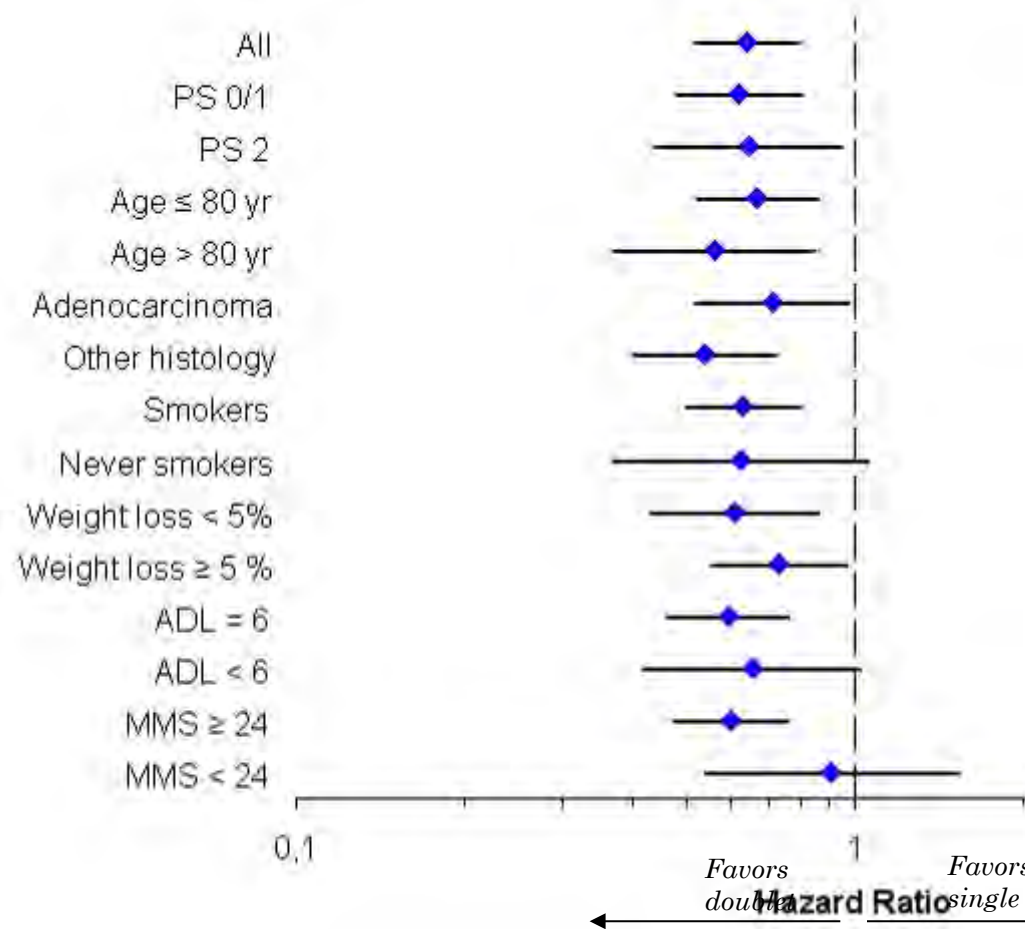
Choix du
centre

Survie globale (ITT)



Journées Pierre Bourgeois novembre 2012

Analyse exploratoire par sous-groupes



	N	HR	95% LCL	95% UCL	p
All (B:A)	451	0.639	0.515	0.792	0.000046
PS 0/1	329	0.622	0.479	0.806	0.0003
PS 2	122	0.646	0.439	0.951	0.0268
Age ≤ 80 yr	337	0.668	0.519	0.859	0.0016
Age > 80 yr	114	0.559	0.368	0.851	0.0067
Adenocarcinoma	229	0.712	0.518	0.979	0.0365
Other histology	222	0.539	0.399	0.727	0.000053
Smokers	356	0.631	0.498	0.800	0.0001
Never smokers	94	0.625	0.368	1.060	0.0810
Weight loss < 5 %	198	0.610	0.431	0.864	0.0053
Weight loss ≥ 5 %	246	0.732	0.553	0.968	0.0287
ADL = 6	351	0.593	0.462	0.761	0.000042
ADL < 6	87	0.655	0.417	1.029	0.0665
MMS ≥ 24	372	0.601	0.473	0.764	0.000032
MMS < 24	70	0.909	0.540	1.530	0.7188

Toxicité hématologique de grade 3-4 (448 pts évaluable)

Grade 3-4	Bras A Monothérapie N = 225	Bras B Doublet N= 223	p
Neutropénie	28 (12.4%)	108 (48.4%)	< 10 ⁻⁴
Neutropénie fébrile	6 (2.7%)	21 (9.4%)	0.0027
Anémie	10 (4,4%)	16 (7.7%)	0.0417
Thrombocytopénie	2 (0,9%)	13(6.3%)	0.001



Comparaison docetaxel vs cisplatine + docetaxel: schéma de l'étude et caractéristiques des patients

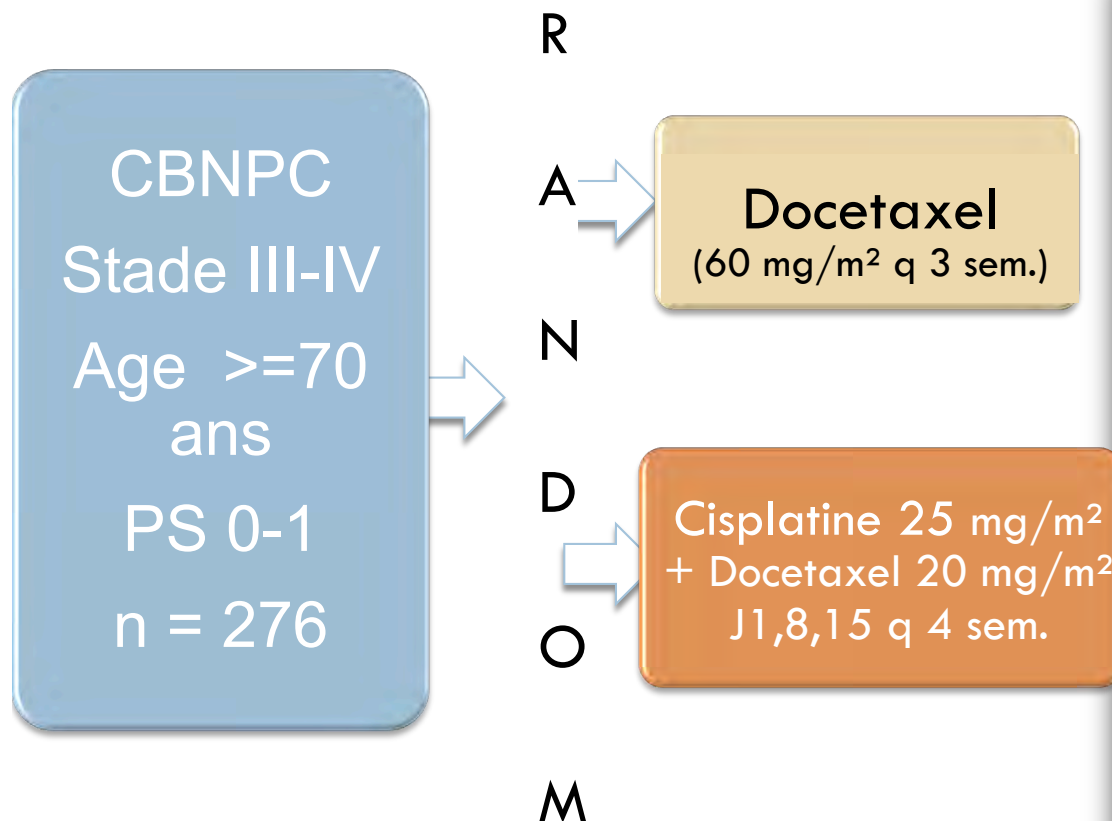
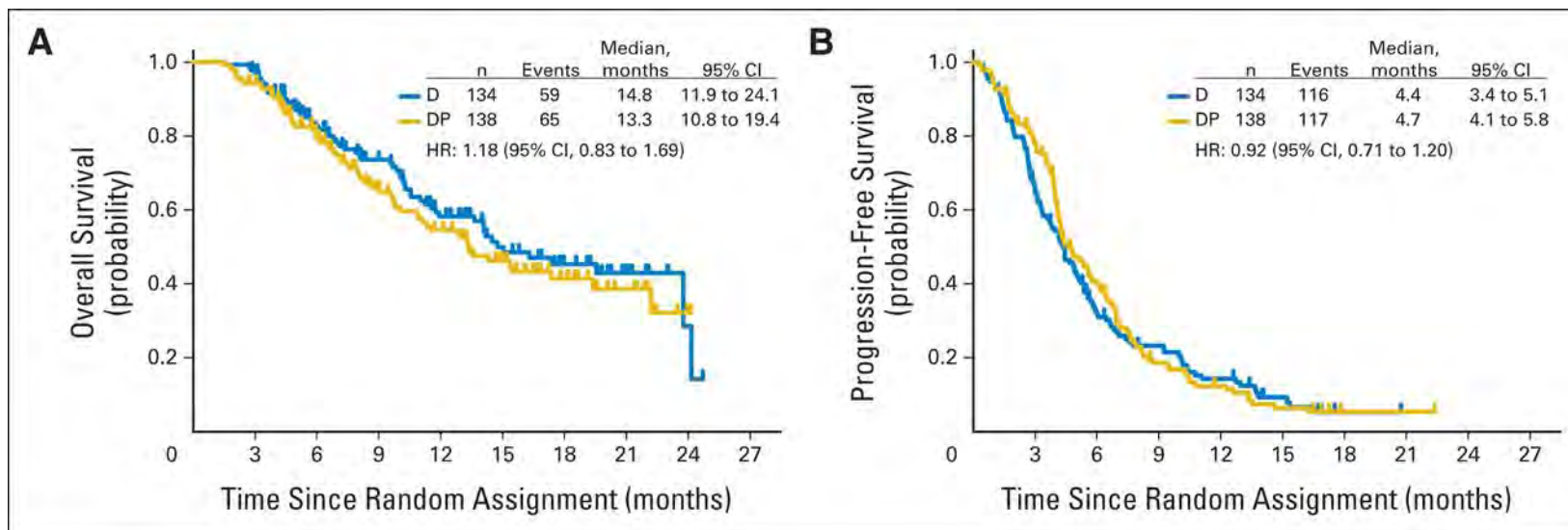


Table 1. Patient Demographics and Clinical Characteristics

Demographic or Clinical Characteristic	Docetaxel (n = 137)		Docetaxel/Cisplatin (n = 139)	
	No. of Patients	%	No. of Patients	%
Age, years				
Median	76		76	
Range	70-87		70-86	
< 75	31	23	32	23
≥ 75	106	77	107	77
Sex				
Male	95	69	101	73
Female	42	31	38	27
Smoking status*				
Never	38	28	36	26
Smoker	98	72	101	74
ECOG PS				
0	50	36	48	35
1	87	64	91	65
Stage				
III	42	31	43	31
IV or recurrence	95	69	96	69
Histology*				
Adenocarcinoma	91	67	86	63
Squamous	32	24	39	28
Others	13	10	12	9

Abbreviation: ECOG PS, Eastern Cooperative Oncology Group performance status.
 *Data for one patient in the docetaxel monotherapy arm and two patients in the docetaxel plus cisplatin arm were missing.

Courbes de survie estimées par la méthode de Kaplan-Meier pour (A) survie globale et (B) pour la PFS



Tetsuya Abe et al. JCO 2015;33:575-581

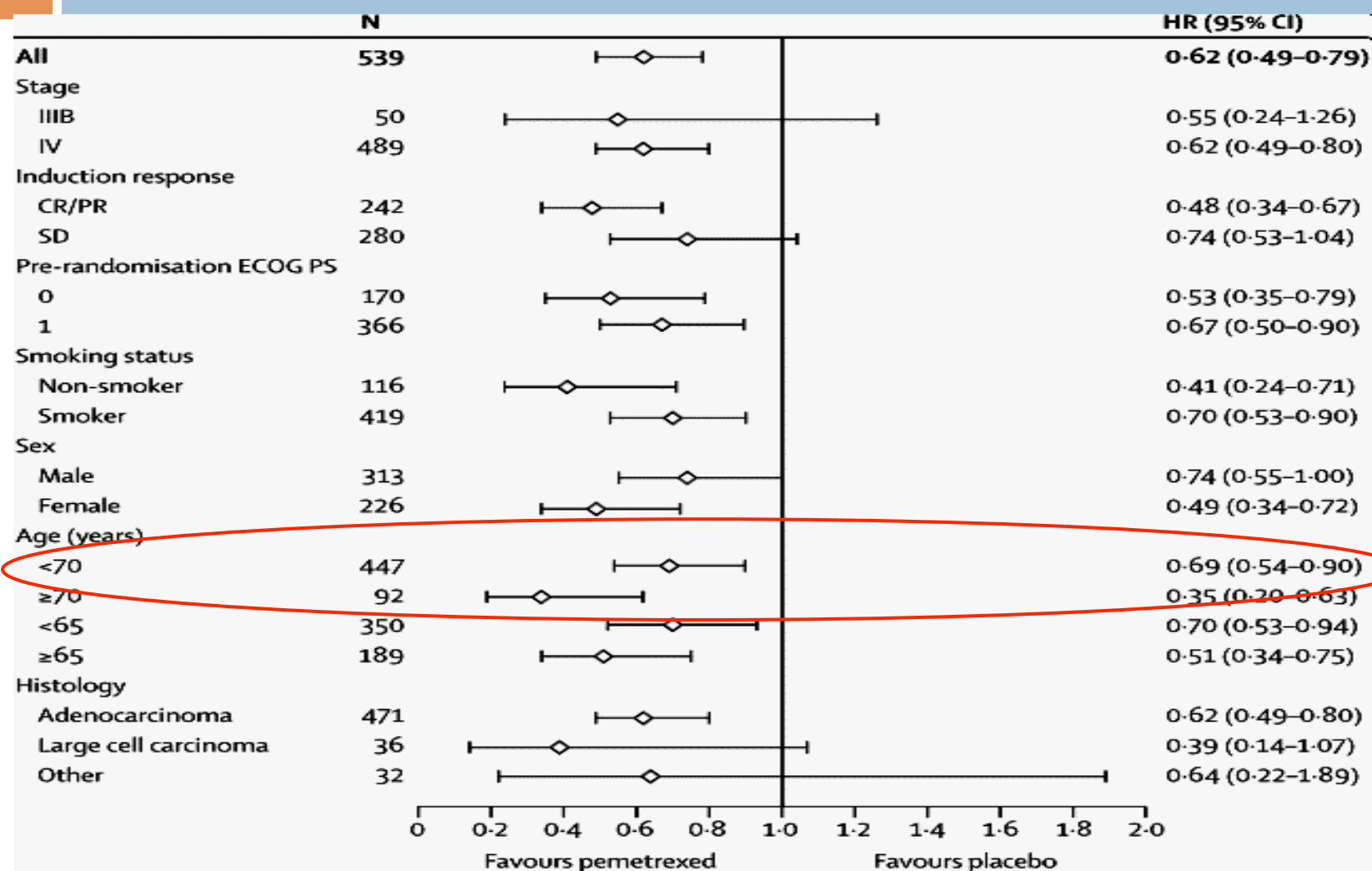
	JCOG0803/WJOG4307L		IFCT 0501	
	Mono	Doublet	Mono	Doublet
Taux de réponse (%)	24.6	34.4	10	27
PFS (mois)	4.4	4.7	2.8	6
Survie globale(mois)	14.8	13.3	6.2	10.3
Age médian	76		77	
PS 0/1 (%)	100		73	
PS 2 (%)	0		27	
Non-fumeur (%)	27		21	
Adénocarcinomes (%)	65		51	

Nombre de cycles?

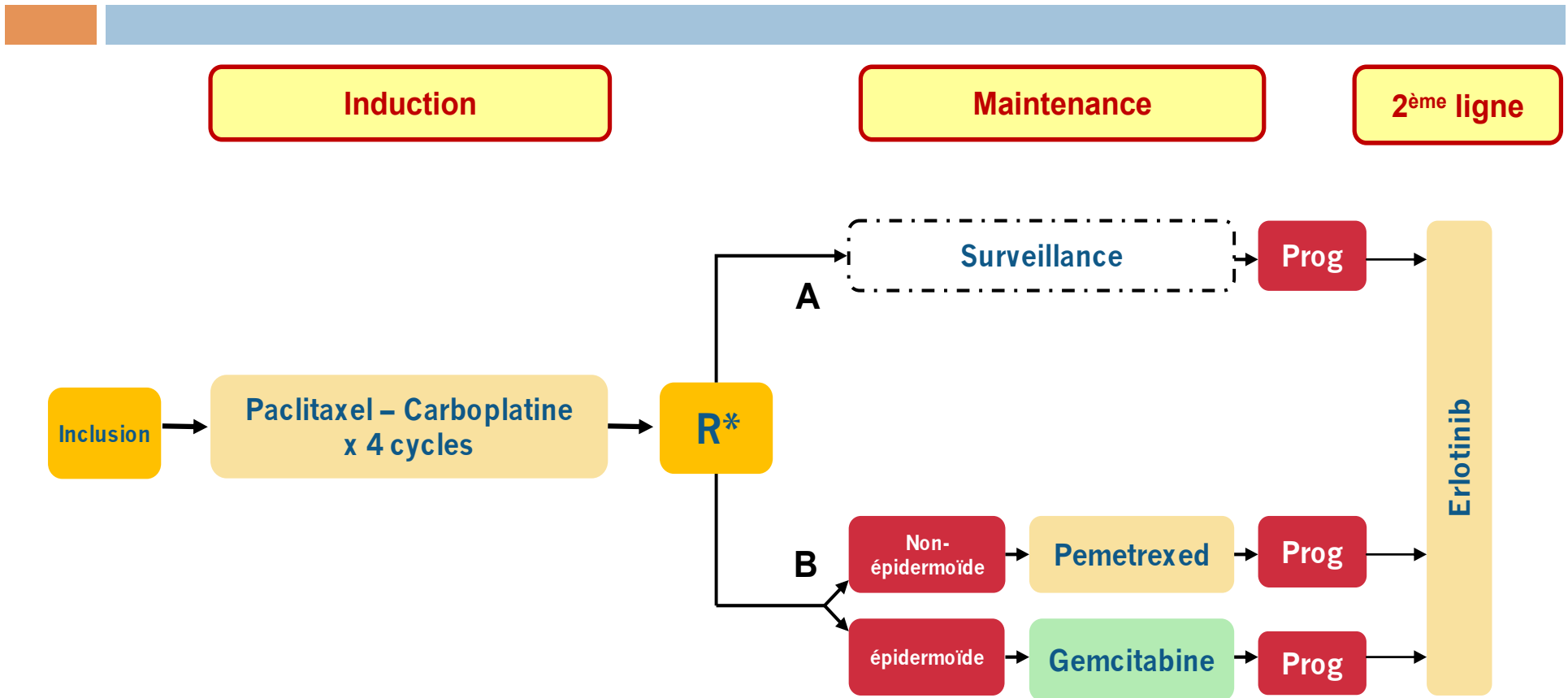
- Bithérapies à base de sels de platine essais dédiés aux personnes âgées
 - Etude IFCT 01-05 : 4
 - Etude Esogia : 4 cycles
 - Miles-3 et Miles 4 : 4 cycles
 - MODEL : 4 cycles

Corre R J Clin Oncol. 2016;34:1476-83
E. Quoix et al. Lancet 2011;378:1079-88
C. Gridelli Clin Lung Cancer 2013;

Qu'en est-il de la maintenance : essai Paramount et patients âgés



IFCT 10-02 Schéma de l'étude MODEL



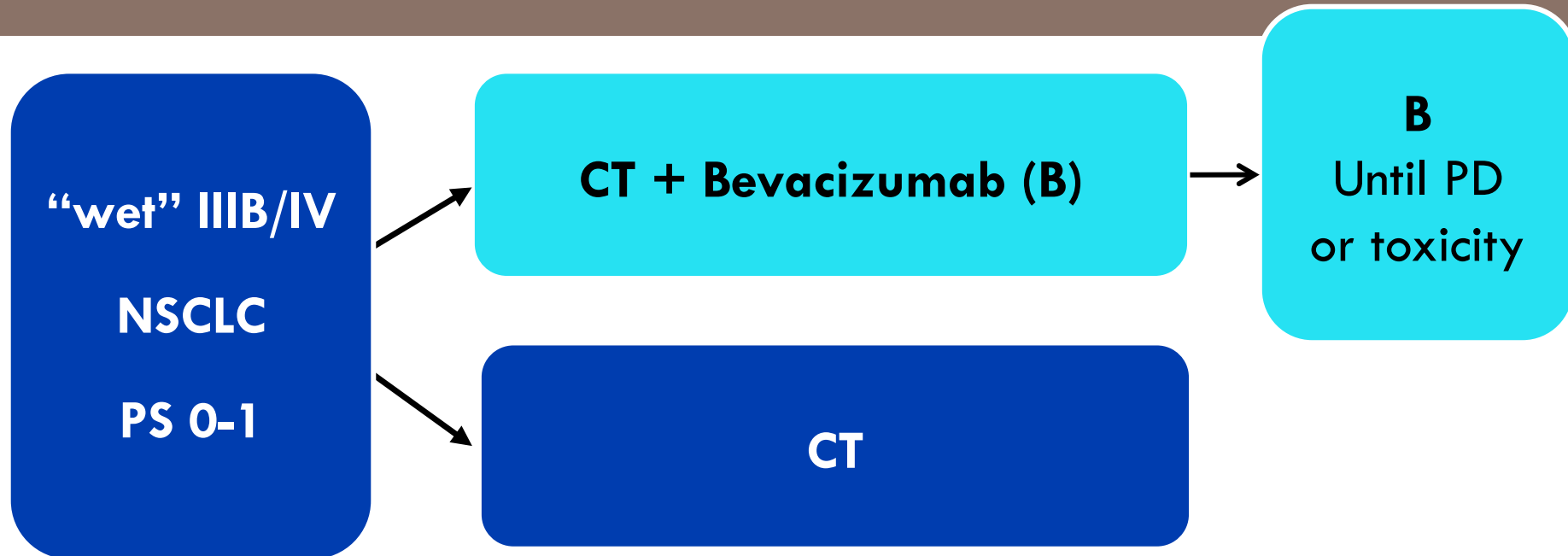
* Patients répondeurs ou stables

Plus que 10 patients à inclure!



THÉRAPEUTIQUES CIBLÉES ET PERSONNES ÂGÉES

Bevacuzimab



CT

Carboplatine AUC 6 D1,
Paclitaxel 200 mg/m² D1
q 3 wks. Max 6 cycles

Bevacizumab

15 mg/kg IV D1 q 3 wks

Toxicité observée dans le sous-groupe des personnes âgées

87% grade 3+ dans le bras PCB versus 61% dans le bras PC chez les personnes âgées. Un décès lié au traitement dans le bras PC versus 7 dans le bras PCB.

Table 2. Hematologic Toxicity in Elderly Patients: PC Versus PCB

Grades 4-5	%		<i>P</i>
	PC	PCB	
Neutropenia	22	34	.06
Fever with neutropenia	0.9	6.2	.03
Thrombocytopenia	0	3.5	.06

Abbreviations: PC, paclitaxel and carboplatin; PCB, bevacizumab, paclitaxel, and carboplatin.

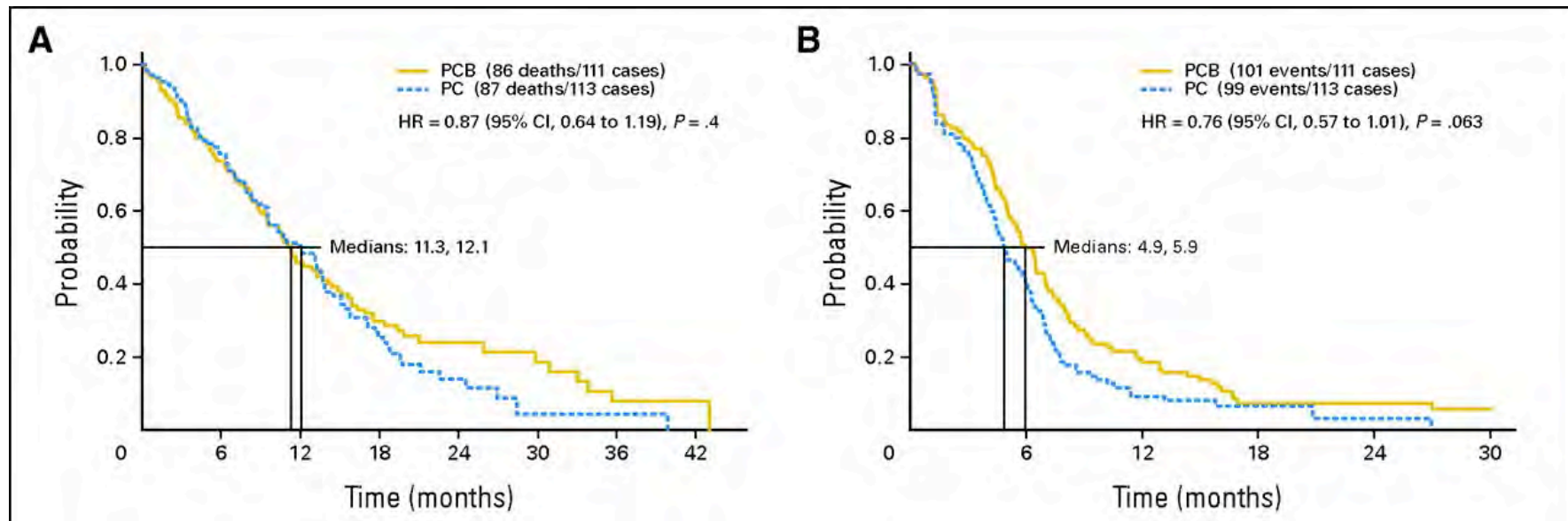
Table 3. Nonhematologic Toxicity in Elderly Patients: PC Versus PCB

Toxicity (grades 3-5)	%		<i>P</i>
	PC	PCB	
Hypertension	0.9	6.2	.03
Proteinuria	0	7.9	.002
Hemorrhage	1.7	7.9	.03
Nausea	0	4.4	.03
Anorexia	0.9	7.9	.01
Fatigue	12.9	20.2	.16
Thrombosis/embolism	4.3	3.5	.99
Cerebrovascular ischemia	0	2.6	.12
Neuropathy, motor	2.6	3.5	.72
Neuropathy, sensory	13.8	8.8	.30
Infection with grade 3/4 neutropenia	2.6	2.6	.99
Infection without neutropenia	2.6	4.4	.50

Abbreviations: PC, paclitaxel and carboplatin; PCB, bevacizumab, paclitaxel, and carboplatin.

Bevacizumab chez les patients âgés

≥70 ans, N=224 (26%), analyse rétrospective non planifiée



Analyse poolée de deux études de phase III : pas de bénéfice au bévacizumab après 75 ans

Le bevacizumab n'est pas recommandé chez les patients âgés

Etudes de phase II du géfitinib chez les patients âgés ayant une mutation activatrice d'EGFR

Auteur	Age	n	ORR	PFS (médiane)	Survie (médiane)
Maemondo	>= 75 ans	31	74.2%	12.1 mois	33.8 mois
Inoue	>= 75 ans PS 2-4/ > 80 ans PS1-4/ < 70 ans PS 3-4	30	66%	6.5 mois	17.8 mois
Asami	>= 75 ans	17	59%	12.9 mois	NA

L'utilisation des TKI en 1^{ère} ligne est recommandée chez les patients âgés ayant une mutation activatrice d'EGFR, le géfitinib étant probablement le moins toxique.

Bien que L.Crino ait montré qu'il n'y avait pas de différence de survie chez les personnes âgées tout venant qu'elles soient traitées par vinorelbine ou géfitinib, l'utilisation des TKI en 1^{ère} ligne n'est pas recommandée

Les TKI pourraient être plus efficaces chez les personnes âgées que chez les plus jeunes

Rossi S Oncotarget 2016;7: 46871-7

Maemondo M J Thorac Oncol 2012;7:1417-22

Inoue A J Clin Oncol 2009;27:1394-400

Asami K Lung Cancer 2011;12:387-92



Traitement de deuxième ligne

Traitement de deuxième ligne chez les personnes âgées ayant échappé à une première ligne aussi efficace chez les personnes âgées que les plus jeunes

TABLE 1. Characteristics of All Cases

	N (%)			<i>p</i>
	All Cases	Age <70 yr	Age ≥70 yr	
Patient no.	461 (100)	293 (64)	168 (36)	
Gender				0
Male	296 (64)	156 (53)	140 (83)	
Female	165 (36)	137 (47)	28 (17)	
Mean age (range, yr)	63.5 (23–85)	56.7 (23–69)	75.4 (70–85)	
Performance status				0.6
0	2 (0.4)	2 (0.7)	0	
1	185 (40.1)	116 (39.6)	69 (41.1)	
2	263 (57.0)	166 (56.7)	97 (57.7)	
3	10 (2.2)	8 (2.7)	2 (1.2)	
4	1 (0.2)	1 (0.3)	0	
Stage				0.4
IIIb	42 (9)	29 (10)	13 (8)	
IV	419 (91)	264 (90)	155 (92)	
Histology				0.03
Adenocarcinoma	298 (65)	194 (66)	104 (62)	
Squamous cell	72 (15)	36 (12)	36 (21)	
Other NSCLC	91 (20)	63 (22)	28 (17)	

NSCLC, non-small cell lung cancer.

Wu, Chieh-Hung JTO 2010;5:376-9

Traitement de deuxième ligne chez les personnes âgées ayant échappé à une première ligne aussi efficace chez les personnes âgées que les plus jeunes

TABLE 2. Response Rate, Control Rate, and Survival in All Cases, in the Salvage Chemotherapy Group, and in the Gefitinib Salvage Therapy Group

	All Cases			Salvage Chemotherapy Group			Gefitinib Salvage Group		
	Age <70 yr	Age ≥70 yr	<i>p</i>	Age <70 yr	Age ≥70 yr	<i>p</i>	Age <70 yr	Age ≥70 yr	<i>p</i>
Patient no. (%)	293 (64)	168 (36)		238 (63)	139 (37)		43 (68)	20 (32)	
Chemotherapy cycle, mean ± SD	Nil	Nil	Nil	3.9 ± 1.9	3.6 ± 1.8	0.4	Nil	Nil	Nil
Response rate, %	24	19	0.2	18	14	0.4	49	30	0.2
Control rate, %	68	68	0.9	66	66	0.9	77	70	0.6
Median time to disease progression, mo (95% CI)	4.1 (3.6–4.6)	4.4 (3.6–5.2)	0.08	3.7 (3.1–4.3)	4.2 (3.4–4.9)	0.1	7.5 (3.7–11.3)	4.5 (0–11.7)	0.8
Median survival, mo (95% CI)	9.3 (8.0–10.7)	8.3 (6.7–9.9)	0.5	8.4 (7.0–9.8)	7.6 (6.2–9.0)	0.5	11.0 (5.7–16.2)	9.9 (0–22.1)	0.6
1-yr survival rate, %	41	38		38	34		46	50	

CI, confidence interval.

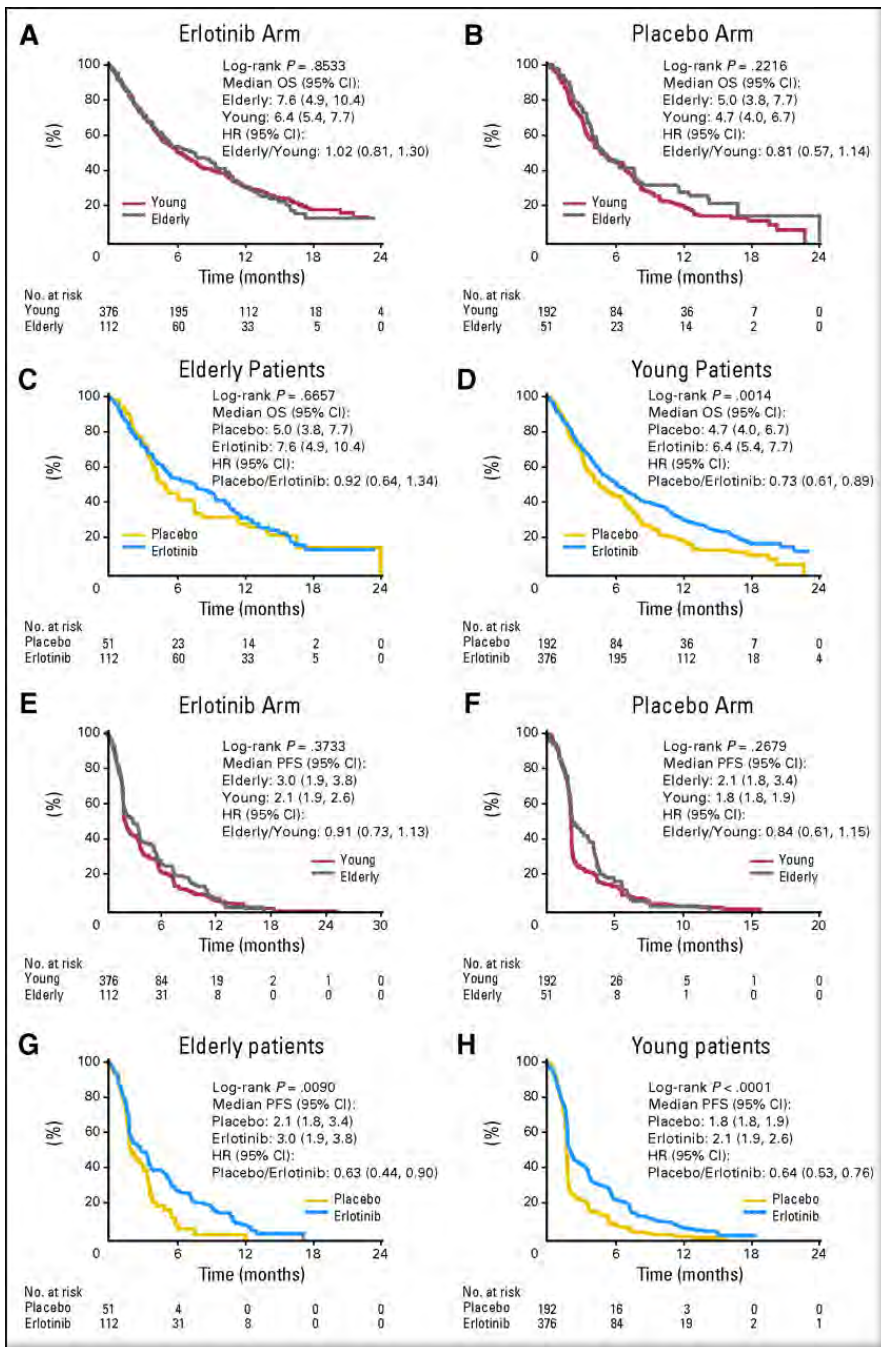
JOURNAL OF THORACIC ONCOLOGY

Chez les patients traités par chimiothérapie, les toxicités hématologiques de grade 3-4 sont plus fréquentes chez les patients âgés

Les nausées sont plus fréquentes chez les patients de moins de 70 ans

La fatigue de grade 3-4 est plus fréquente chez les patients âgés

Chez les patients traités par gefitinib, il n'y a pas de différence de toxicité selon l'âge



Essai BR21 comparant erlotinib à placebo après une 1^{ère} ligne comportant un doublet à base de sel de platine
 Analyse en sous-groupe des patients âgés de 70 ans et plus

Essai IFCT 0501. Deuxième ligne par erlotinib

451 patients inclus

226 randomisés dans le bras monothérapie VNR ou
GEM

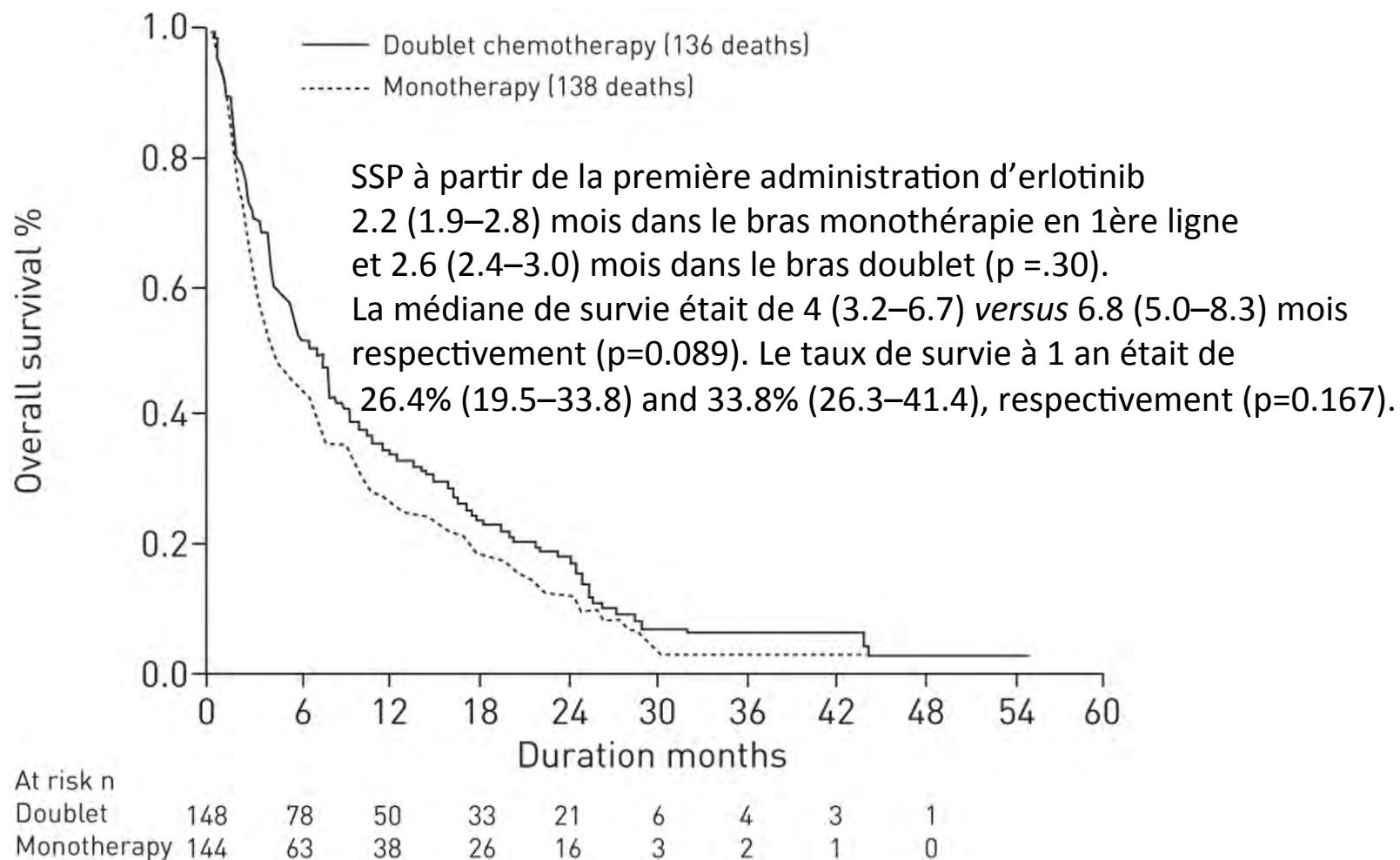
225 randomisés dans le bras doublet
(carboplatine + paclitaxel hebdomadaire)

292/451 (64.7%) ont reçu l'erlotinib qui était préconisé
en 2^{ème} ligne

144 dans le bras monothérapie

148 dans le bras doublet

Survie globale sous erlotinib



Elisabeth Quoix et al. Eur Respir J 2014;43:240-249

Qu'en est-il des checkpoint blockers? Essai randomisé comparant Nivolumab et docetaxel dans le cancer bronchique épidermoïde

- Cancer bronchique épidermoïde
- Stade IIIB ou IV
- Progression pendant/après une 1ère ligne avec un doublet à base de sel de platine
- PS \leq 1

R

n = 272

Bras A :
Nivolumab 3 mg/kg toutes les 2 semaines

Bras B :
Docetaxel 75 mg/m²
Toutes les 3 semaines

Traitement jusqu'à:

- Progression de la maladie
- Toxicité inacceptable
- Retrait du consentement

Objectif principal : survie

Phase III comparant le Nivolumab au docetaxel dans le cancer bronchique épidermoïde. Qu'en est-il des personnes âgées?

Table 1. Baseline Characteristics, Stratification Factors, and Prior Therapy.*

Characteristic	Nivolumab (N = 135)	Docetaxel (N = 137)	Total (N = 272)
Age — yr			
Median	62	64	63
Range	39–85	42–84	39–85
Age category — no. (%)			
<65 yr	79 (59)	73 (53)	152 (56)
≥65 to <75 yr	45 (33)	46 (34)	91 (33)
≥75 yr	11 (8)	18 (13)	29 (11)
Sex — no. (%)			
Male	111 (82)	97 (71)	208 (76)
Female	24 (18)	40 (29)	64 (24)

Bénéfice de survie similaire chez les patients âgés de 75 ans et plus mais...analyse en sous-groupe, faible nombre de sujets très âgés

Brahmer J N Engl J Med 2015;373:123-35
Nishijima TF Cancer Treat Rev 2016;45:30-7

Patients âgés : les messages pour la maison

Pallis AG, Ann Oncol 2010;21:692-706

Ganti A, JNCCN 2012;10:230-9

Pallis AG, Ann Oncol 2014;25:1270-83

- Chimiothérapie adjuvante : non recommandée au-delà de 70 ou 80 ans
- Chimioradiothérapie concomitante : bénéfique chez les japonais. Manque d'essais dédiés ailleurs.
- Recommandations de l'EORTC-Lung Cancer Group SIOG en 2014
 - ▣ Les essais prospectifs sont en faveur de l'utilisation de doublets à base de carboplatine chez les patients âgés en bon état général. Pour les patients en moins bon état général, les monothérapies (gemcitabine, vinorelbine, taxanes) sont recommandées.
 - ▣ Le bevacizumab chez les personnes âgées n'apporte pas de bénéfice d'esurvie mais résulte en une plus grande toxicité.
 - ▣ Les TKI de l'EGFR sont fortement recommandés en 1ère ligne chez les patients ayant une mutation activatrice de l'EGFR
 - ▣ L'âge seul ne doit pas empêcher l'administration d'une deuxième ligne chez les personnes âgées
- Utilisation des checkpoint blockers : nécessité d'essais dédiés



Nemo enim est tam
senex qui se annum
non putet posse
vivere

De Senectute
Marcus Tullius Cicero, 44
avant JC