

The background features a light gray gradient with several realistic water droplets of various sizes scattered across the frame. A faint, circular, textured pattern is visible in the upper center, resembling a lens flare or a watermark.

MONSIEUR PB

11^{ÈME} CONGRÈS UCOG, 5 FÉVRIER 2026, DINAN

- PATIENT DE 87 ANS
- MAI 2022:
 - MÉLANOME ULCÉRÉ DE L'OREILLE G
 - BRESLOW 8,5 MM



- PATIENT DE 87 ANS
- MAI 2022:
 - MÉLANOME ULCÉRÉ DE L'OREILLE G
 - BRESLOW 8,5 MM
 - **TEP SCANNER** : FIXATION AU NIVEAU DES GANGLIONS INGUINAUX, PLUTÔT EN LIEN AVEC UN CANCER DE PROSTATE
=> PT4B N0 M0, STADE IIB
- **EXÉRÈSE INITIALE**

- **JANVIER 2024** : REVU EN CONSULTATION AU CEM
 - APPARITION CLINIQUE D'UNE ADP CERVICALE G ET D'UNE LÉSION DU DOS
- **MARS 2024 : TEP SCAN :**
 - FIXATION PAROTIDIENNE GAUCHE (OU ADP CERVICALE ACCOLÉE)
 - CUTANÉE THORACIQUE POSTÉRIEURE MÉDIANE
 - UNE ADÉNOPATHIE INGUINALE DROITE

AU TOTAL :

**RÉCIDIVE GANGLIONNAIRE UNIQUE À 2 ANS DE LA PRISE EN CHARGE INITIALE
DU MÉLANOME DE STADE IIB**

(ADÉNOPATHIE INGUINALE DROITE EN LIEN AVEC CANCER DE PROSTATE)

⇒ **STADE IIIC**

AU TOTAL :

**RÉCIDIVE GANGLIONNAIRE UNIQUE À 2 ANS DE LA PRISE EN CHARGE INITIALE
DU MÉLANOME DE STADE IIB**

(ADÉNOPATHIE INGUINALE DROITE EN LIEN AVEC CANCER DE PROSTATE)

⇒ **STADE IIIC**

⇒ RCP ONCO-DERMATOLOGIQUE :

CURAGE + IMMUNOTHÉRAPIE ADJUVANTE OU IMMUNOTHÉRAPIE SEULE

LE PRINCIPE DU TRAITEMENT ADJUVANT

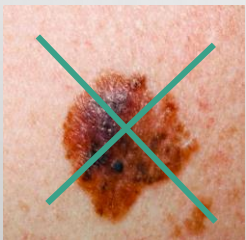
INTENTION

BÉNÉFICES

RISQUES



Traitement curatif



Traitement adjuvant (maladie infraclinique et infradiologique)

Éliminer la tumeur

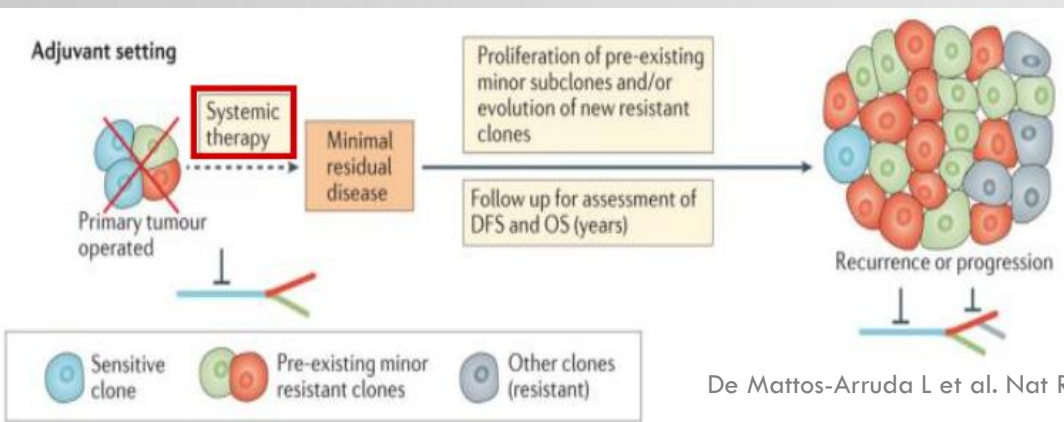
Éliminer les cellules résiduelles au site tumoral et dans l'organisme

Traiter les patients ayant une maladie évolutive

Prévenir la dispersion de la maladie

Résultat sous optimal

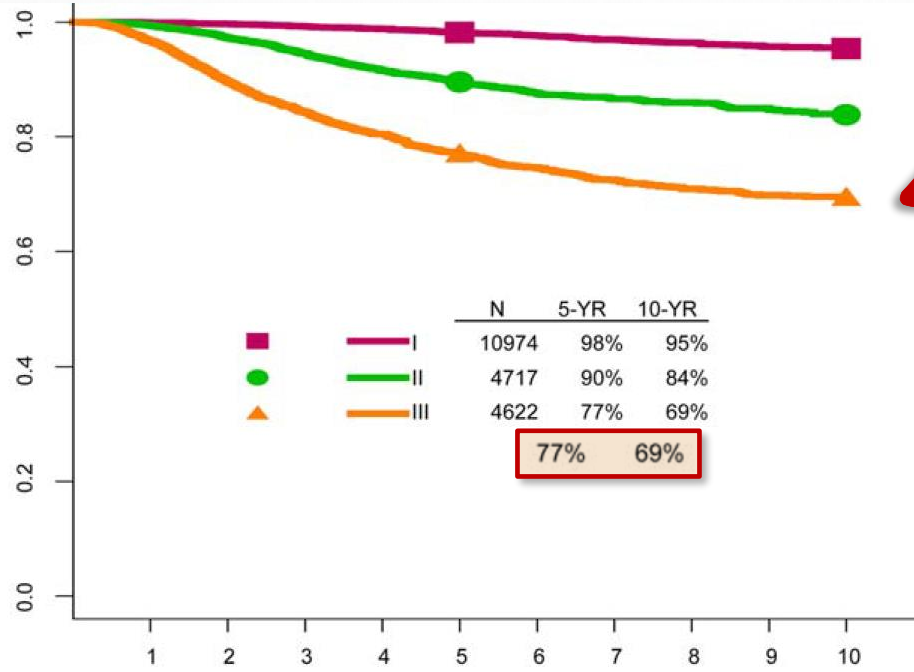
Engendrer des toxicités/altération QoL auprès de patients qui n'auraient jamais rechuté



- ▶ Patients à « haut risque »
- ▶ Ratio bénéfices/risques favorable

MÉLANOME STADE III

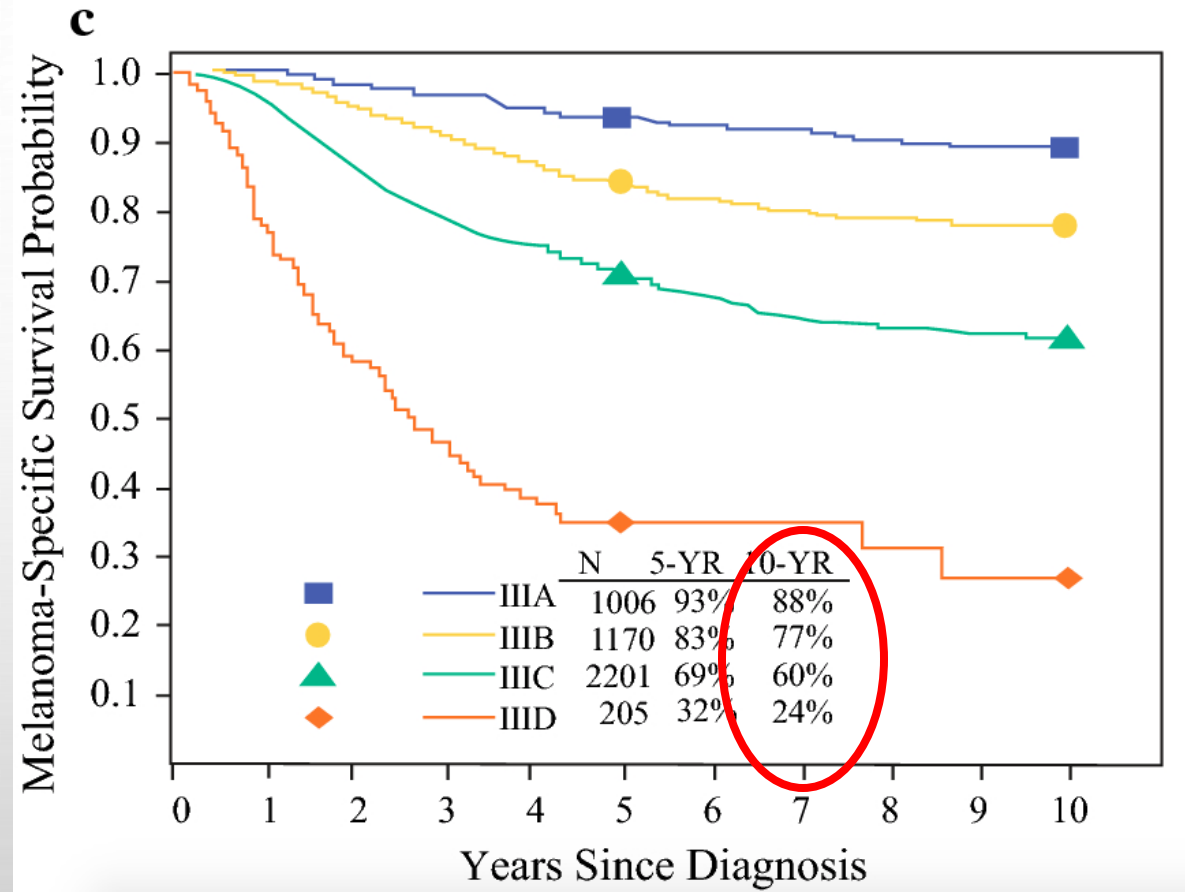
Survie globale ¹



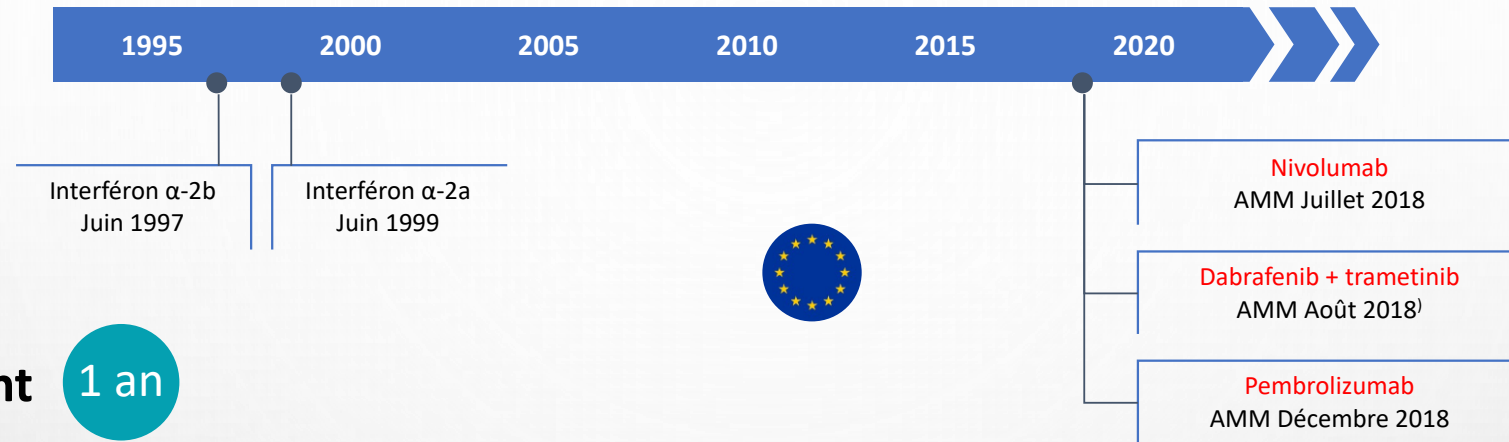
Site of First Relapses by Substage

Substage	Local/In-Transit (%)	Nodal (regional) (%)	Systemic (%)
IIIA	32	28	40
IIIB	30	19	51
IIIC	22	17	61
All stage III	28	21	51

Population très hétérogène ²



TRAITEMENTS EN ADJUVANT

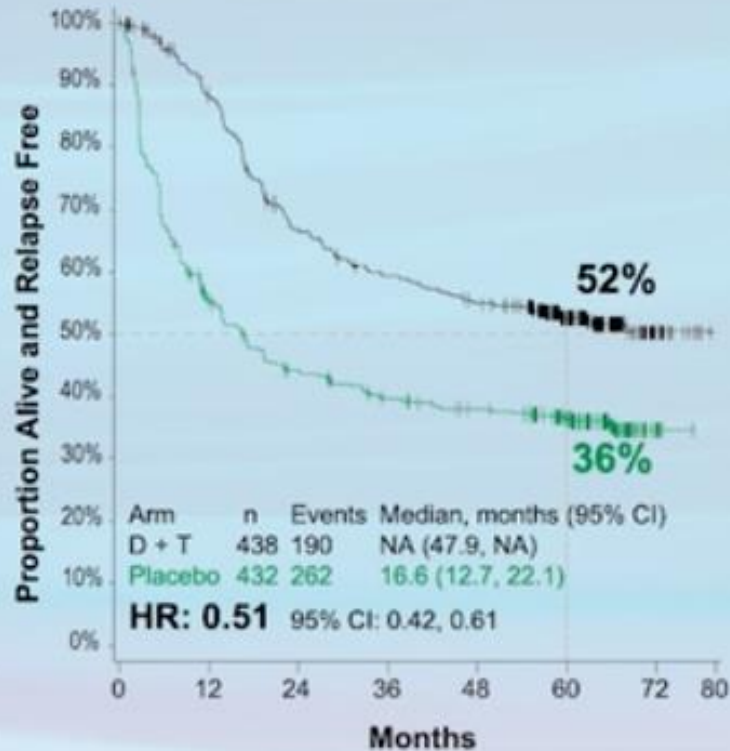


Durée de traitement **1 an**

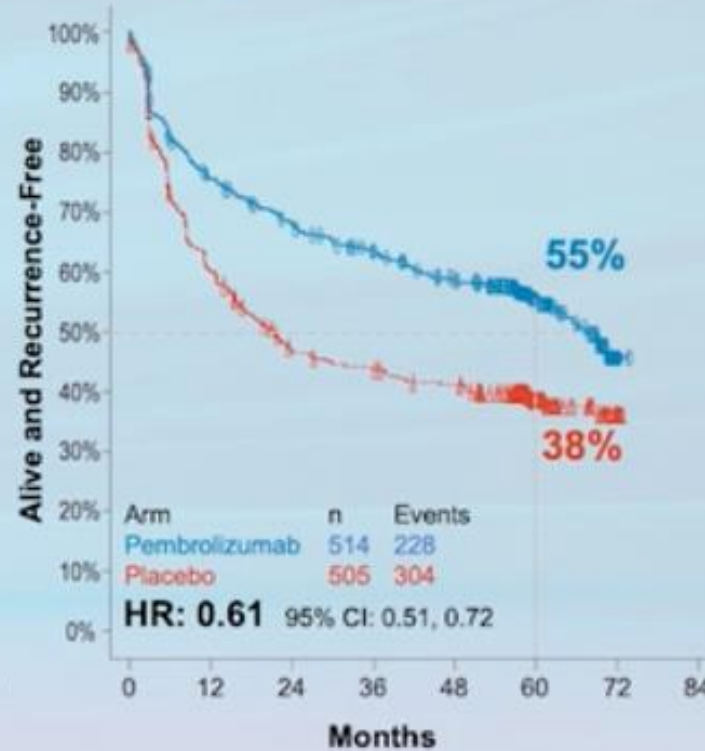
Traitements autorisés	Indication	Schéma thérapeutique
Pembrolizumab (statut BRAF WT ou V600 muté)	Traitement adjuvant des patients adultes atteints d'un mélanome de stade III, après résection complète	200 mg / 3 semaines IV sur 30 min ou 400 mg / 6 semaines IV sur 30 min
Nivolumab (statut BRAF WT ou V600 muté)	Traitement adjuvant des patients adultes atteints d'un mélanome de stade III ou IV, après résection complète	240 mg / 2 semaines IV sur 30 min ou 480 mg / 4 semaines IV sur 60 min
Dabrafénib + Tramétinib (statut BRAF V600 muté)	Traitement adjuvant des patients adultes atteints d'un mélanome de stade III porteurs d'une mutation BRAF V600 après résection complète	Dabrafénib 150 mg (2 capsules de 75 mg) × 2/ jour PO + Tramétinib 2 mg/jour PO

DONNÉES ADJUVANTES À 5 ANS (STADE III)

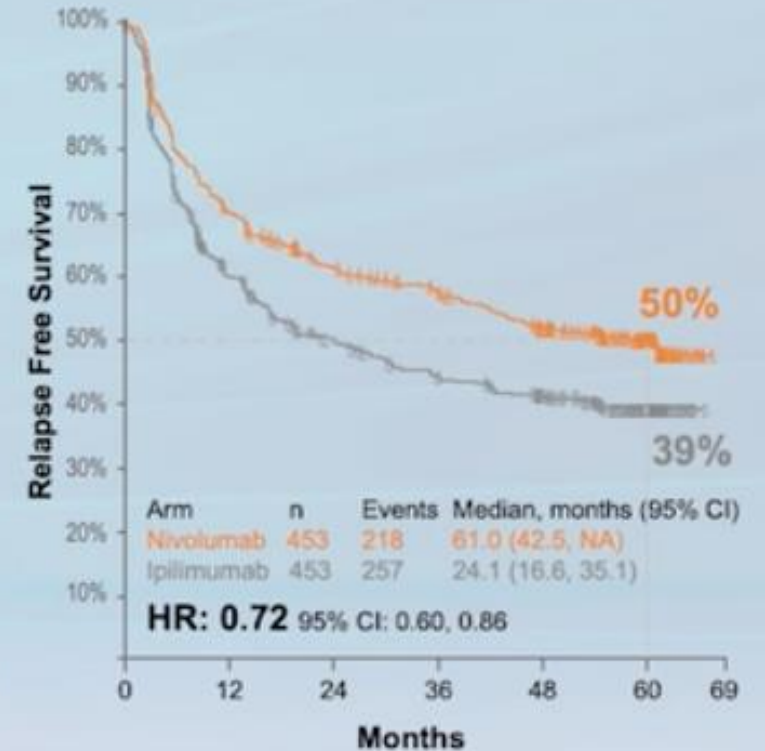
RFS at 5 Years of Follow-Up



COMBI-AD¹
Dabrafenib plus trametinib vs placebo



KEYNOTE-054²
Pembrolizumab vs placebo

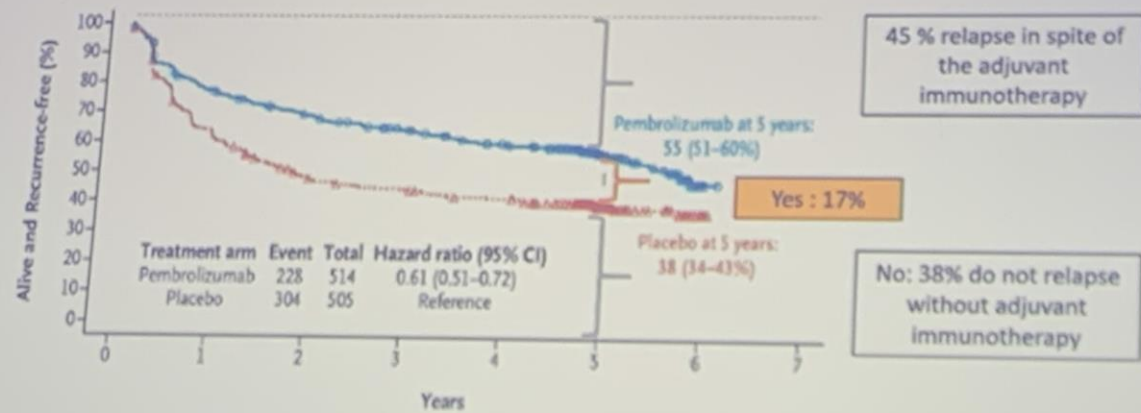


CHECKMATE-238³
Nivolumab vs ipilimumab

1. Dummer R, et al. *N Engl J Med.* 2020;383:1139-1148. 2. Eggermont A, et al. *NEJM Evidence.* 2022;1:EVIDoa2200214. 3. Larkin J, et al. *Clin Cancer Res.* 2023;29:3352-3361.

adjuvant ou la notion d' « over treatment »

- Actual benefit to 17% of patients receiving treatment
- 83% receive a treatment they do not need



DONNÉES ADJUVANTES À LONG TERME (STADE III)

Étude (Molécule)	N		Survie sans maladie	Survie globale
THÉRAPIE CIBLÉE				
DABRAFENIB - TRAMETINIB <i>(Combi AD)</i>	870	10 ans	50 % vs 35 % (Placebo) HR 0,52	Réduction de 20% du risque de décès

DONNÉES ADJUVANTES LONG TERME (STADE III)

Étude (Molécule)	N		Survie sans maladie	Survie globale
THÉRAPIE CIBLÉE				
DABRAFENIB - TRAMETINIB <i>(Combi AD)</i>	870	10 ans	50 % vs 35 % (Placebo) HR 0,52	Réduction de 20% du risque de décès
IMMUNOTHÉRAPIE				
PEMBROLIZUMAB <i>(KEYNOTE-054)</i>	1019	7 ans	50 % vs 36% (placebo) HR 0,63	75% vs 73% (HR 0,94*)
NIVOLUMAB <i>(CheckMate 238)</i>	906	9 ans	44 % vs 37 % (Ipilimumab) HR 0,72	69,6% vs 65% (HR 0,88*)

DONNÉES ADJUVANTES TOXICITÉS

Étude (Molécule)	Taux de toxicités Grade 3-4	Principaux effets secondaires (G3-4)
THÉRAPIE CIBLÉE		
DABRAFENIB - TRAMETINIB <i>(Combi AD)</i>	~41%	Pyréxie (fièvre), fatigue, nausées, frissons
IMMUNOTHÉRAPIE		
PEMBROLIZUMAB <i>(KEYNOTE-054)</i>	~15%	Diarrhée, fatigue, troubles endocriniens (thyroïde, hypophyse)
NIVOLUMAB <i>(CheckMate 238)</i>	~14%	Diarrhée, colite, élévation des lipases, rash.

QUID DES DONNÉES POUR LES > 65 ANS ?

- **COMBI-AD (DABRAFENIB + TRAMETINIB) :**
 - ~ **25 %** DES PATIENTS AVAIENT ≥ 65 ANS
 - ÂGE MÉDIAN ÉTAIT DE 50-51 ANS
- **KEYNOTE-054 (PEMBROLIZUMAB) :**
 - ~ **39 %** DES PATIENTS AVAIENT ≥ 65 ANS
 - ÂGE MÉDIAN DE 54 ANS
- **CHECKMATE 238 (NIVOLUMAB) :**
 - ~ **27 % À 30 %** DES PATIENTS AVAIENT ≥ 65 ANS
 - ÂGE MÉDIAN ÉTAIT DE 55-56 ANS

EVALUATION ONCOGÉRIATRIQUE 02/07/2024

Curage +
monoimmunothérapie



Monoimmunothérapie



EVALUATION ONCOGÉRIATRIQUE

- ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

- **ASTHME TARDIF** SUIVI DEPUIS 2010
- RGO
- PNA OBSTRUCTIVE 2015
- **ADÉNOCARCINOME PROSTATIQUE** GLEASON 8 OPÉRÉ EN 2004 PUIS RADIOTHÉRAPIE EN 2005, PSA NORMAUX
- **SYNDROME DÉPRESSIF SÉVÈRE**
- ICTUS AMNÉSIQUE EN 2023
- DYSLIPIDÉMIE
- **DMLA**

- ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX

- PROTHÈSE TOTALE DE HANCHE D EN 2018
- FRACTURE PLATEAU TIBIAL D EN 2015
- CURE DE HERNIE DISCALE ANNÉES 90
- URÉTHROTOMIE 2021 SUITE À **INCONTINENCE URINAIRE** PAR IMPÉRIOSITÉS



→ polypathologie

EVALUATION ONCOGÉRIATRIQUE

- TRAITEMENTS

- KARDEGIC 75 1-0-0 (?)
- QVAR 1-1-0
- OLANZAPINE 5 0-0-1
- SERTRALINE 50 1-0-0
- MACROGOL 2-0-0
- MELATONINE 2 LP 0-0-0-1
- PARACETAMOL 1G 1-1-1
- TRAMADOL 100 LP 1-0-1 (?)

→ polymédication



EVALUATION ONCOGÉRIATRIQUE

- JUIN 2024: TENTATIVE DE SUICIDE
- HOSPITALISATION AU CH DE DINAN PUIS EN PSYCHIATRIE

EVALUATION ONCOGÉRIATRIQUE



- CONTEXTE SOCIO ENVIRONNEMENTAL
- ANCIEN GENDARME
- EPOUSE AYANT UNE MALADIE D'ALZHEIMER, EST ENTRÉE EN EHPAD DURANT SON HOSPITALISATION
- 3 ENFANTS: 2 CÔTES D'ARMOR, 1 MORBIHAN
- VIENT DE REJOINDRE SON ÉPOUSE À L'EHPAD EN SORTIE D'HOSPITALISATION

EVALUATION ONCOGÉRIATRIQUE

- AUTONOMIE ADL

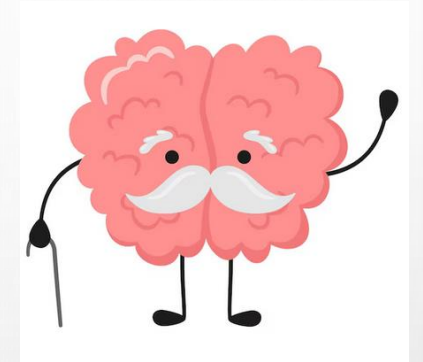
Activités basales	Il y a 6 mois	Maintenant
Hygiène corporelle	1	1
Habillage	1	1
Toilettes	1	1 (gère son penilex le jour)
Continence	0 (depuis 3 ans)	0 (protection)
Locomotion	1	1
Repas	1	1
Score	5/6	5/6

- AUTONOMIE IADL

Activités instrumentale	Il y a 6 mois	Maintenant
Utiliser le téléphone	1	1
Utiliser les moyens de transport	1	0
Prendre les médicaments	1	En institution
Gérer son budget	1	0 (sa fille)
Score	3/4	1/4



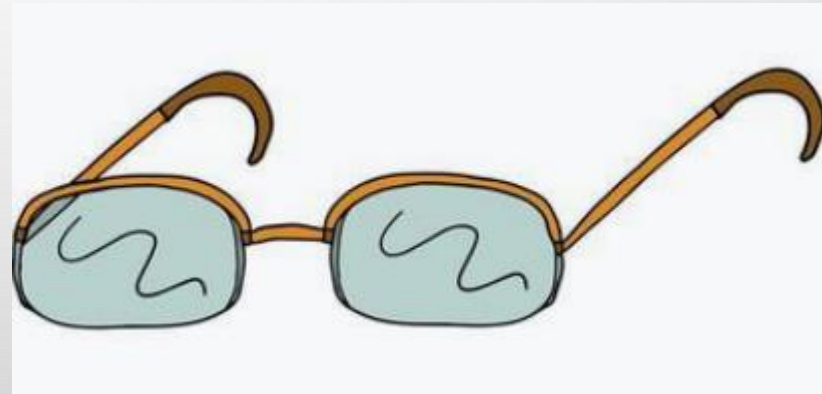
EVALUATION ONCOGÉRIATRIQUE



- COGNITIF
- DISCRÈTE PLAINTÉ MNÉSICUE,
- ÉPISODE CONFUSIONNEL EN JUIN 2024 LORS DE SON HOSPITALISATION
- MMSE 25/30 (-1 ORIENTATION, -2 CALCUL, -1 AU RAPPEL DES MOTS, -1 LANGAGE)
- DUBOIS 10/10 (4+1, 3+2)
- HORLOGE 4/7
- IRM CÉRÉBRALE JUIN 2024: MICROANGIOPATHIE FAZEKAS 3, PLUSIEURS MICROLACUNES, PAS DE MICROBLEEDS

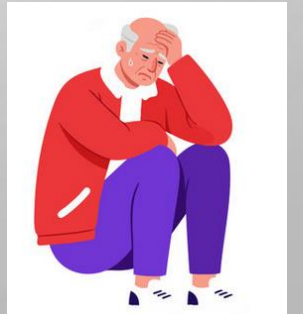
EVALUATION ONCOGÉRIATRIQUE

- SENSORIEL
- HYPOACOUSIE APPAREILLEE
- GENE PAR SA DMLA OD



EVALUATION ONCOGÉRIATRIQUE

- THYMIE
 - ANTÉCÉDENTS DE DÉPRESSION AU MOMENT DE LA RETRAITE: HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE
 - CRITIQUE SON GESTE ET L'EXPLIQUE PAR LE CONTEXTE
 - SON ADMISSION EN EHPAD LUI DÉPLAIT, CAR ISOLEMENT SOCIAL (EHPAD À DISTANCE DE SON DOMICILE)



EVALUATION ONCOGÉRIATRIQUE

- NUTRITIONNEL
- POIDS DE FORME 80 KG → 72 KG LORS DE L'ÉVALUATION
- IMC 24
- HAND GRIP 40 KG
- -10 % PC SUR 1 AN
- SEFI 10/10 DEPUIS L'ENTRÉE EN EHPAD
- PAS D'APPAREIL DENTAIRE, PAS DE MYCOSE BUCCALE
- HYDRATATION INSUFFISANTE, 1 VERRE DE VIN/J



EVALUATION ONCOGÉRIATRIQUE

- EVALUATION LOCOMOTRICE
- RHO NÉGATIVE
- VITESSE DE MARCHÉ 1,27 M/SEC
- 5 LEVERS DE CHAISE 14'75"
- N'UTILISE PAS D'AIDE TECHNIQUE À L'EHPAD (CANNE RESTÉE À DOMICILE)
- NE SORT PAS DE L'EHPAD SEUL (PÉRIMÈTRE DE MARCHÉ ENV 1 KM AVANT HOSPITALISATION)
- DOULEURS DE HANCHE D
- 1 CHUTE > 1 AN
- APPUI MONOPODAL POSSIBLE À G, PAS À D

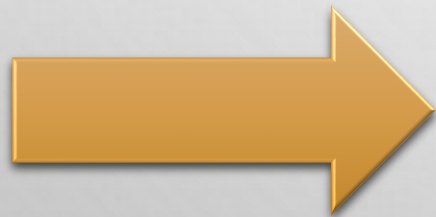


EVALUATION ONCOGÉRIATRIQUE

- **CONCLUSION:** PATIENT FRAGILE SUR DIFFÉRENTS PLANS:
 - THYMIQUE: SYNDROME DÉPRESSIF SÉVÈRE, ANCIEN
 - NUTRITIONNEL: DÉNUTRITION MODÉRÉE PROBABLE
 - LOCOMOTEUR: RÉDUCTION DU PM, RISQUE DE CHUTE MODÉRÉ
 - COGNITIF: RISQUE CONFUSIONNEL
 - SOCIAL: EHPAD ÉLOIGNÉ DE SA COMMUNE D'ORIGINE

Evaluation oncogériatrique

Curage +
Monoimmunothérapie



Monoimmunothérapie

AVIS ONCOLOGIQUE

- BÉNÉFICES DE L'IMMUNO CHEZ LES PATIENTS CONSIDÉRÉS N+ INOPÉRABLES
- TOXICITÉ DE L'IMMUNOTHÉRAPIE ?

EFFICACITÉ POUR LES > 65 ANS

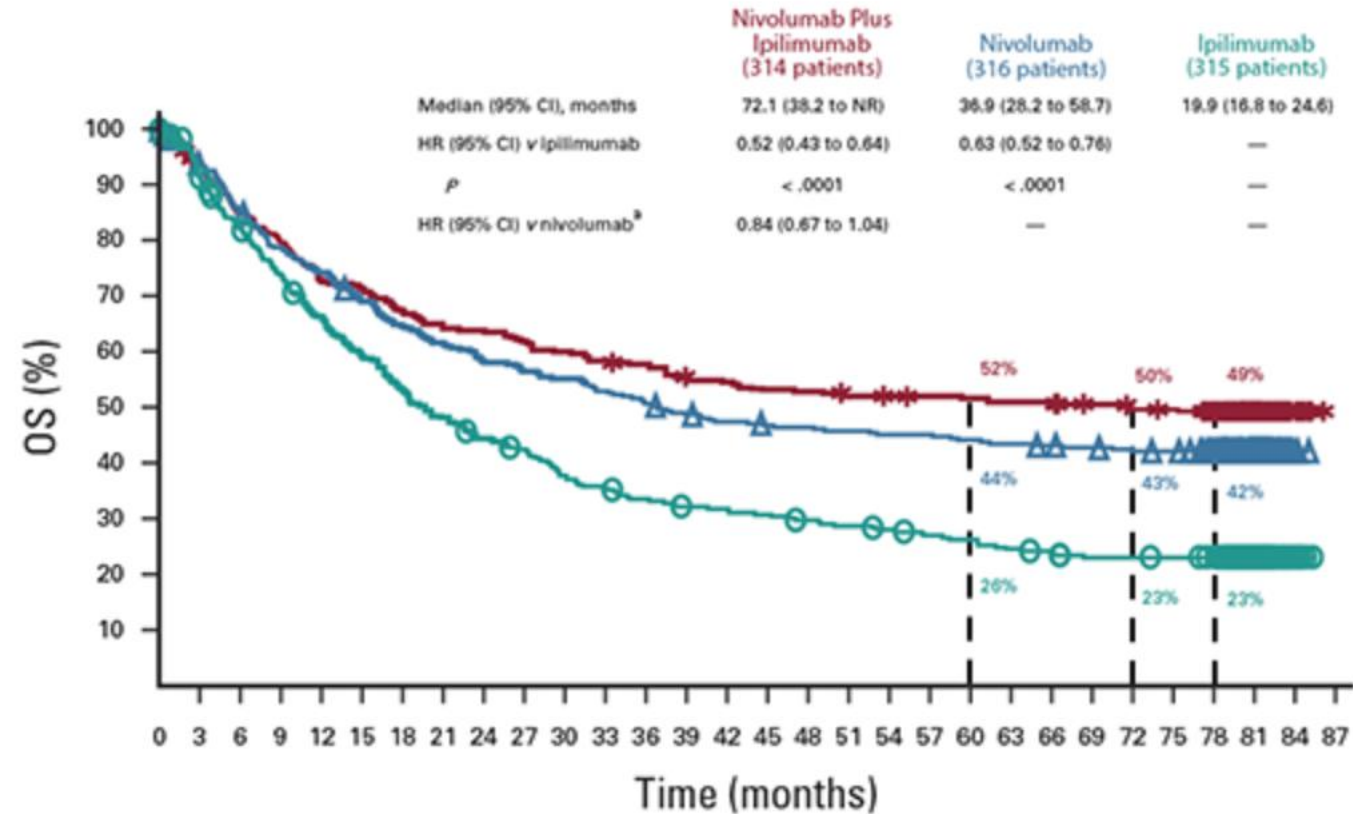
- **EFFICACITÉ DE L'IMMUNOTHÉRAPIE** : SEMBLE PRÉSERVÉE, VOIRE LÉGÈREMENT SUPÉRIEURE

Type de Traitement	Population	Médiane de Survie sans progression	Médiane de Survie Globale	Survie globale à 3 ans	
Anti-PD-1 seul (Nivolumab)	Population générale	6,9 mois (vs 2,9 mois bras IPI)	36,9 mois (vs 19,9 mois bras IPI)	51% (vs 34% bras IPI)	CheckMate 067
	≥ 65 ans (n=165)	~6-7 mois		48-51%	
Combo Immuno (Ipi + Nivo)	Population générale	11.5 mois	71,9 mois	58%	CheckMate 067
	≥ 65 ans (n=155)	11.2 mois		46%	
Combo Immuno (Nivo + Rela)	Population générale	10,2 mois (vs 4,6 mois bras NIVO)	51 mois (vs 34 mois bras NIVO)	52% (vs 45% bras NIVO)	RELATIVITY-047
	≥ 65 ans (n=155)	9,1 mois		50-53% (vs 43-46% bras NIVO)	

EFFICACITÉ NIVO – IPI VS NIVO VS IPI

Figure. Overall Survival in CheckMate-067¹

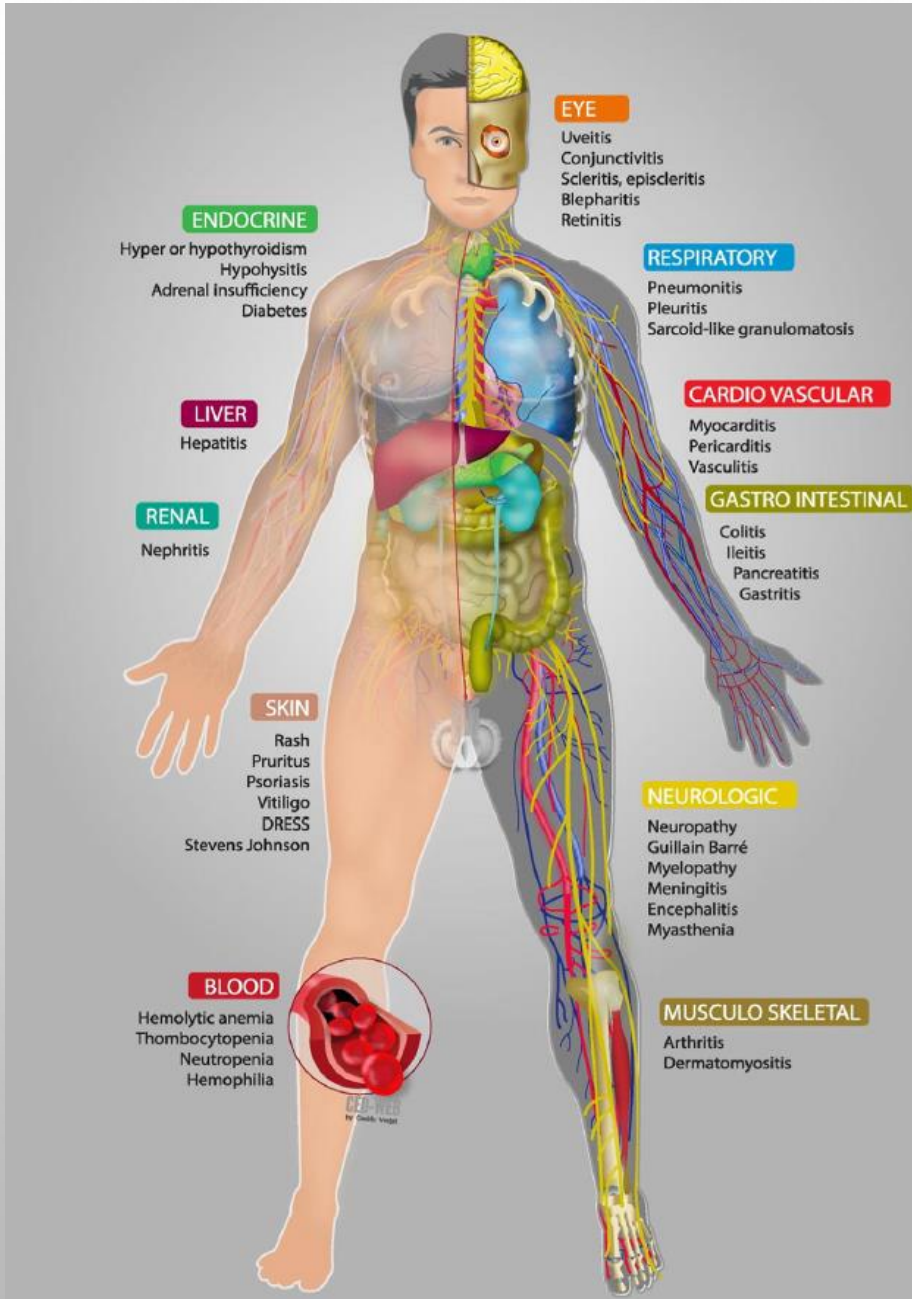
B



No. at risk:

Nivolumab plus ipilimumab	314	292	265	248	227	222	210	201	199	193	187	181	179	172	169	164	163	159	158	157	156	154	153	150	147	145	138	66	10	0
Nivolumab	316	292	266	245	231	214	201	191	181	175	171	164	158	150	145	142	141	139	137	137	134	132	130	128	126	124	117	59	3	0
Ipilimumab	315	285	253	227	203	181	163	148	135	128	113	107	100	95	94	91	87	84	81	77	75	70	68	64	64	63	61	32	7	0

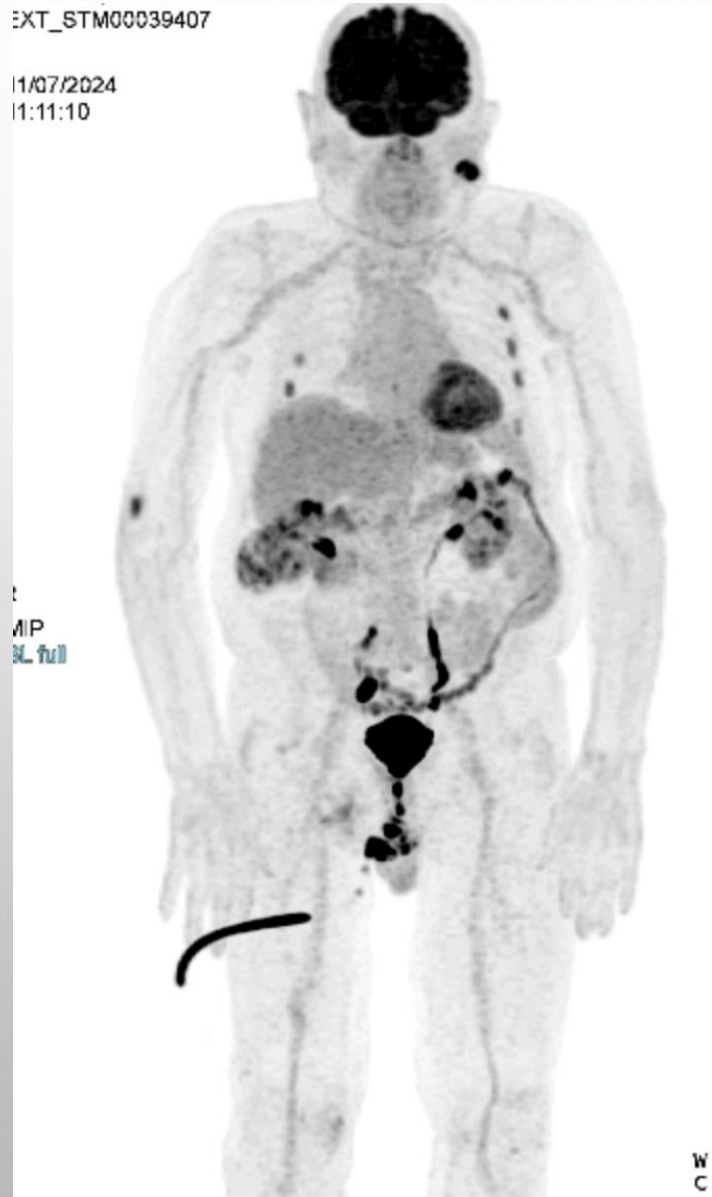
TOLÉRANCE IMMUNOTHÉRAPIE POUR LES > 65 ANS



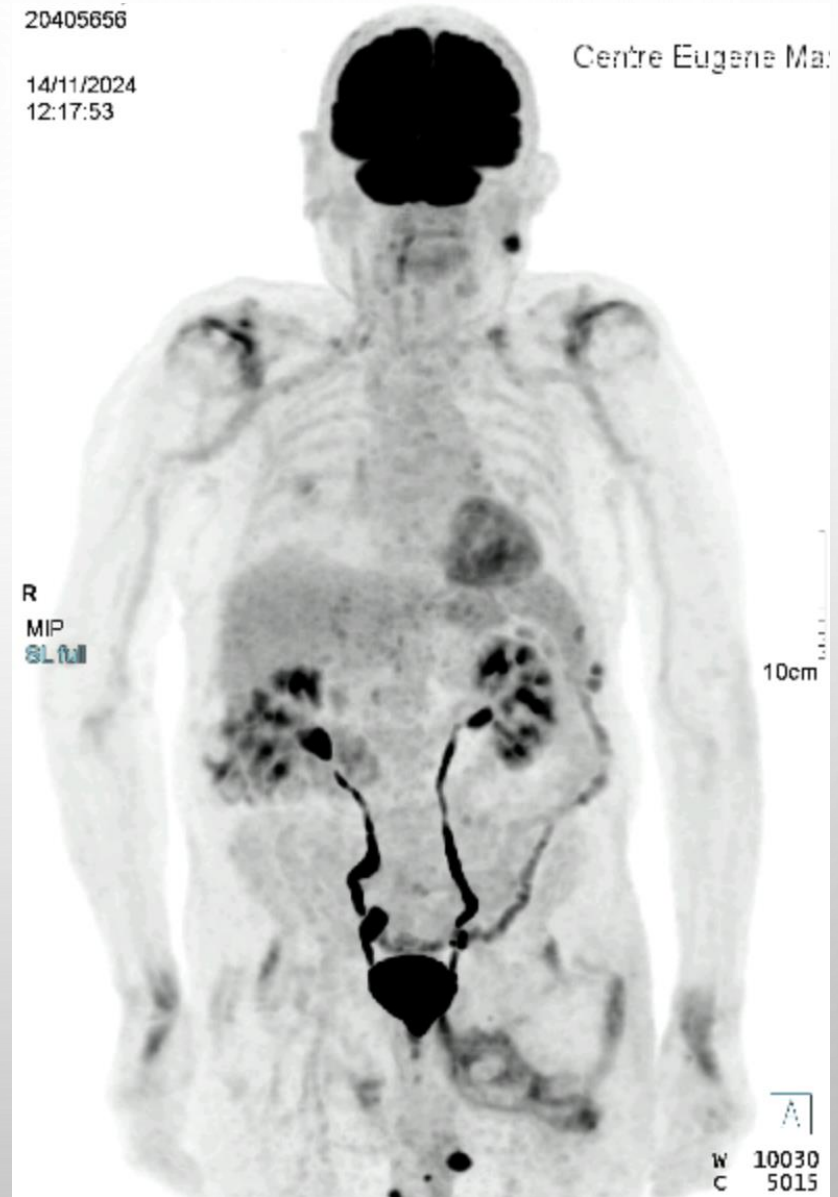
Organe / Système	Tranche d'âge	Anti-PD-1 seul (Nivo)	Opdualag (Nivo+Rela)	Combo Immu (Nivo+Ipi)
		TG / G3-4	TG / G3-4	TG / G3-4
Toutes toxicités	≥65 ans	82%/18%	85%/21%	94%/59%
	< 65 ans	77%/15%	80%/19%	96%/56%

- C1 CEM PEMBROLIZUMAB 400 MG J1 J42
- HOSPITALISATION À DINAN DU 23/07 AU 05/08/24:
 - EMBOLIE PULMONAIRE SEGMENTAIRE G
 - SYNDROME CONFUSIONNEL HYPOACTIF
 - SORT AVEC UN D4R
- C2 DINAN 16/09/2024
- C3 DINAN 29/10/2024

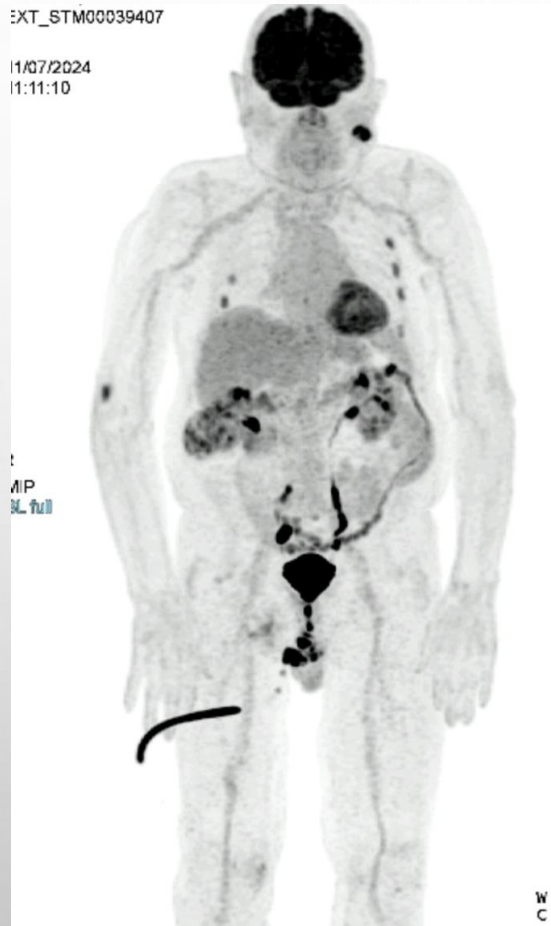
TEP SCAN 11/07/24 :



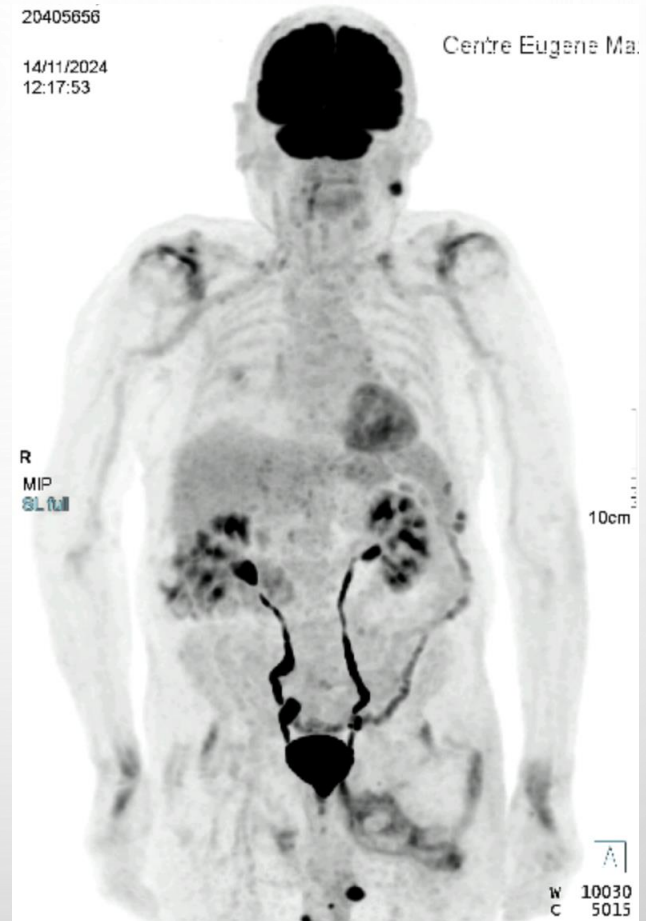
TEP SCAN 14/11/24 :



TEP SCAN 11/07/24 :



TEP SCAN 14/11/24 :



Réponse partielle, régression ganglion sous parotidien G
Aspect compatible avec une PPR immuno-induite

- CS CEM ONCO+GÉRIATRE 21/11/24 :
- PERTE DE 4 KG
- ARTHRALGIES



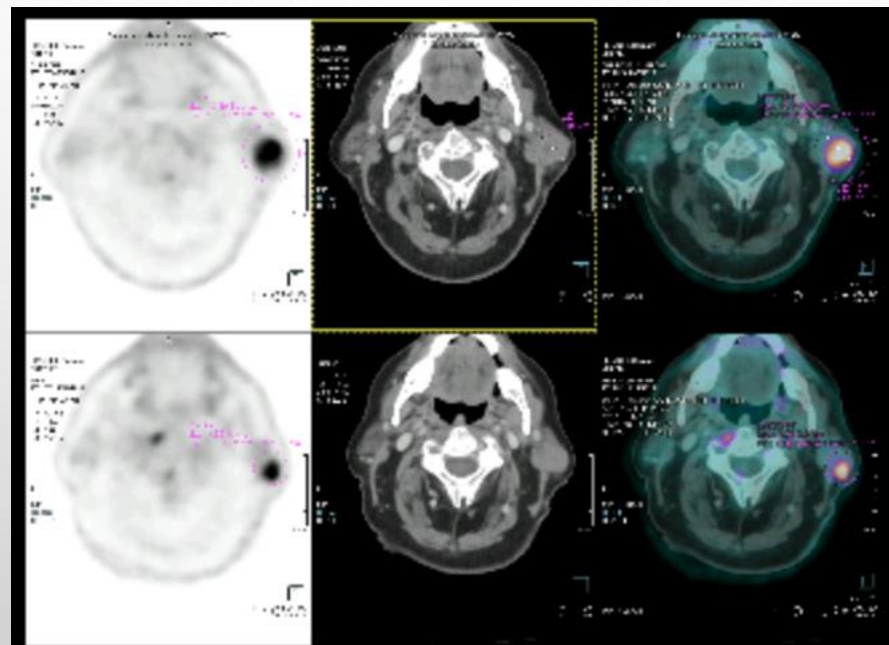
- POURSUITE IMMUNO
- CNO
- AVIS RHUMATO SI AUGMENTATION DES ARTHRALGIES

- C4 10/12/24
- C5 21/01/25 ARTHRALGIES, MARCHE À PETITS PAS
- 01 /25 : EMMÉNAGEMENT DANS UN EHPAD PROCHE DE SON DOMICILE
- C6 11 /02/2025 + AVIS RHUMATOLOGIQUE EN FAVEUR D'UNE PPR ÉPAULES + POIGNETS CORTANCYL 15 MG/J 2 SEMAINES PUIS DÉCROISSANCE SELON CRP SUR 1 AN
- **TEP SCAN 14/02/2025** STABILITÉ
- CS CEM 18/02/2025: DÉGRADATION COGNITIVE : ESPACER LES CURES TOUTES LES 6 SEMAINES+ RÉÉVALUATION ONCOGÉRIATRIQUE

EVALUATION ONCOGÉRIATRIQUE N°2

- 13/03/2025: EVALUATION PAR IPA À L'EHPAD
 - - 4%PC DEPUIS LE DÉBUT DU TRAITEMENT MAIS EN REPRISE DE 2 KG RÉCEMMENT, HAND GRIP STABLE
 - DISPARITION DES ARTHRALGIES SOUS CORTICOTHÉRAPIE, S'HABILLE DE NOUVEAU SEUL
 - AUTONOMIE STABLE
 - STABILITÉ SUR LE PLAN THYMIQUE
 - APPARITION DE SYMPTÔMES PSYCHOCOMPORTEMENTAUX À TYPE D'IRRITABILITÉ (MAIS DÉMÉNAGEMENT RÉCENT, TERRAIN OBSESSIONNEL), MMS 23/30
- RELATIVE STABILITÉ DE L'ÉTAT GÉNÉRAL

- C8 15/04/2025 :
- **TEP SCAN 05/05/2025 :**



PROGRESSION DE L'ADP PAROTIDIENNE

- CS CEM 06/05/2025 : POURSUITE IMMUNO, AVIS RADIOTHÉRAPEUTE SUR ADP PAROTIDIENNE
- C9 26/05/2025
- RADIOTHÉRAPIE CEM DU 20 AU 26/06/2025 35 GY EN 5 SÉANCES
- C10 07/07/2025
- C11 20/08/2025 BONNE RÉGRESSION DE L'ADP SOUS MANDIBULAIRE

- HOSPITALISATION EN ENTRÉE DIRECTE À DINAN LE 05/08/2025
- ENCOMBREMENT BRONCHIQUE TRAITÉ À L'EHPAD PAR AUGMENTIN, PUIS C3G
- NEUTROPÉNIE FÉBRILE
- SWITCH POUR DE LA TAZOCILLINE
- ORIENTATION DE FAÇON CONCERTÉE AVEC LA FAMILLE POUR DES SOINS DE CONFORT EXCLUSIFS
- DÉCÈS LE 08/09/2025

MESSAGES ONCOGÉRIATRIQUES

- FAISABILITÉ DE L'IMMUNOTHÉRAPIE CHEZ DES PATIENTS TRÈS VULNÉRABLES(DÉCÈS UN AN APRÈS LE DÉBUT DU TRAITEMENT), SI ON CIBLE BIEN LES FRAGILITÉS
- L'ABSTENTION DU CURAGE A PROBABLEMENT PERMIS D'ÉVITER LA PRÉCIPITATION D'UNE PERTE D'AUTONOMIE, ET DE COMMENCER L'IMMUNOTHÉRAPIE.
- BIEN PESER LA BALANCE BÉNÉFICE/RISQUE AVANT L'INTRODUCTION DE CORTICOIDES DEVANT UN EFFET SECONDAIRE IMMUNITAIRE
- LES SUIVIS ONCOGÉRIATRIQUES AVANT MODIFICATION/INTENSIFICATION DE TRAITEMENT
- INTÉRÊT DES RÉÉVALUATIONS ONCOGÉRIATRIQUES PAR UNE IPA EXPÉRIMENTÉE SEULE

MERCI POUR VOTRE ATTENTION

