

Tumeurs Cerebrales (notes du cours) (Résumé)

- * plus frqt chez Adulte que enfant
- * ya la notion de grade
(une Tm Benigne peut devenir Maligne)
- * gliome 30% / meningiome 20% / adénome hypophysaire 10%
- * chez l'enfant, siège le plus frqt c'est au niv de la fosse cerebrale post.

* classifiat° Anapath des Tumeurs

- ① Tm du tissu neuroépithélial.
 - ⚠ Astrocytome (4 grades: (1) (2) Benin (3) (4) Malin)
 - (1): ne dégénère pas
 - (2): fibrillaire, protoplasmique
 - oligodendrocyte
 - Ependymome
 - pleuraux choroïde
- ② Tm dérivé Cellules méningothéliales
 - Méningiome: grade 1, 2, 3 ⚠
- ③ Tm issues du tissu neuronal et glioneuronal
- ④ Tm issues du parenchyme pinéal
- ⑤ Tm Embryonnaires
 - Medulloblastomes sont chez enfant
- ⑥ Tm des N° périphérique
 - benin: Schwannom ---
 - malin: ---
- ⑦ Tm dérivé des cellules mélanocytaires
- ⑧ Tm de la Région sellaire ⚠
 - Adénome hypophysaire
 - Craniopharyngiome
- ⑨ des Métastases

* Classification Topographique

- ① Tm hémisphérique primitive
 - Astrocytome
 - GBM et astrocytome anaplasique
 - Méningiomes.
- ② Tm fosse post.
 - Adulte: neurinome acoustique (pas bas Anap)
- ③ Tm Région sellaire
 - Adénome hypophysaire
 - Craniopharyngiome

* physiopath

- Acetenu → Tm → Oede → HIC ++ → engorgement
- Irritat° cortical → Epilepsie
- refoulement, infiltrat° → deficit focaux

* Mode découverte

- sd HIC +++ (Aph, vomiss, Trtbl vis)
- ⚠ Deficit-Hormonal
- Deficit Neurologique focal
- crise Epilepsie!

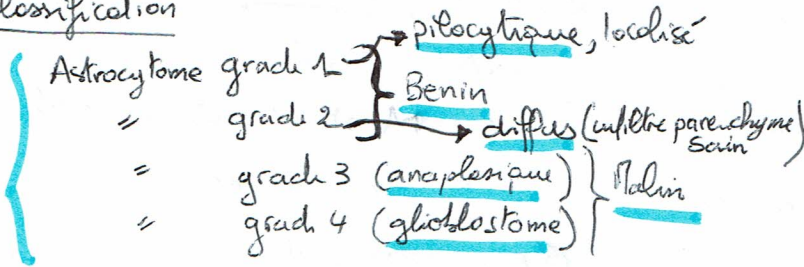
* Dg Différentiels

HIC / Epilepsie / Deficit-Neuro progressif
Abscs / AVC / Malformat°

Gliome plus frqt

- développé à partir des $\&$ de la glie : Astrocytome, oligodendrocyte.

- classification




1 et 2 \Rightarrow bas grade : grade (2) mitose \uparrow , (multiplicat° 4)


3 et 4 \Rightarrow Haut grade selon :

atypie Nucleaire, mitoses
proliférat° microvasculaire, Nécrose (grade 4) centrale




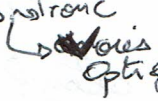
* gliome de Bas grade (1, 2)

- Sujet jeune : 35 à 45 ans
- ya suitt des Epilepsii -- pas HIC
pas d'œdeme
- Multiplicat° $\&$, partie Neuro reste fonctionnelle
- Siège prédict° : fronto-temporal-insulaire
- ne prenant pas le contrast 
- (TT) : surveil, chirr evell, chimiot, radiot,

* Haut grade : Astrocytome anaplasique et glioblastome

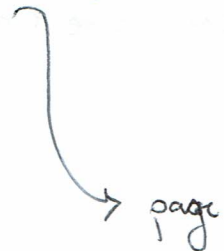
- Age sv élevée
- Pas de Métastase (endihar du Cerveau)
- prise Contrast irrégulier
- effet de Masse 
- Oeder, Nécrose, HIC, Deficit Neuro
- (TT) : chirriq radiot/chimiot.

* Pilocytique (grade 1)

- le grade 1
- Ben et reste Benin 
- Tm prenant le Contrast Très intense 
- frqt ds la fosse post chez l'enfant. 
- peut sieger ds tronc 
Optique
- la chimiothérapie suitt.

Métastase

Mémigione.



page suivante.

Gliomes de bas grade ++++

Υ Age moyen : 35 à 45 ans

Υ Clinique : épilepsie, Siege de prédilection fronto-temporoinsulaire

Υ Imagerie : lésion cortico-souscorticale ne prenant pas le contraste, peu d'œdème, calcifications surtout dans les oligodendrogliomes.

Υ TDM: hypodensité +/- des calcifications.

IRM : lésion en hypoT1, HyperT2, léger effet de masse discret œdème.

Υ Evolution progressive vers un gliomes de haut grade

Υ Survie moyenne : astrocytome 5 à 7 ans

Υ Oligo : 12 à 16 ans.

Υ Traitement : surveillance, chirurgie, chirurgie éveillée, chimiothérapie/radiothérapie si progression.

Astrocytome anaplasique et glioblastome. ++

Incidence : âge moyen souvent élevé, 53 ans GBM et 40 ans pour l'astro anaplasique.

Pas de métastase, mais une extension locorégional et leptoméningée est possible.

- Lésion hétérogène, irrégulière nécrotique (glioblastomes) prise de contraste irrégulière, annulaire, œdème peritumoral, nécrose centrale dans les glioblastomes (grade 4)

- effet de masse +++

- Survie moyenne :

astrocytome anaplasique « 3 ans », Glioblastome : 1 ans.

- Traitement : chirurgie + radio/chimioT.

pilocytique

Υ **grade 1:**

Υ Sujet jeune et enfant.

Υ Localisé surtout au niveau des voies optiques NF1, hypothalamus, gg base et la FCP (cervelet et tronccérébral)
Bien limité, capte le PC, peuvent être kystique avec un nodule charnu.

Croissance lente et transformation maligne
exceptionnel: 80° vivent au delà de 20 ans.

La radio et chimiot ne sont indiqués que lorsqu'il y a progression clinique et ou radiologique sans possibilité d'exérèse chirurgicale.

Méningiome ++++

Υ Tumeurs issue des **cellules arachnoïdienne** (feuillet arachnoïdien de la dure mère). Insertion sur la dure mère de la convexité, faux du cerveau, base du crane...

Tumeur hormono-sensible

Qd c bénin c extra parenchyme (elle n'infiltré pas le parenchyme, elle le pousse)

peut toucher lobe frontale, occipitale,nerf optique ,fosse cerebrale post ..

Υ Tumeurs le plus souvent bénigne, croissance lente et **guérison totale après exérèse complète.**

Υ Prédominance féminine, l'incidence augmente avec l'âge.

Υ Lésion arrondi, bien délimitée, raccordée aux méninges, aspect homogène à l'IRM et au scanner, **avec une prise de contraste intense et homogène.**

Υ La prise de contraste de la dure mère, **une hyperostose en regard**, la présence de calcifications, peuvent contribuer au diagnostique.

La chirurgie s'il est volumineux et ou symptomatique :

- l'exérèse totale est le garant d'une guérison totale (méningiome + attache durale)
- Exérèse considérée incomplète quand la résection de leurs attaches osseuse ou vasculaire... est impossible, ou en cas de méningiome histologiquement agressif infiltrant le parenchyme cérébral.

• Une simple surveillance : petit méningiome asymptomatique.

- Radiochirurgie : petit méningiome, arrondi, taille inf à 2cm
- Radiothérapie conventionnelle: résidu ou taille sup à 2 cm

METASTASES CEREBRALES

- Les tumeurs les plus fréquentes. **Age très avancé.**
 - 25% des cancers systémiques (autopsie),
 - **Poumon** 1/3 des cas, **sein** 1/4 des cas, rein, mélanome, gastro-intestinal..
 - Uniques ou multiple, prise de contraste avec œdème perilesionnel
 - Souvent entre la substance grise et la subst blanche
 - Peuvent être révélatrice du cancer.
 - Mauvais Pc si méta multiples, meilleurs si méta unique suivi de traitement complémentaire Rx + chimio.
 - TDM thoraco-abdomino-pelvien, mammographie, examen cutané, marqueurs tumoraux,
- Traitement : chirurgie radiothérapie, chimiothérapie.

Lymphome primitif SNC

- **Très malin , augmenté chez l'immunodéprimé**
- **Les Corticoïdes → fait disparaître l'image de la tumeur sur l'imagerie mais la tumeur est là (donc faut pas donner les corticoïdes)**
- Prise de contraste homogène
- Localisation type: profonde péri-ventriculaire multiples ou unique

- Si Uveïte +/LCR + pas besoin de la biopsie

Adénomes hypophysaires +++++

• Tumeurs bénignes de l'adénohypophyse (antéhypophyse)

- Peut siéger en intrasellaire, intra et suprasellaire, extension régionale (sinus caverneux...) dans les adénomes géants et invasifs

• Tableau clinique d'hypo ou hypersécrétion d'hormones hypophysaires. Un sd tumoral : Céphalées, troubles visuel par compression du chiasma (hémianopsie bitemporale)

- Les hormones sont
 - prolactine (on peut avoir une aménorrhée ou galactorrhée)
 - GH (une acromégalie)
 - TSH (hypothyroïdie)
 - ACTH (sd de cushing)

Un microadénome < 10mm (hypo ou hyper sécrétion , pas de sd tumoral)

- Traitement : **Chirurgie transphénoïdale**

Traitement médical (Parlodel) en 1ere intention pour l'adénome à prolactine++

traitement substitutif en cas d'insuffisance hypophysaire.

craniopharyngiome

- Tm embryonnaire développée à partir du tissu **du tractus hypophysaire.** (tige hypophysaire , post hypophyse)
- Tumeur bénigne souvent adhérent aux structure nerveuse et vasculaire ce qui rend leurs exérèse totale délicate, voir impossible.
- Imagerie: souvent suprasellaire +/- intrasellaire, **kystique +/- une masse charnue** avec des calcifications,
- Le traitement est chirurgical +/- suivi d'une radiothérapie externe
- chimio radiothérapie in situ en cas de kyste volumineux inextirpable.