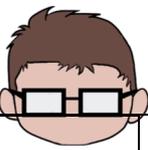


# PROCESSUS TUMORAUX

## Les tumeurs cérébrales

GÉNÉRALITÉS			
A propos des tumeurs	Nombreux types de tumeurs cérébrales	Tumeurs bénignes	Méningiome - Chirurgie
		Tumeurs malignes	Glioblastome - Tumeur cérébrale primitive cancéreuse la plus fréquente de l'adulte
	Le cerveau ne s'opère pas comme un autre organe	Présence de <b>zones fonctionnelles</b> dans le cerveau - La chirurgie est donc limitée par cette zone → Tumeur proche de la <b>motricité</b> : possible atteinte → Proche de la zone du <b>langage</b> , possible aphasie.	
	Double risque	Donc <b>risque fonctionnel</b> (handicap) Et <b>risque vital</b> (tumeur maligne ou bénigne mais localisée dans une zone difficilement opérable)	
Épidémiologie chez l'adulte	<b>Métastases cérébrales</b> : sont les cancers du cerveau les plus <b>récents</b> - 25% Tumeurs cérébrales primitives les plus fréquentes : - Méningiomes - Gliomes  → Les gliomes développés à partir des <b>cellules de soutien du cerveau</b> : <b>oligodendrocytes, astrocytes</b> - Elles peuvent devenir tumorales - Glioblastome le plus dangereux, avec survie de l'ordre de 1 an		
Chez l'enfant	Rare, mais représente 20% des tumeurs de l'enfant ( <b>proportion plus importante</b> que chez l'adulte) Les plus 2 fréquentes - <b>Médulloblastome</b> qui est malin - <b>Astrocytome</b> pilocytique qui est bénin Localisations différentes : - Adulte : le plus souvent <b>sustentorial</b> (cerveau et enveloppe) - Enfant : au niveau du <b>cervelet</b>		
CLINIQUE, EXAMENS, PRONOSTIC			
Signes cliniques	3 modes de présentation	<b>L'hypertension intracrânienne</b>	Paracétamol <u>inefficace</u> La nuit en 2 <sup>e</sup> partie de la nuit ou au petit matin au <b>réveil</b> + vomissement
		<b>Épilepsie</b>	Elles sont <b>partielles</b> : → Lésion au niveau <b>frontal gauche</b> entraîne des crises motrices au niveau de l' <b>hémicorps droit</b> <b>Intermittentes, brèves, stéréotypées</b> Dépend d'où est la lésion
		<b>Déficit neurologique progressif</b>	Gène <b>visuelle</b> , troubles <b>sensitifs</b> Début différent d'un AVC - AVC possède un <b>début brutal</b> Le type de déficit dépend du siège de la lésion
	Mais la présentation va dépendre	A la fois du <b>volume tumoral</b> - <b>Place prise dans la tête</b>	





		Mais aussi du <b>siège</b> de la tumeur Et enfin de la <b>vitesse de croissance</b> de la tumeur
Épilepsie et déficits	Frontal	<b>Troubles moteurs et du langage (à gauche)</b>
	Pariétal	<b>Sensitifs</b>
	Occipital	<b>Visuels</b>
	Temporal	<b>Troubles du langage (à gauche)</b>
Examen complémentaire	<b>IRM cérébral :</b> - Mettre en évidence un <b>processus expansif intracrânien</b> → Oriente le diagnostic clinique mais peut également permettre de <b>guider</b> la chirurgie.	
Pronostic	Bénigne	Si localisée dans une zone où l'on peut tout enlever - La chirurgie est alors la <b>guérison</b>
	Maligne	Possède un <b>pronostic grave</b> Métastases cérébrales → survie médiane de 3 à 6 mois. - Beaucoup décèdent de l'évolution générale de leur cancer mais pas des M cérébrales Le glioblastome possède quant à lui une survie médiane de 1 an. - Progrès +++ . Il y a des patients à 5-10 ans qui vont bien - Mais <b>pronostic grave</b> parce que tumeurs infiltrantes, résistantes aux <b>chimiothérapies et radiothérapies</b> Le médulloblastome lui, à une survie de 50% à 5 ans. - Moins mauvais pronostic mais mortalité à 5 ans importante
D'où viendront les progrès ?	Biologie moléculaire	Pour un même aspect <b>histologique</b> , le pronostic sera <b>différent</b> en fonction d'une certaine <b>anomalie moléculaire</b> , peu importe laquelle. - Perte partie chromosome 1 ou 19

### STRATEGIES THERAPEUTIQUES

Importance de la prise en charge pluridisciplinaire	Prise en charge globale → D'abord médecin traitant en première ligne, puis tout le reste.	
Traitements symptomatiques	Souvent il y a un <b>œdème</b> dans ces tumeurs - Œdème = vaisseaux anormaux hyper perméables - Donc on a une <b>fuite de liquide interstitiel</b> au niveau du cerveau → Meilleur ttt = <b>corticoïdes</b> . Mais EI +++ - Dose minimale efficace	
	<i>Traitements en résumé</i>	
	Rééducation	Kinésithérapie
	Psychotropes	Souvent utiles
	Antalgiques	Morphinique à l'évaluation du besoin - <b>Adapté.</b>
	Antico	Dans le cadre de la <b>prévention des phlébites et des EP</b> - <b>Patients hémi, alités...</b> → Utilisation HBPM EP : anticoagule les patients, <u>pas de risque d'hémorragie intratumorale.</u>
Antiépileptiques	Uniquement en <b>prévention secondaire</b> - <b>Prévention primaire (si pas de risque) reviendrait à infliger trop d'effets secondaires pour rien.</b>	





Traitements étiologiques	Radiothérapie cérébrale	Bon traitement mais souvent les tumeurs sont <b>résistantes</b> donc utilisation de <b>fortes doses</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Patients qui survivent à long terme, risque de neurotoxicité de la radiothérapie</li></ul> → Encore plus vrai chez le jeune enfant <3 ans <ul style="list-style-type: none"><li>- Il a été décidé de ne plus faire de radio chez ces patients mais de la chimiothérapie</li></ul>
	Chirurgie	Très spécialisée ; limitée par le fait qu'il y ait des zones fonctionnelles qui doivent être respectées
	Chimiothérapie	Pas toutes les chimio sont sensibles Barrière hémato encéphalique <ul style="list-style-type: none"><li>- Protège des chimio</li></ul> Donc utilisation de chimio qui <b>pénètrent bien</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Choix thérapeutique limité.</li></ul>

### AVENIR

Perspectives	<p>Le but étant de trouver les traitements les plus efficaces</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Recherche biologique</li><li>- Recherche clinique</li></ul> <p>Il faut améliorer la qualité de vie des patients et des aidants Développement des soins à la fois de support et de confort</p> <p>Pour les patients qui vont décéder des suites de l'évolution de leur cancer cérébral → Intervention des équipes de soins palliatifs.</p>
--------------	---

