

I-INTRODUCTION :

Les tumeurs cérébrales sous-tentorielles ou de la fosse postérieure sont développées dans la loge cérébelleuse, au dessous de la tente du cervelet.

Elles sont graves du fait de leur double risque vital et fonctionnel. Elles nécessitent une prise en charge neurochirurgicale urgente, possible, grâce à un diagnostic précoce (TDM, IRM).

II-RAPPEL ANATOMIQUE :

La FCP est un espace limité par :

- 1-l'écaille occipitale en arrière.
- 2-le rocher et l'apophyse mastoïde latéralement.
- 3-la lame basilaire et le corps sphénoïde en avant.
- 4-la tente du cervelet en haut.

La FCP a deux orifices :

- un supérieur : trou ovale
- un inférieur : trou occipital surplombé par les amygdales cérébelleuses.

III-EPIDEMIOLOGIE :

- chez l'enfant : elles représentent 70% des tumeurs cérébrales
- chez l'adulte : elles représentent 30% des tumeurs cérébrales

IV- PHYSIOPATHOLOGIE :

La FCP est un espace clos, inextensible et exigu, riche en structures nerveuses hyperfonctionnelles (tronc cérébral) ce qui explique d'un côté les dangers énormes de la chirurgie mais aussi les conséquences de ces tumeurs :

- 1 déficits neurologiques : liés à la compression et/ou la lésion des structures nerveuses de voisinage (voies longues, nerfs crâniens...)
- 2 hydrocéphalie triventriculaire : par blocage de l'écoulement du LCR, ce qui va majorer l'hypertension intracrânienne. (Tm+HDC)
- 3 engorgement le plus souvent, des amygdales cérébelleuses dans le trou occipital et exceptionnellement engorgement du culmen dans le foramen ovale.

V-CLASSIFICATION TOPOGRAPHIQUE : on distingue :

1-les tumeurs du cervelet :

→ *tumeurs médianes : touchent le vermis

① -HIC est sévère : céphalées, vomissements, troubles visuels, œdème papillaire au FO, troubles Psychique.

② -Sd cérébelleux statique : élargissement du polygone de sustentation, démarche ébrieuse...

→ *tumeurs latérales : des hémisphères cérébelleux

① -HIC : modérée

② -Sd cérébelleux cinétique unilatéral : hypotonie, tremblement intentionnel, trouble de l'écriture et de la parole

La tumeur déborde son siège initial ce qui explique que la séméiologie est généralement mixte cad stato-cinétique.

2-les tumeurs du IVème ventricule :

① -HIC sévère

② -Sd cérébelleux statique

③ -atteinte des nerfs crâniens (*plombés*)

④ -troubles neurovégétatifs à un stade tardif.

3-tumeurs du tronc cérébral :

→ pathologie essentiellement de l'enfant.

→ Sd alterne : atteinte nucléaire d'un côté et déficit moteur croisé (Sd weber, Millard-Gubler).

→ HIC est tardive

→ Sd cérébelleux.

4-tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux :

C'est un espace triangulaire limité par le tronc cérébral en dedans, en dehors par la face postérieure du rocher et en haut par le cervelet. la chronologie d'apparition des signes cliniques est caractérisée par trois stades :

① stade ORL : allant de la baisse de l'acuité auditive jusqu'à la surdité de perception.

② stade neurologique : par compression des éléments nerveux (tronc cérébral, cervelet, nerfs mixtes)

③ stade HIC : tardif par blocage du LCR avec hydrocéphalie.

VI-CLASSIFICATION HISTOLOGIQUE : (étudiée dans la 1ère partie)

A l'avantage d'uniformiser la terminologie .les principales tumeurs de la FCP sont :

A - Chez l'enfant :

1-Tumeurs du cervelet et du IVème ventricule :

a) Médulloblastome :

-touche préférentiellement l'enfant .la tumeur présente un aspect de « gelée de groseille »

-Tm hautement maligne, radiosensible.

-les résultats de la radiothérapie sont encourageants

-le Pc : sombre chez l'enfant mais bon chez l'adulte.

Métastases : par voie du LCR touchant la moelle, les ventricules et le cortex cérébral.

b) Astrocytome :

-tumeur bénigne, hémisphérique, kystique bien limitée, ne métastasent pas.

-Pc excellent en cas d'exérèse complète avec guérison définitive.

c) Ependymome du IVème ventricule :

-tumeur insérée sur le plancher du IVème ventricule, métastase par voie du LCR au niveau de la moelle et les ventricules.

-Pc réservé du fait du risque opératoire élevé.

2-Tumeurs du tronc cérébral : Gliome infiltrant du tronc.

Tumeur bénigne et infiltrante, inaccessible à la chirurgie du fait de son siège, mortelle en quelques mois ou années.

3-Autres tumeurs : papillomes des plexus choroïdes, neurinomes méningiomes, métastases.

B- Chez l'adulte :

1-Tumeurs de l'angle Ponto-cérébelleux :

a- Neurinome de l'acoustique :

-tumeur bénigne, ferme, encapsulée et bien limitée.se développe a partir de la VIIIème paire crânienne .habituellement unique mais peut être bilatérale : maladie de RECKLING HAUSEN

b) autres tumeurs : méningiome, cholestéatome.....

2-Tumeurs du cervelet :

Métastases, hémangioblastome, astrocytome, médulloblastome...

VII-TRAITEMENT :

A-Traitement médical : pour lutter contre l'œdème cérébral et les crises convulsives :

1 -Solutés hypertoniques : mannitol à 20%

2 -Glucocorticoïdes

3 -Hyperventilation

4 -Anticonvulsivants

B-Traitement chirurgical :

1-Traitement chirurgical de l'hydrocéphalie : en urgence drainage externe ou interne (dérivation ventriculo-péritonéale ou ventriculo -cisternostomie).

2-traitement de la tumeur :

-Un abord direct : si la tumeur est accessible avec exérèse la plus complète possible (sous microscope) après une craniectomie à os perdu.

-Une biopsie stéréotaxique en cas de tumeur profonde (tm du tronc cérébral)

C-Traitements complémentaires :

-radiothérapie et/ou chimiothérapie : en fonction du type histologique et la qualité de l'exérèse.