

# *Tumeurs cérébrales*

## Introduction

- **2 critères de classification** : siège et type histologique
- **Siège** : hémisphériques, sellaires, Fosse Cérébrale Postérieure (FCP) : tronc cérébral, cervelet, 4<sup>e</sup> ventricule
- Les tumeurs cérébrales sont classées selon la nature histologique et où se développe ce tissu, par conséquent, le tableau clinique dépendra :
  - **De la nature histologique** : maligne, bénigne
  - **Du mode d'installation** : rapide, brutal, progressif
  - **Du siège ou de la localisation** : syndrome topographique, niveau lésionnel
- On exclut les tumeurs secondaires (métastases) de notre étude

## Tumeurs hémisphériques (lobes hémisphériques et méninges)

- **Gliomes +++** : tumeurs malignes, les plus fréquentes, qui se développent à partir des cellules gliales du parenchyme cérébral, donc, la plupart des tumeurs cérébrales sont malignes
- **Méningiomes** : tumeurs bénignes, à partir des cellules arachnoïdiennes des méninges

**Tableau clinique** : peut-être révélé par 3 modes :

- **Crise d'épilepsie** :
  - **Partielle** : dans la majorité des cas, secondairement généralisée → épilepsie symptomatique → rechercher l'étiologie
  - **Tardive** : à partir d'un certain âge, il commence à faire des crises → rechercher l'étiologie
- **Syndrome topographique déficitaire** : de localisation, souvent incomplet → rechercher l'étiologie
- **Hypertension intracrânienne (HIC)** : signe de gravité, n'a pas de valeur localisatrice, c'est le dernier stade évolutif de la tumeur (stade de complications) → risques d'engagement cérébral et mise en jeu du pronostic vital
  - Elle se traduit par des céphalées (intenses, prolongées, rebelles au traitement antalgique), pouvant s'accompagner de nausées, vomissements, troubles visuels avec anomalies au fond d'œil (flou papillaire, œdème papillaire bilatéral, atrophie optique)

**Remarque** : un fond d'œil normal n'élimine pas le HIC

**Diagnostic de présomption** : TDM / IRM

**Diagnostic de certitude** : anatomopathologique

**Traitement** :

- **Symptomatique** (médical) : pour soulager le malade :
  - Antalgiques (pas d'aspirine)
  - Antiépileptiques
  - Corticoïdes (pour résorber l'œdème cérébral)
- **Curatif** (chirurgical) : traitement de l'hydrocéphalie en urgence puis exérèse de la tumeur
  - **Méningiome** : exérèse
  - **Gliomes** : exérèse + chimiothérapie/radiothérapie

## Tumeurs sellaires

Peut toucher les organes de voisinage (hypophyse, chiasma optique...)

<b>Craniopharyngiome</b>	<b>Adénome hypophysaire</b>
Tumeur bénigne fréquente chez les enfants (5 à 10 ans) Nait à partir d'un reliquat embryonnaire Triple composante : kystique, charnue, calcifications La partie kystique va comprimer la tige pituitaire, donc, l'hypophyse va être freinée	Tumeur bénigne fréquent chez les adultes (femmes +++) Nait à partir des cellules de la glande hypophysaire → antéhypophyse +++

### Tableau clinique

<b>Stade précoce</b>	Compression de la tige pituitaire → syndrome endocrinien → insuffisance antéhypophysaire → retard staturo-pondéral (diminution de l'hormone de croissance)	Syndrome endocrinien → hyper-sécrétion hormonale → selon les hormones : insuffisance surrénalienne aigüe, hyperthyroïdie, syndrome aménorrhée/galactorrhée...
<b>Phase d'état : stade opto-chiasmatique</b>	Diminution de l'acuité visuelle qui traduit une compression du chiasma optique, pouvant se compliquer par une cécité Troubles du champ visuel bitemporal en carte de géographie (asymétrique) par compression du chiasma optique → non-typique, peut manquer	Marquée par une diminution de l'acuité visuelle et une amputation du champ visuel de type hémianopsie ou quadranopsie bitemporale typique
<b>Stade tardif : complications</b>	Hypertension Intra-Crânienne	
<b>Examens</b>	Bilan endocrinien (hormone de croissance) TDM/IRM	Bilan hormonal (obligatoire) IRM
<b>Traitement</b>	<b>Médical</b> : hormonal (de substitution) <b>Chirurgical</b> : difficile	<b>Médical</b> : hormonal (pour diminuer la sécrétion) / <b>Chirurgie</b>

## Tumeurs de la fosse cérébrale postérieure (FCP)

**Tumeurs du tronc cérébral** : dominées par les gliomes, structures profondes presque inaccessibles (noyaux et nerfs des paires crâniennes, voies ascendantes (sensibilité), voies descendantes (motricité), substance réticulée activatrice ascendante → troubles de la vigilance (coma))

- **Phase précoce** : atteinte multiple des nerfs crâniens ≥ 2 sauf I et II qui sont sus-tentoriels
- **Phase d'état** : atteinte des voies longues (sensibilité – motricité) → signes déficitaires associés à certain degré de troubles de la vigilance
- **Phase tardive** : → complications :
  - Troubles de la déglutition et phonation par atteinte des nerfs mixtes
  - Troubles de la vigilance pouvant aller jusqu'au coma profond par atteinte directe de la substance réticulée
  - Engagement suite au syndrome d'HIC secondaire à la tumeur elle-même ou hydrocéphalie par compression du 4<sup>e</sup> ventricule
- **Traitement** :
  - **Symptomatique** (antalgiques, anti-œdème) ± **radiothérapie**
  - **Corticoïdes**
  - **Chirurgical** : traitement de l'hydrocéphalie dont la tumeur n'est pas possible

**Tumeurs du 4<sup>e</sup> ventricule** : un seul type → épéndymome du 4<sup>e</sup> ventricule dans le tissu épéndymaire. Le diagnostic est le plus souvent posé au stade de complications (tardif) → HIC secondaire à une hydrocéphalie aigüe

- **Traitement** : traitement de l'hydrocéphalie + exérèse de la tumeur ± traitement complémentaire

## Tumeurs du cervelet :

- **Tumeurs du vermis** (médulloblastome) : tumeur hautement maligne, plus fréquente chez l'enfant à l'âge scolaire
  - **Phase précoce** : syndrome cérébelleux statique se traduit par des troubles de l'équilibre à la station debout et à la marche
  - **Phase d'état** : syndrome cérébelleux franc stato-cinétique (tremblements, dysarthrie, hypermétrie, adiadococinésie, dyschronométrie, hypotonie)
  - **Phase tardive** : complications → HIC compression du 4<sup>e</sup> ventricule → hydrocéphalie
- **Diagnostic** : TDM/IRM
- **Traitement** :
  - **Chirurgical** : tumeur + hydrocéphalie
  - **Symptomatique + corticothérapie + chimiothérapie/radiothérapie** (la radiothérapie est contre-indiquée si l'âge < 6 ans)
- **Tumeurs des hémisphères cérébelleux** (astrocytome kystique du cervelet) : tumeur bénigne qui présente une double composante : kystique et charnue, plus fréquente chez l'adulte
  - **Phase précoce** : syndrome cérébelleux cinétique
  - **Phase d'état** : syndrome cérébelleux stato-cinétique
  - **Phase tardive** : HIC avec même mécanisme
- **Diagnostic** : TDM/IRM
- **Traitement** :
  - **Symptomatique**
  - **Curatif** : chirurgie : tumeur + hydrocéphalie

## Tumeur de l'angle ponto-cérébelleux

**Neurinome de l'acoustique** : entre le cervelet et le rochet, dans 80 % des cas, c'est un schwannome qui prend naissance à partir de la gaine de Schwann du VIII

- **Phase précoce** (otologique pure) : diminution de l'acuité auditive (hypoacousie) de type de perception unilatérale (au maximum : surdité)
  - **Phase d'état** (oto-neurologique) : compression des nerfs crâniens du voisinage (V, VII, nerfs mixtes)
  - **Phase tardive** : HIC par compression du 4<sup>e</sup> ventricule
- **Diagnostic** : IRM
  - **Traitement** : chirurgie : tumeur + hydrocéphalie