

ANESSMC  
Bibliothèque Chalet  
Copy Service

# LES TUMEURS CEREBRALES SUS TENTORIELLES

DR CZ .BENRABAH

Service de neurochirurgie-CHUC-

## I-INTRODUCTION

Ce sont des néoformations qui se développent à partir du tissu nerveux, des structures autre que l'encéphale tel que : l'hypophyse, les méninges et les nerfs crâniens.

Sont exclues de cette étude les formations hémorragiques (hématomes), infectieuses (abcès) et parasitaires (kyste hydatique).

## II-DIAGNOSTIC POSITIF

### A-SEMEIOLOGIE CLINIQUE

Les signes cliniques d'une tumeur cérébrale sont nombreux ils sont repartis en deux groupes :

#### a-Séméiologie globale :

**1- Syndrome d'HIC** : syndrome commun aux tumeurs intracrâniennes, il est caractérisé par la triade classique :

-céphalées : matinales, intenses, rebelles aux antalgiques habituels.

-vomissements : facile en jet survenant à l'acmé des céphalées qu'ils calment d'ailleurs. *la phase de plus aiguë*

-troubles visuels : baisse de l'acuité visuelle uni ou bilatérale avec généralement œdème papillaire au fond d'œil (on peut avoir une stase ou une atrophie optique)

Il ne faut pas attendre ce stade pour porter le diagnostic

**2-Epilepsie généralisée** : constitue une manifestation commune aux tumeurs intracrâniennes, il faut se méfier d'une épilepsie tardive.

**3-Chez le nouveau-né et le nourrisson** : augmentation du PC

**b-Symptomatologie focale** : traduit la souffrance cérébrale locale et oriente vers la topographie de la tumeur (déficit moteur ou sensitif)

## B- LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

La ponction lombaire est proscrite

### a- Radiographie du crâne :

° Signes d'HIC 1- disjonction des sutures

2- empreintes digitiformes

3 - érosion ou destruction du dorsum sellae

Degradation ou altération simple focale d'une substance (lésion).

4- élargissement des veines émissaires

° Signes en rapport avec la tumeur

1 - lyse osseuse ou à l'inverse hyperostose

2 - calcifications

3 - sillons vasculaires creuses

**b- Tomodensitométrie :** examen de choix, permet de

1 - confirmer le diagnostic

2 - préciser la topographie de la tumeur, parfois sa nature et les signes accompagnateurs (œdème,....)

**c- Imagerie par résonance magnétique (IRM) :** Examen le plus fiable

**d- échographie transfontanellaire :** chez le nouveau-né et le nourrisson

**e- angiographie cérébrale :** permet l'étude des axes vasculaires, très peu pratiquée actuellement en dehors des malformations vasculaires.

## III- DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

**a- AVC :** dans ce cas, il ya une brutalité dans l'installation et la progression des signes cliniques, les métastases cérébrales peuvent évoluer de la même façon, dans ce cas la TDM cérébrale permet de redresser très vite le diagnostic.

**b- Processus dégénératif :** la séméiologie n'est pas focale, la TDM permet de trancher

## V-CLASSIFICATION - Il existe deux types de classification

- Topographique : la tente du cervelet est la structure anatomique qui sépare les tumeurs sus-tentorielles des tumeurs sous-tentorielles

- Histologique

## A- CLASSIFICATION TOPOGRAPHIQUE

① tumeurs des hémisphères cérébraux : les plus fréquentes, représentent 20%. Les crises d'épilepsies focales ou généralisées inaugurales sont fréquemment retrouvées.

a ° Tumeurs frontales : caractérisées par des troubles intellectuels et psychiques avec un syndrome <sup>2</sup> dépressif, libération des réflexes archaïques (grasping <sup>3</sup> avec un réflexe, réflexe de succion, comportement d'urination) ou à l'inverse excès de jovialité.  
*le tableau d'un délirant*  
*introduction de la Bravais*

b ° Tumeurs rolandiques : caractérisées par l'épilepsie Bravais jacksonienne c'est-à-dire à début localisé et conscient puis extension progressive de la crise, il existe un déficit <sup>2</sup> moteur partiel.

c ° Tumeurs temporales : caractérisées par :

1 - crises uncinées : ce sont des phénomènes hallucinatoires visuel, olfactif, ou auditif avec état de rêve et sensation de déjà vu ou entendu (dreamy-state)

2 - engagement temporal : on a une mydriase d'un côté et un déficit moteur controlatéral (la mydriase étant située du même côté que la lésion) le réflexe photomoteur est aboli.

d ° Tumeurs pariétales :

1 - les troubles intéressent les fonctions supérieures (apraxie, astéréognosie)

2 - HLH dans le champ visuel controlatéral parfois réduite au cadran inférieur.

e ° Tumeurs occipitales : HLH dans le champ visuel controlatéral avec respect du champ maculaire.  
*Memoriser*  
*HLH*

② Tumeurs du corps calleux :

1 - troubles psychiques

2 - alexie et difficulté à reconnaître les couleurs  
*Troubles sensoriel acquis ou congénital de type aphasique*

3 - ataxie callosale

3- Tumeurs des noyaux gris centraux

1 - touchent essentiellement le thalamus

2 - hémiparésie controlatérale

3 - HIC alors que le syndrome de Déjerine Roussy est rare.

4- Tumeurs des ventricules : 3% des TIC

- V3 : HIC avec accès paroxystique variant avec la position de la tête : Sd Burns

se caractérise par : - Nausée de tête survenant par paroxysmes associés à des vomissements - Perte d'équilibre et

- V4 : ne possèdent pas de séméiologie propre, chez le nouveau-né il peut quelques fois

s'agir d'une hydrocéphalie

- trouble de vision
- symptômes liés au changement de position
- Tachycardie

\* 5- Tumeurs pinéales :

1 - HIC importante, sévère et précoce.

2 - Syndrome de Parinaud : paralysie de la verticalité qui porte sur l'abaissement des globes oculaires.

3 - nystagmus, dans certains cas c'est une puberté précoce.

6- Tumeurs de la région sellaire : 20% TIC chez l'adulte, la séméiologie associée 03 groupes de signes dont la chronologie d'apparition est très importante à retenir :

1 - Troubles endocriniens : ce sont les premiers qui apparaissent et amènent le malade à consulter. ils traduisent l'altération des fonctions hypophysaires dans le sens déficitaire pouvant réaliser à l'extrême un pan hypopituitarisme.

2 - Troubles ophtalmologiques : succèdent aux précédents le plus souvent il s'agit d'une hémianopsie bitemporale.

3 - Troubles neurologiques : lorsque la tumeur déborde la selle turcique, elle peut comprimer ou envahir les structures de voisinage (hypothalamus, lobe frontal, sinus caverneux).

4 - signes radiologiques : modification de la selle turcique avec aspect de double fond

S'observe au cas de lésion de  
nomé des fois de con chez  
thalamus

Symptômes :

- V de sensibilité super faciale et perte de la sensibilité à la p. affe
- Rémi ataxie [incoordination des mouvements involontaire - d'un seul
- Mouvements choréo-athétosés
- Tremblements
- Oedèmes parfois intolérés à - de brûlure déclenché par un attouchement cutané
- Hémiparésie, hémiplegie T et L
- Parfois HLH.

## B-CLASSIFICATION HISTOLOGIQUE

### a-Classification OMS :

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

1-Tumeur du tissu neuroepitheial : astrocytomes, glioblastomes, ependymomes, papillomes, pineocytomes, medulloblastomes, ependymoblastomes, adenomes hypophysaires....

2-Tumeurs des nerfs crâniens : schwannome, neurofibrome

3-Tumeurs méningées : méningiomes

4-Tumeurs dérivés de reliquat embryonnaire : craniopharyngiome

5-Néoplasies hématopoïétiques : lymphome malin, plasmocytome

6-Tumeurs des cellules germinales : germinome, teratome

7-extension locale des tumeurs régionales : chordome

8-Métastases cérébrales

9-kystes et pseudotumeurs : kyste dermoïde et epidermoïde, kyste colloïde

### b-Histologie

Nous discuterons brièvement les différents types fréquents en neurochirurgie

**1-Astrocytome** : tumeur kystique comportant un bourgeon charnu

Formé de cellules astrocytaires fibrillaires, protoplasmiques et gemistocytiques disposées dans un réseau de prolongement fibrillaire

C'est une tumeur souvent bénigne qui peut subir une transformation maligne

Siege : hémisphères cérébelleux

Chez l'enfant le pronostic est généralement bon.

**2-Glioblastome** : représente 50% des gliomes

-il peut se voir a tout âge, le pic de fréquence entre 40 et 50 ans

-formé de cellules de taille et de forme différente, les mitoses sont nombreuses. il existe une hémorragie, de la nécrose et présence de cellules géantes.

Siege : hémisphères cérébraux surtout le lobe temporal

La tumeur répond à la radiothérapie mais le pronostic est mauvais

**3-Oligodendrogliome** : 5% des gliomes

Aspect assez monomorphe à savoir des oligodendrocytes gonflées et tassées les unes sur les autres. Le noyau est arrondi, foncé et de petit volume, l'ensemble présente un aspect en « nid d'abeille »

C'est une tumeur bénigne

Siege : hémisphères cérébraux, noyaux gris centraux, tronc cérébral

**4-Médulloblastome** : 30-40% des tumeurs de la FCP

Touche préférentiellement l'enfant

Présente un aspect cellulaire monomorphe, cellules à noyau rond ou ovalaire disposées en nappes ou en rangées parallèles ou pseudo-rosettes, la tumeur présente un aspect dit de « gelée de groseille »

Le médulloblastome est une tumeur hautement maligne, radiosensible

Les résultats de la chimiothérapie sont encourageants

Siege : vermis, hémisphères cérébelleux

Pronostic : sombre chez l'enfant mais bon chez l'adulte

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

**5-Ependymomes** : 5% des gliomes

Forme de cellules polygonales disposées autour d'une cavité virtuelle avec présence de tubules ependymaires

Siege : hémisphères cérébraux, VL, V4

Métastases : par voie du LCR au niveau de la moelle, les ventricules

Radiothérapie : peu efficace

6-Papillomes : 5% des tumeurs cérébrales

Ont une structure papillaire formée par un axe vasculo-conjonctif tapissé par un épithélium prismatique ou cubique

Siege : plexus choroïdes

Tumeur bénigne

7-Pinealomes : on distingue

Germinomes : 50% des tumeurs pinéales

Pinélocytome : aspect cytologique d'une glande pinéale normale

Pinealoblastome : tumeur hautement cellulaire

8-Kyste colloïde : 2% des gliomes

La paroi du kyste est formée d'une capsule fibreuse revêtue d'un épithélium cubique

Le contenu : matériel amorphe, liquidien

Siege : 

Tumeur bénigne

9-Neurinome :

C'est une tumeur ferme, encapsulée et bien limitée, il existe deux types

Type A d'Antoni : fibrillaire

Type B d'Antoni : réticulaire, la densité cellulaire est moindre

Siege : angle ponto-cérébelleux (APC) : touche la VIIIe paire crânienne cad l'acoustique d'où l'appellation de Neurinome de l'acoustique

Maladie de Reckling Hausen : neurinomes bilatéraux

C'est une tumeur bénigne

10-Méningiome : 20% des TIC

Tumeur bien limitée, encapsulée et extra parenchymateuse formée de tourbillons cellulaires ou « WORLS » Siege ubiquitaire, tumeur bénigne

## 11-Craniopharyngiome : 3% TIC et 20% des tumeurs sellaires

Il existe trois composants :

- 1) - Portion charnue
- 2) - portion kystique renfermant un liquide que l'on compare « à l'huile de moteur usé »
- 3) - calcifications : visibles à la radiographie

Siege : région sellaire

Age : -enfant, occasionnant un retard pubertaire

-adulte : rare

*Somatotrope = acromégalie  
Corticotrope = cushing  
Prolactine = galactorrhée*

## 12-Adénomes : deux grands types

-adénomes non sécrétant (chromophobe) : pas de signification fonctionnelle

-adénome sécrétant cad hormonogène :

\*somatotrope : acromégalie

\*corticotrope : cushing

\*prolactine : aménorrhée, galactorrhée, le prolactinome répond bien au traitement par la bromocriptine (Parlodel)

La chirurgie actuelle et la chimiothérapie ont totalement modifié le pronostic des adénomes préservant autant que possible les fonctions endocrines parfois on a recours à la radio chirurgie.

## 13-Cholesteatome : kyste epidermoide

-appelé encore tumeur perlée à cause de la présence de paillettes de cholestérine

↳ provient de reliquats embryonnaires epiblastiques

-siège : angle ponto-cérébelleux essentiellement

-pronostic : bon, risque de méningite aseptique.



## VI-LE TRAITEMENT

Il est essentiellement chirurgical se fait selon 4 axes :

1-traitement médical : pour lutter contre l'œdème cérébral et les crises convulsives, on a :

- 1-les glucocorticoïdes (solumedrol)
- 2-solutés hypertoniques : mannitol à 20%
- 3-diurétiques : diamox, lasilix
- 4-hyperventilation
- 5-anticonvulsivants : gardénaïl ...

2-traitement chirurgical : consiste à faire :

- un abord directe : si la tumeur est accessible (volet osseux en général à 4 trous de trépan ou craniectomie à os perdu)
- une biopsie stéréotaxique : si la tumeur est profonde
- une dérivation ventriculo-peritoneale si l'exérèse de la tumeur ne rétablit pas la circulation du LCR

3-radiothérapie et /ou chimiothérapie : en cas de

- tumeur maligne : radio-sensible ou chimio-sensible
- tumeur bénigne : si l'exérèse est incomplète

4-rééducation fonctionnelle

Elle s'impose en cas de déficit moteur préopératoire ou postopératoire dans le but d'activer la réinsertion socioprofessionnelle du malade

## VII-PRONOSTIC

Dépend du type histologique mais aussi du siège de la tumeur .

## V-LES COMPLICATIONS

Non opérées les tumeurs cérébrales vont entraîner le décès du malade par engagement, on a trois types :

### 1 - Engagement temporal :

Observé lors des processus expansifs intracrâniens hémisphériques

- du à la descente de l'uncus (T5) à travers le foramen ovale avec compression du pédoncule cérébral homolatéral (mésencéphale). il en résulte :

- 1 - une mydriase unilatérale homolatérale
- 2 - des troubles de la conscience (coma progressif)
- 3 - une hémiplégie controlatérale
- 4 - une rigidité de décérébration unilatérale

### 2- Engagement amygdalien :

- C'est le déplacement des amygdales cérébelleuses dans le trou occipital comprimant ainsi le bulbe (centre respiratoire)

U - Il se manifeste par des crises toniques postérieures, des raideurs intermittentes puis troubles du tonus (attitude en opisthotonos), troubles neurovégétatifs majeurs cardiorespiratoires et thermique avec risque de mort subite.

### 3-Engagement sous factoriel :

-se voit dans les PEIC du lobe frontal

-il se fait sous la faux du cerveau

-il est sans expression clinique particulière

obs frontale - comportement étrange  
+ Mort subite

lobes frontaux - Front, Sommeil, etc  
différents

lobes occipitaux - Vision

Lobe temporal - Gusto, Odeur, Audition

effacement

lobes pariétaux - Partout, etc

lobes