

Introduction

Les tumeurs gliales de la fosse cérébrale postérieure sont rares chez l'adulte. Les gliomes de haut grade sont encore plus rares.

Les tumeurs gliales malignes, définies sur les critères OMS, représentent 2 % de l'ensemble des cancers.

Leur morbidité et leur mortalité font qu'elles posent un réel problème de santé publique.

L'imagerie par le biais de la TDM et surtout IRM est le pivot central et intervient dans les différentes étapes de leur prise en charge.

Matériels et méthodes

Etude rétrospective de 3 dossiers pour lesquels le diagnostic de gliomes de haut grade de la FCP a été confirmé histologiquement sur une période s'étalant sur 3 ans.

Moyens d'exploration:

TDM ;
IRM.

Éléments étudiés:

Age, sexe ;
Clinique ;

Imagerie: aspect TDM et IRM.

Résultats

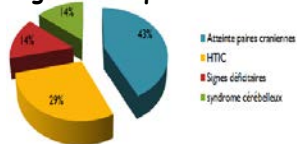
Répartition selon l'âge:

L'âge moyen est de 65 ans.

Répartition selon le sexe:

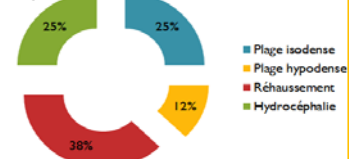
sexe ratio H/F est de 1,2.

Signes cliniques:



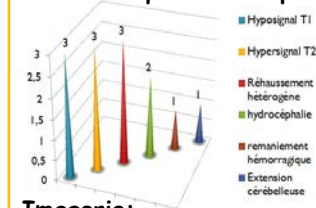
Imagerie:

TDM:



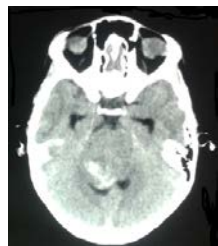
Imagerie:

IRM séquences morphologies:

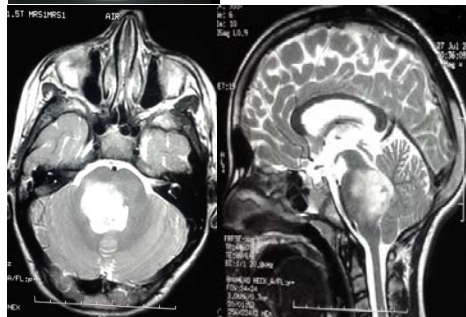


Imagerie:

Spéctro-IRM : pic de choline avec chute du NAA et du myo-inositol avec un rapport choline/NAA élevé.



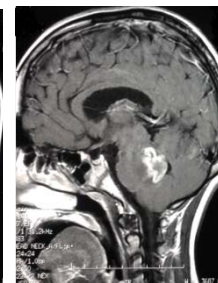
TDM C-: lésion centrée sur le pons, isodense siège d'hémorragie, laminant le V4 avec hydrocéphalie tri-ventriculaire.



IRM: Coupe axiale et sagittale T2 processus protubérantiel étendu au pédoncules cérébelleux moyens.



IRM: Coupe coronale Flair processus protubérantiel en hypersignal franc.



IRM: Coupe sagittale T1 Gadolinium rehaussement hétérogène.

conclusion

Les gliomes malins de la fosse cérébrale postérieure sont des tumeurs rares et de très mauvais pronostic.

Les étapes de diagnostic clinique et surtout neuroradiologique sont bien établies et performantes.

Leur traitement est basé sur la radiothérapie voire la radio-chirurgie.

Références

- 1- M. Chatel, M. Frenay, C. Lebrun, V. Bourg, F. Fauchon ; Gliomes de haut grade : astrocytomes anaplasiques et glioblastomes ; EMC-Neurologie 2 (2005) 257-278.
- 2- Daumas Duport C, Beuvon F, Varlet P, Fallet-Bianco C. Gliomes: classification de l'OMS et de l'Hôpital Sainte-Anne. Ann Pathol 2000;20:413-28.
- 3- Derlon JM, Chapon F, Noel MH, Khouri S, Benali K, Petit-Taboue MC, et al. Non-invasive grading of oligodendrogliomas: correlation between in vivo metabolic pattern and histopathology. Eur J Nucl Med 2000;27:778-87.
- 4- Stupp R, Dietrich PY, Ostermann Kraljevic S, Pica A, Maillard I, Maeder P, et al. Promising survival for patients with newly diagnosed glioblastoma multiforme treated with concomitant radiation plus temozolomide followed by adjuvant temozolomide. J Clin Oncol 2002;20:1375-82.
- 5- Glioma trialist Group. Chemotherapy in adult high-grade glioma. A systematic review and meta-analysis of individual patient data from 12 randomised trials. Lancet 2002;359:1011-8.
- 6- Kirsch M, Heese O, Westphal M, Schackert G. Stem cells in neuro-oncology development, regeneration and treatment. Acta Neurochir (Wien) 2003;88:143-51 [suppl].

Discussion

Les gliomes du tronc cérébral sont plus rares chez l'adulte que chez l'enfant.

C'est un groupe hétérogène de tumeurs dont les gliomes malins (grade III et IV) représentent 30% des cas survenant rapidement chez le sujet plus âgé.

La localisation préférentielle est au niveau du pons et il s'agit de formes infiltrantes en général.

Ils demeurent un problème majeur de la neuro-oncologie par leur gravité et les difficultés de traitement qu'ils posent.

Les signes cliniques sont comme suite:

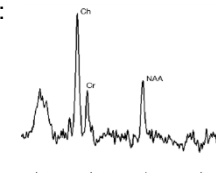
- Paralysie des nerfs crâniens ;
- Syndrome cérébelleux ;
- Signes déficitaires moteurs par l'atteinte du faisceau cortico-spinal.
- HTIC dans les formes extensives.

Le diagnostic est basé sur l'imagerie :

TDM: permet d'orienter de diagnostic par la mise en évidence de signe directe (lésion infiltrante isodense) ou indirecte (œdème et effet de masse).

IRM: est l'examen clé pour le diagnostic avec une meilleure caractérisation tissulaire et topographique, et surtout la spéctro-IRM qui différencie entre tumeur gliale ou autre.

Le spectre métabolique des tumeurs gliales de haut grade est caractéristique :



Le traitement repose presque exclusivement sur la radiothérapie voire la radio-chirurgie.

Des traitements de chimiothérapie peuvent être tentés.

La chirurgie est quasi-impossible vue le caractère infiltrant de ces tumeurs ainsi que leurs inaccessibilités.

La survie après 12 à 14 mois est rare.