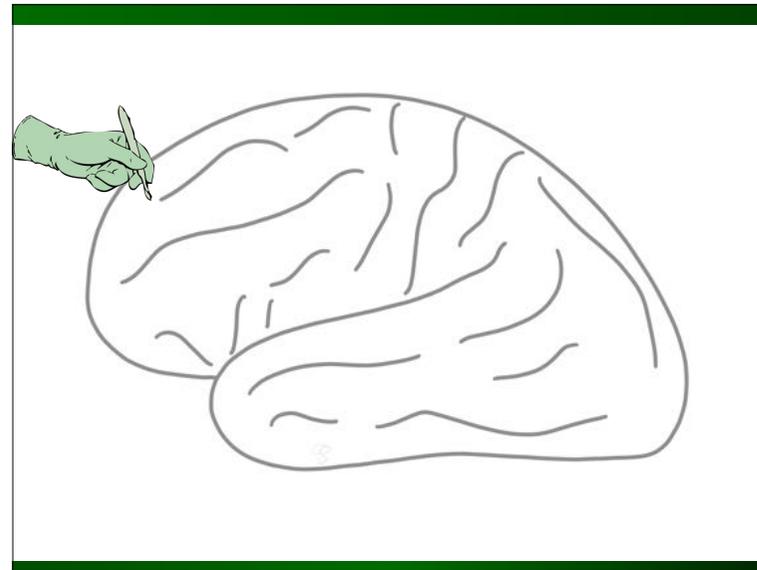
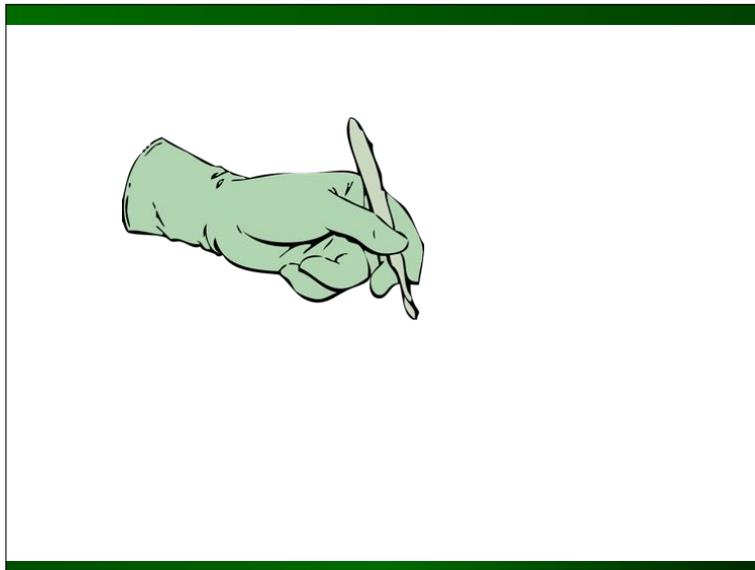
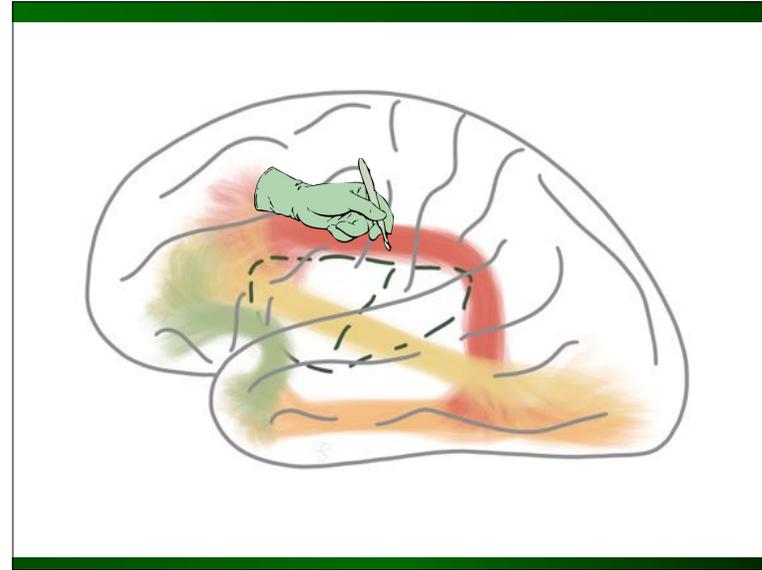
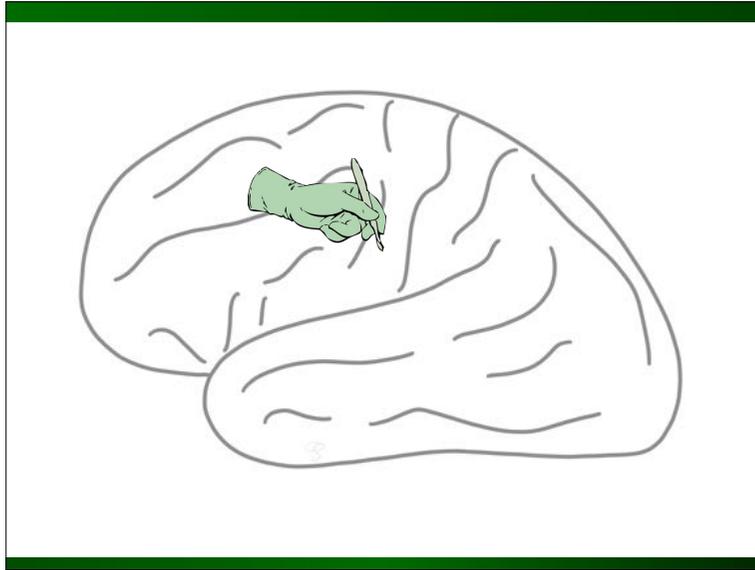




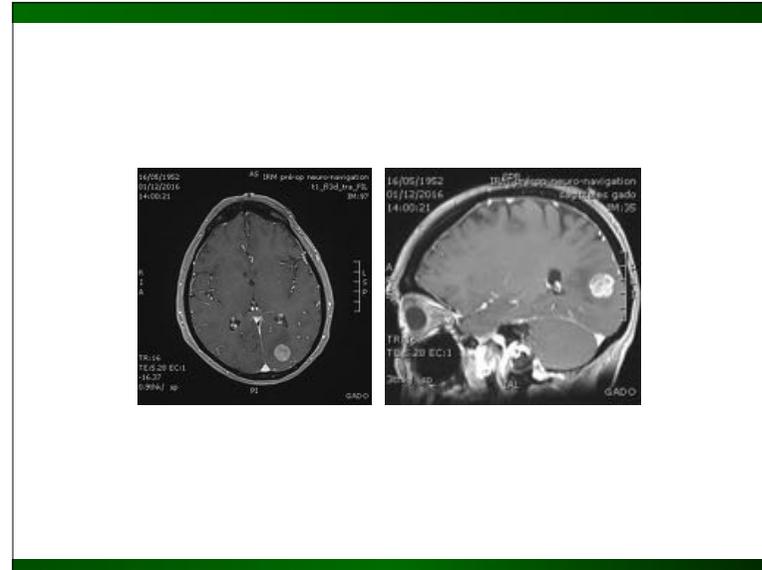
Chirurgie des tumeurs cérébrales

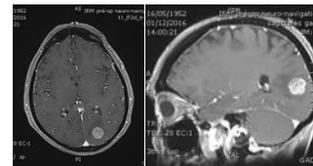
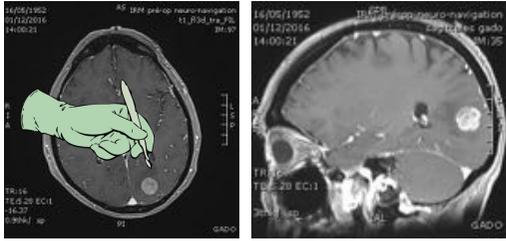
Aspects techniques et pronostiques

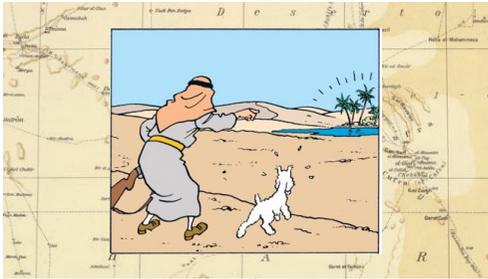


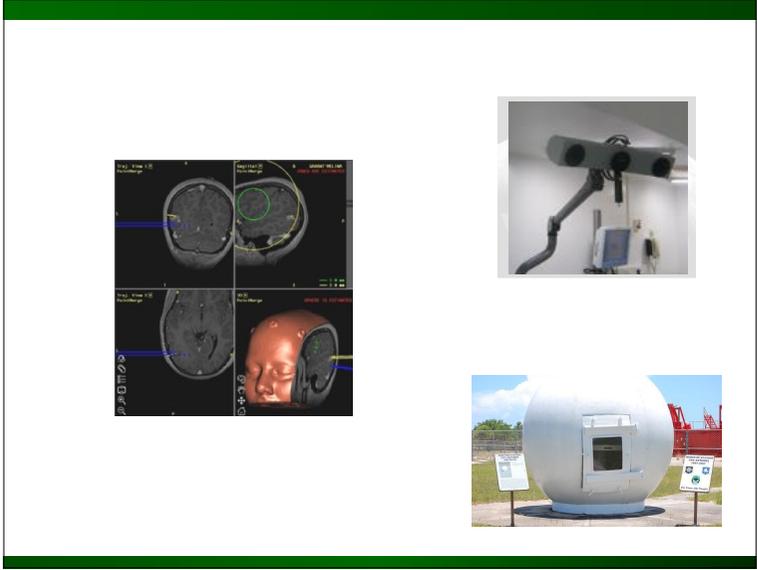
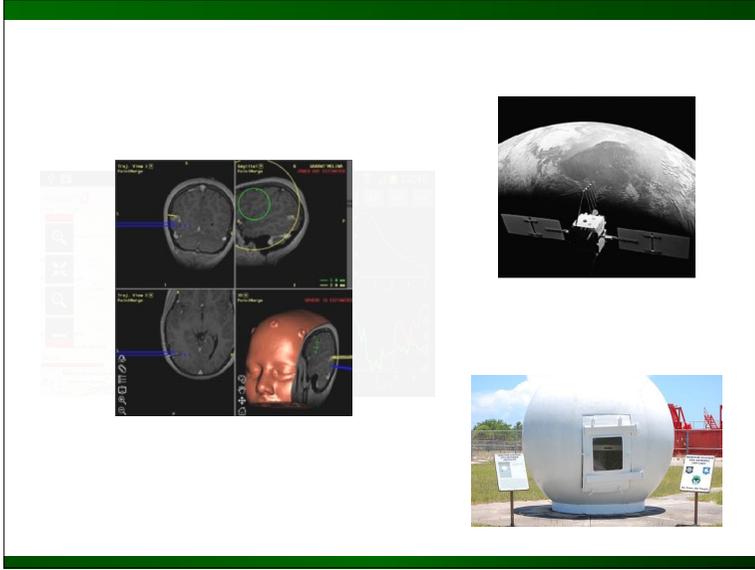


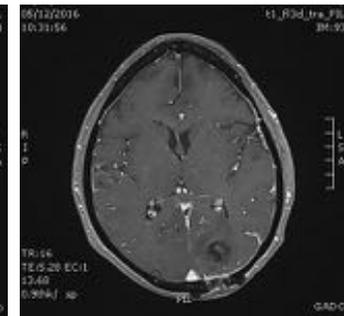
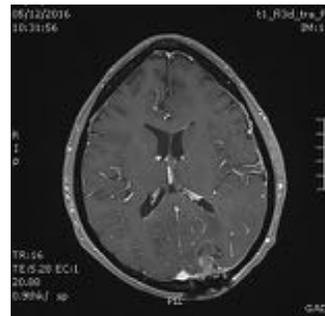
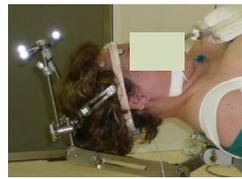
1.











Résection chirurgicale M+ cérébrales

- 30 jours <5%

Résection chirurgicale M+ cérébrales

- 30 jours <5% de morbidité

Résection chirurgicale M+ cérébrales

- 30 jours <5% de morbidité
- notamment : réduction "médicale" (C. Franssen)

Résection chirurgicale M+ cérébrales

- 30 jours <5% de morbidité
- notamment : réduction "médicale" (C. Franssen)
- 3 mois : 94%

Résection chirurgicale M+ cérébrales

- 30 jours <5% de morbidité
 - notamment : réduction "médicale" (C. Franssen)
- 3 mois : **94% améliorés ou stables**

Résection chirurgicale M+ cérébrales

- 30 jours <5% de morbidité
 - notamment : réduction "médicale" (C. Franssen)
- 3 mois : **94% améliorés ou stables**
- Péjoratif : RX-Th préop, (déficit préop)

Traitement oncologique

- Maladie : systémique
- Métastase cérébrale :
 - problème local
 - impact global

Indications traitements ciblés

- **Survie**

Indications traitements ciblés

- Survie “oncologique”
 - Sans traitement : survie 1 mois
 - Stéroïdes : 2 mois
 - WBRT : 3-6 mois
 - Traitement ciblé : jusqu'à **20 mois en moyenne**

Indications traitements ciblés

- Survie “neurologique”

Indications traitements ciblés

- Survie “neurologique”

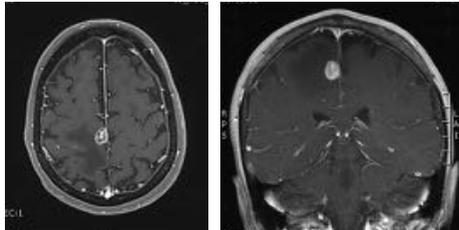


Indications traitements ciblés

- Survie
- **Qualité de vie**

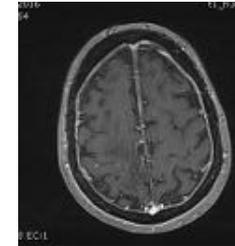
Indications traitements ciblés

- Survie
- **Qualité de vie** (fonction neurologique)



Indications traitements ciblés

- Survie
- **Qualité de vie** (fonction neurologique)



Indications traitements ciblés

- Survie
- **Qualité de vie** (fonction neurologique)
 - Eviter progression
 - Oedème périlésionnel

Indications traitements ciblés

- Survie
- **Qualité de vie** (fonction neurologique)



Mise au point
Recommandations de l'Anocéf pour la prise en charge des métastases
cérébrales[®]

ANOCEF guidelines for the management of brain metastases
É. Le Rhun^{1,2,3,4,5}, F. Dhermain^{1,2,3}, G. Noël^{1,3}, N. Reys¹, A. Carpentier¹, E. Mandonnet⁴,
S. Tallibert^{1,2,3,4}, P. Metellus^{1,2,3,4}

Indications chirurgicales – la métastase

- Localisation
 - Risque HTIC - compression structures vitales
 - Zones fonctionnelles
- Nombre
- Volume

Indications chirurgicales – le patient

- (M+ en général : *sous-type* tumoral)
- État d'avancement maladie oncologique
- Âge
- État général

Buts de la chirurgie

- "Curatif" ("résection supramaximale")
- Symptomatique
- "Facilitatrice" d'un autre traitement
 - Cytoréduction
 - Réduction taille cible

Propre à la chirurgie

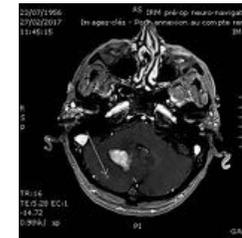
- Analyse histologique
- Résection, mais crâniotomie
- Post-op: diminution oedème (impact neurologique)
- Pas d'impact cognitif
- Risque neurologique (comme RX-Th stéréotaxique)
- M+ leptoméningées : non (sauf contact LCR ou CUSA)

Récidives ?

- Certaines séries : 40% !
- 10-15%
 - Radiothérapie ciblée post-opératoire
 - Résection supramaximale
 - Zones non éloquentes

Absence d'indication de résection

- Inaccessible
 - Introuvable



Absence d'indication de résection

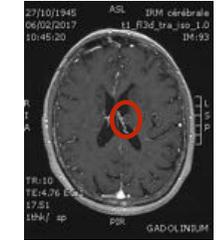
- Inaccessible
 - Introuvable
 - Intervention dangereuse
 - Surtout si bonne cible pour RX-Th stéréotaxique



12/2016

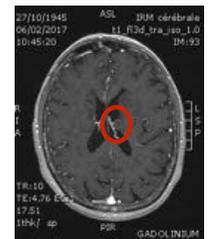
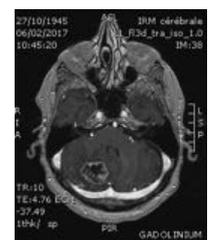


12/2016



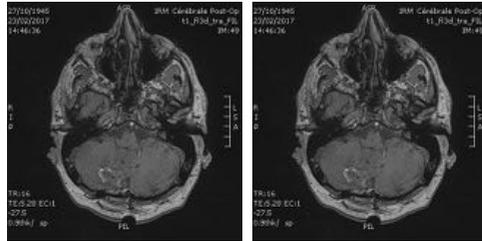
2/2017

?



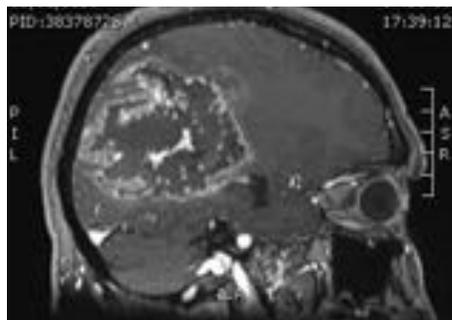
2/2017





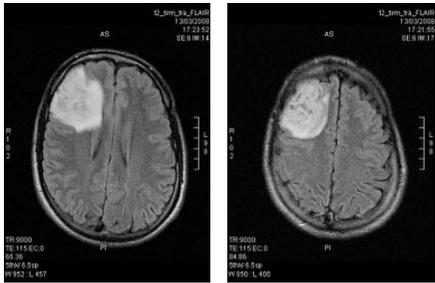
2/2017 post-op

2.



Glioblastome

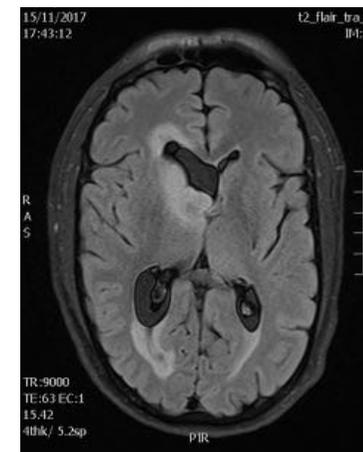
- Chirurgie maximale — sans déficit !!
- Radio-chimiothérapie
- Survie :
 - 15 mois
 - Variable !!

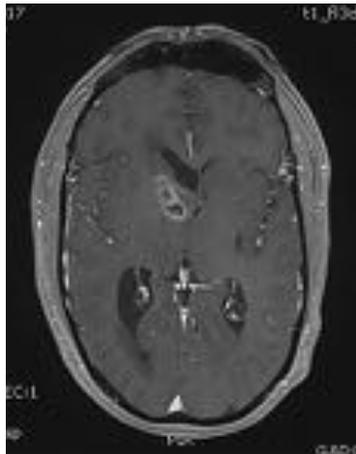


Gliomes de bas grade

- Chirurgie maximale — sans déficit !!
- Notamment ici : chirurgie en conditions éveillées
 - Orientation spatiale : navigation
 - Limites de résection : fonctionnelles !
- Classification OMS 2016

3.





Biopsie stéréotaxique



Biopsie stéréotaxique



Résection de tumeurs cérébrales

- Cytoréduction maximale — impact minimal
- Bénéfice
 - Survie
 - Symptomatique