



# Histoire de la maladie

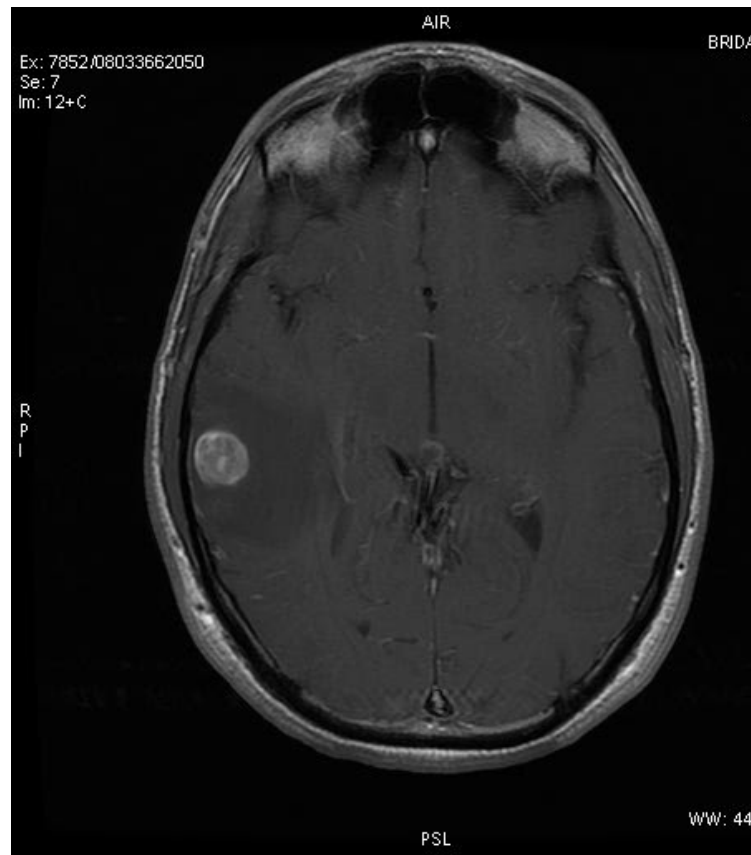
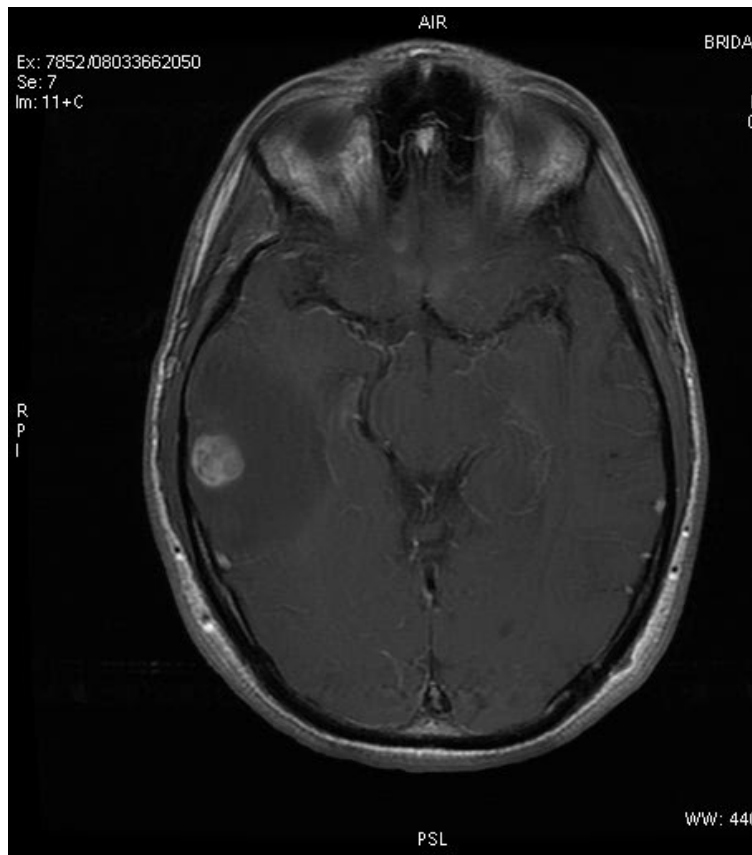
- Pas d'antécédents médico-chirurgicaux
- Droitier
- 14/02/2008 : crise convulsive généralisée inaugurale
- Examen clinique normal
- Indice de Karnofsky de 100%

# BILAN



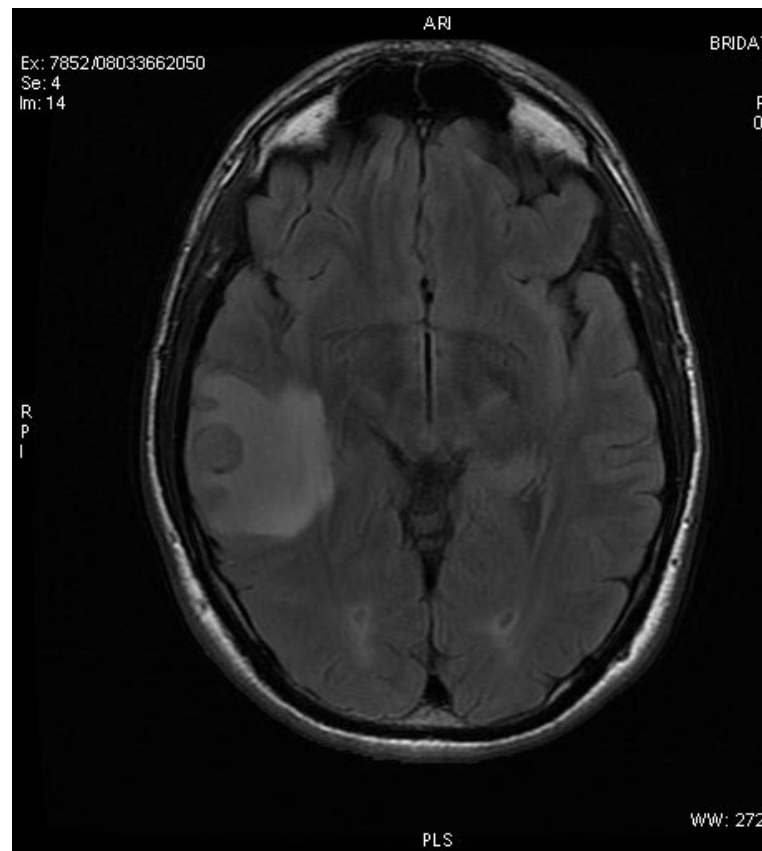
- Scanographie cérébrale : lésion nodulaire sous-corticale temporale droite de 15mm de grand axe, prenant le contraste, avec œdème péri-lésionnel.
- Scanographie thoraco-abdomino-pelvienne normale

# IRM



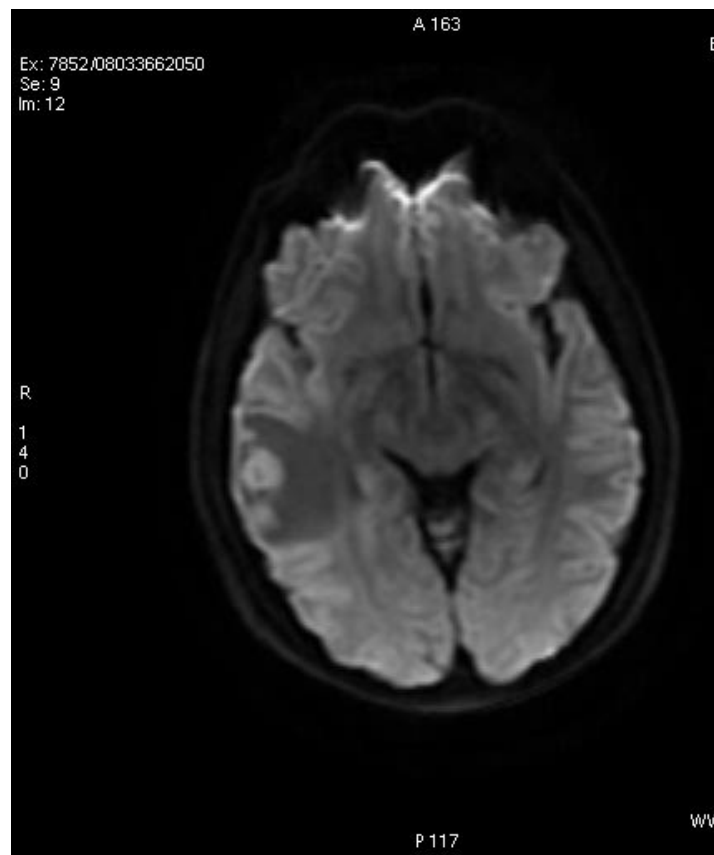
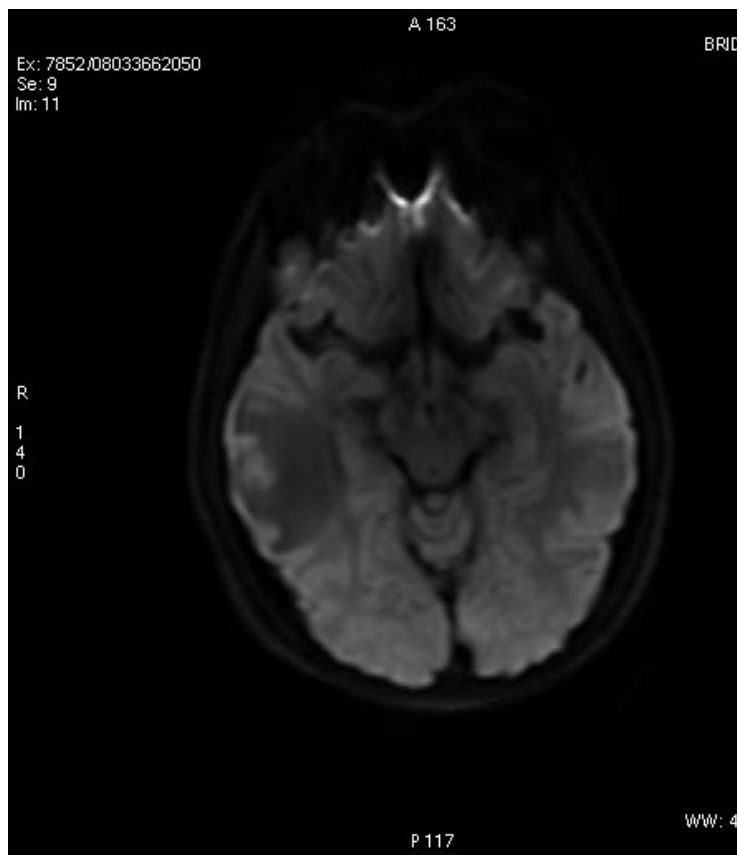
T1 GADO

**IRM**

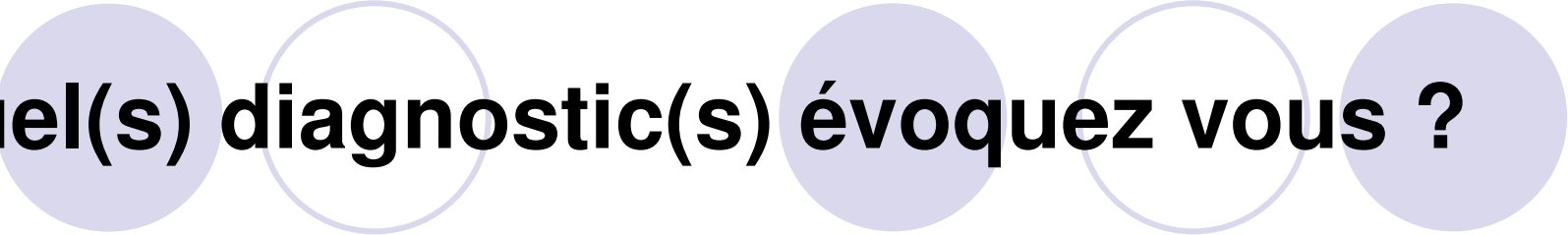


**T2 FLAIR**

# IRM



diffusion



**Quel(s) diagnostic(s) évoquez vous ?**

- 1) tumeur gliale de bas grade
- 2) Métastase
- 3) glioblastome
- 4) lymphome primitif cérébral

Quel(s) diagnostic(s) évoquez vous ?

- 1) tumeur gliale de bas grade
- 2) Métastase
- 3) glioblastome
- 4) lymphome primitif cérébral



# IMAGERIE



## ● Tumeur gliale bas grade

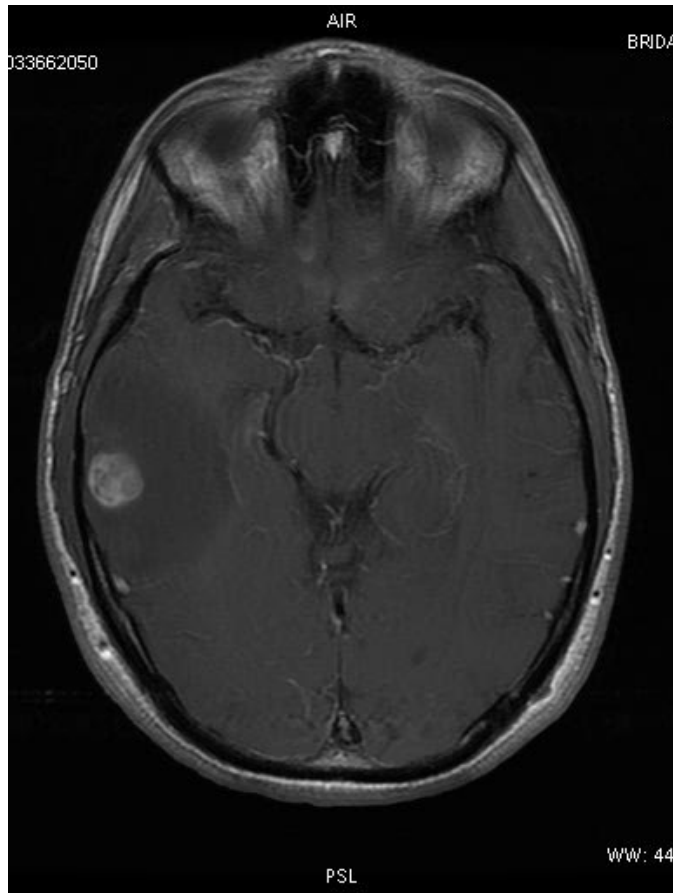
- Lésion infiltrante/focale
- Prise de contraste généralement absente
- Pas d'oedème
- Parfois calcifications sur la scanographie (oligodendrogliome)

## ● Lymphome

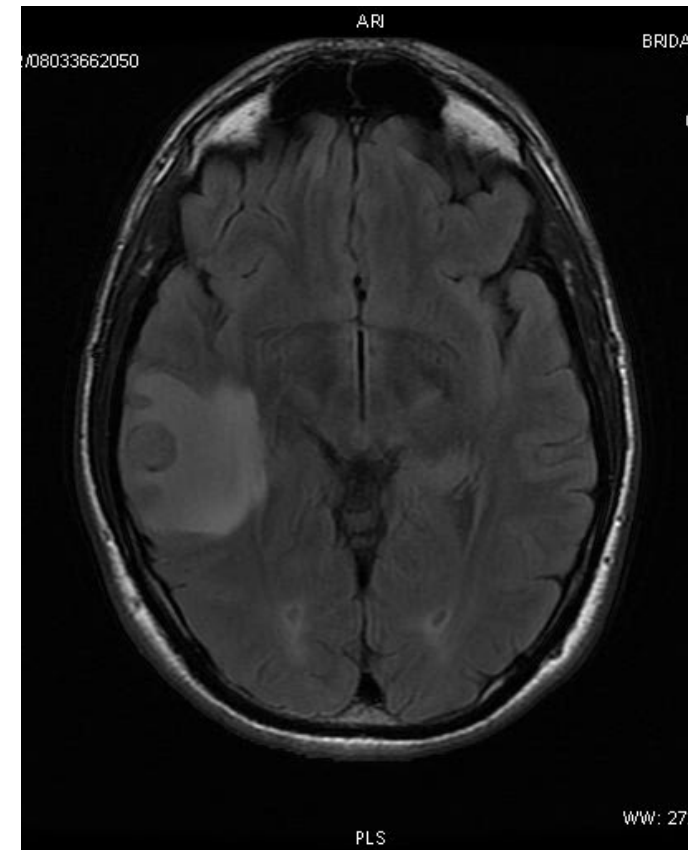
- Prise de contraste massive évocatrice
- Lésions mal limitées
- Œdème souvent important

## ● Glioblastome

- Lésion infiltrante/focale, limites externes imprécises
- Prise de contraste importante, oedème
- Nécrose (centrale) très fréquente



T1 Gado : prise de contraste



T2 flair : zone d'hypersignal =  
œdème/tumeur

# Quelle prise en charge immédiate proposez-vous ?

- 1) traitement antiépileptique
- 2) biopsie en conditions stéréotaxiques
- 3) Biopsie/chirurgie d'exérèse
- 4) Chimiothérapie
- 5) corticothérapie

# Quelle prise en charge immédiate proposez-vous ?

- 1) traitement antiépileptique
- 2) biopsie en conditions stéréotaxiques
- 3) Biopsie/chirurgie d'exérèse
- 4) Chimiothérapie
- 5) corticothérapie

# Chirurgie



- Chirurgie d'exérèse le 13/03/2008.  
exérèse macroscopiquement complète.
- Anatomopathologie : tumeur gliale de haut grade de malignité (grade IV OMS), à cellules géantes, de 2,5 cm de grand axe.

# Quel traitement adjuvant proposez-vous?

- 1) radiothérapie externe
- 2) aucun
- 3) chimioradiothérapie concomitante
- 4) chimiothérapie



# Quel traitement adjuvant ?

- 1) radiothérapie externe
- 2) aucun
- 3) **chimioradiothérapie concomitante**
- 4) chimiothérapie

# Quel protocole ?

- 1) RTE cérébrale 45 Gy temodal 75mg/m<sup>2</sup>
- 2) RTE cérébrale 60 Gy temodal 75mg/m<sup>2</sup>  
puis 150-200mg/m<sup>2</sup>
- 3) RTE cérébrale 60 Gy temodal 75mg/m<sup>2</sup>
- 4) RTE cérébrale 60 Gy temodal 150mg/m<sup>2</sup>  
puis 75mg/m<sup>2</sup>



# Quel protocole ?

- 1) RTE cérébrale 45 Gy temodal 75mg/m<sup>2</sup>
- 2) RTE cérébrale 60 Gy temodal 75mg/m<sup>2</sup>  
puis 150-200mg/m<sup>2</sup>
- 3) RTE cérébrale 60 Gy temodal 75mg/m<sup>2</sup>
- 4) RTE cérébrale 60 Gy temodal 150mg/m<sup>2</sup>  
puis 75mg/m<sup>2</sup>

# Association chimioradiothérapie concomitante adjuvante

- Protocole « STUPP »
  - RTE : 60 Gy en 30 fractions
  - CT : temodal 75mg/m<sup>2</sup> du premier jour au dernier jour de la RTE puis 150-200mg/m<sup>2</sup> pour 6 cycles (5j/28).

# Prescription



- Prescription RTE

- PTV1= tumeur + 3 cm = 44 Gy

- PTV2= tumeur + 1.5cm = 60 Gy

- OAR : chiasma et tronc cérébral (max=54Gy)

- Chimiothérapie : temozolomide

- Agent alkylant

- 75mg/m<sup>2</sup>

- À jeun, ne pas manger pendant 2 heures

- 1 heure avant la RTE

- antiémétique

**Si le patient était âgé de 75 ans, quel traitement adjuvant proposeriez-vous ?**

- 1) aucun
- 2) Chimiothérapie par temodal
- 3) radiochimiothérapie concomitante selon le protocole « Stupp »
- 4) radiothérapie

**Si le patient était âgé de 75 ans, quel traitement adjuvant proposeriez-vous ?**

- 1) aucun
- 2) chimiothérapie par temodal
- 3) radiochimiothérapie concomitante selon le protocole « Stupp »
- 4) **radiothérapie**

# Radiothérapie du sujet âgé : quel schéma ?

- 50 Gy à raison de 5 fractions de 1,8 Gy par semaine (essai de l'ANOCEF).
- 40 Gy en 15 fractions et 19 jours.

# Il reste encore des progrès à faire...

- le pronostic des patients atteints d'un glioblastome reste parmi les plus graves de la cancérologie moderne :
  - médianes de survie entre 8 et 12 mois
  - probabilités de survie à 2 ans entre 8 % et 12 %
- Voie de recherche : inactivation (méthylation) du gène codant pour la MGMT  
(associée à un meilleur taux de survie à 18 mois après chimioradiothérapie concomitante avec du témozolomide 18 % contre 8 %)