

# Tumeurs cérébrales gliales de l'adulte

S. Hofer

## Introduction

Les gliomes font partie de la famille des tumeurs cérébrales provenant des astrocytes, oligodendrocytes ou cellules épendymaires, ou de leurs précurseurs. Ils totalisent plus des deux tiers des tumeurs cérébrales primitives de l'adulte, mais moins de 2% de tous les types de cancers. L'incidence annuelle des tumeurs cérébrales primitives est de 4,6/100 000 chez les femmes et de 7,3/100 000 chez les hommes, selon le Registre suisse des tumeurs. Elle peut atteindre 19/100 000 à partir d'un certain âge. Les gliomes sont pour la plupart très malins (OMS III et IV) et figurent parmi les cancers les plus dangereux. Il est indispensable qu'une équipe spécialisée prenne en charge ces patients.

L'anamnèse, suivie de l'examen clinico-neurologique, amène au diagnostic neuroradiologique. Si l'imagerie donne un résultat suspect, la première étape consiste à faire une biopsie, soit par opération à cerveau ouvert soit par biopsie stéréotaxique. Le diagnostic neuropathologique dira s'il faut surveiller l'évolution (p.ex. pour les gliomes à faible degré de malignité) ou prévoir des mesures thérapeutiques. La prise en charge multidisciplinaire (logopédie, ergo- et physiothérapie, neuropsychologie) est particulièrement importante s'il y a déjà des déficits neurologiques focaux.

Les progrès de l'imagerie diagnostique, de la technique opératoire, de l'irradiation ciblée et des traitements systémiques n'ont pratiquement eu aucune influence sur le pronostic réservé des gliomes intraitables au cours de ces 25 dernières années. Il n'y a toujours aucune stratégie spécifique contre l'infiltration de cellules tumorales dans le cerveau normal. Les patients ayant un glioblastome survivent en

moyenne moins d'une année, contre 2–3 ans pour les astrocytomes anaplasiques. Pour les tumeurs de faible degré (degré II selon l'OMS), surtout s'il y a différenciation oligodendrogliale, la survie peut aller jusqu'à 10 ans. Mais même pour ces tumeurs de faible degré, la différenciation astrocytaire de pronostic nettement moins bon domine malheureusement, avec une survie moyenne de 5 ans. Plus de la moitié de ces gliomes de faible degré subissent avec les années une transformation en gliome de degré plus élevé (degré III ou IV selon l'OMS). Comme il n'y a toujours aucun traitement spécifique et du fait que la morbidité est très élevée, l'attitude médicale en face de ces gliomes est souvent caractérisée par la résignation. Mais de nouvelles connaissances en biologie tumorale permettent d'espérer que le sans issue thérapeutique actuel pourra progressivement être franchi. Toute une gamme de nouvelles substances et techniques en est en phase d'étude clinique. La voie raisonnable de l'exploitation de ces connaissances sur la physiopathologie des gliomes devrait permettre d'améliorer et de prolonger le contrôle de ces tumeurs.

Les articles suivants préciseront l'état actuel en matière de diagnostic et de traitement:

- Neuropathologie des tumeurs cérébrales gliales (p. 698)
- Tumeurs cérébrales gliales: Imagerie diagnostique et contrôle du traitement (N° 31)
- Présentation clinique des gliomes malins (N° 32/33)
- Options thérapeutiques pour les gliomes malins de degré III et IV OMS (N° 32/33)
- Clinique et options thérapeutiques dans les gliomes de degré I et II OMS (N° 32/33)

Correspondance:  
Dr Silvia Hofer  
St. Claraspital  
Kleinriedenstrasse 30  
CH-4016 Basel

[silviahofer@hotmail.com](mailto:silviahofer@hotmail.com)