

Situation 5 : Tumeur cérébrale chez l'adulte

Réaliser un diagnostic

La découverte d'une tumeur cérébrale qui motive la demande d'avis auprès d'un neurochirurgien se fait de différentes manières :

- Consultation en urgence (dans 30 à 40% des cas) après le résultat d'un scanner et/ou une IRM réalisée devant l'apparition de céphalées, crise comitiale, déficit neurologique,...
- Découverte, parfois fortuite, d'un processus expansif sur un examen radiologique (IRM, scanner)
- en menant un interrogatoire approfondi pour l'anamnèse
 - en questionnant sur les activités professionnelles et physiques, l'environnement familial
 - en faisant préciser l'histoire médicale, les antécédents personnels éventuellement neurochirurgicaux, (chirurgie intracrânienne), les traitements antérieurs et les antécédents familiaux
 - en analysant le profil psychologique
 - en décelant le degré d'urgence
- en réalisant un examen clinique et neurologique
- en analysant l'imagerie : topographie (intra ou extra cérébrale, sus ou sous tentorielle), retentissement sur le parenchyme, aspect et nombre des lésions, ...
- en prescrivant des examens complémentaires en fonction du diagnostic de nature évoqué, de la topographie, de l'âge, de l'état général

Décider de l'indication et d'une stratégie thérapeutique

- en discutant en staff neurochirurgical et RCP et/ou en sollicitant les spécialistes d'organes

En cas de lésions multiples sans primitif connu

en prescrivant une biopsie ou une exérèse à titre diagnostic de nature, parfois à titre fonctionnel

En cas de lésions multiples avec primitif

en étudiant le dossier en RCP et en adressant le patient au cancérologue

En cas de lésion unique intracérébrale et accessible : exérèse

En cas de lésion unique intracérébrale non accessible : biopsie et/ou surveillance (selon le degré d'accessibilité)

En cas de lésion unique extracérébrale : exérèse

- dans tous les cas, en prenant en compte la topographie, l'accessibilité, le risque fonctionnel et l'évolutivité
- en décidant d'un geste chirurgical ou non, en arbitrants le délai de récupération et le temps estimé de survie
- en communiquant avec tact l'indication au patient:
 - o éventuellement en présence d'un tiers
 - o en informant ainsi que sa famille sur les bénéfices et risques de l'intervention tout en respectant ses éventuelles réticences
 - o en concluant par la dictée du courrier au médecin traitant en présence du patient
- en prescrivant un bilan cognitif et neuropsychologique si les délais le permettent
- si nécessaire en prescrivant des examens complémentaires pour l'intervention : IRM en neuronavigation, artériographie avec ou sans embolisation, spectroIRM, IRM fonctionnelle
- en planifiant la consultation d'anesthésie
- en veillant à la disponibilité du bloc en matériel et en personnel : selon indication : microscope, surveillance électrophysiologique, neuro-navigation, échographie, aspirateur à ultrasons, stimulation corticale, chimiothérapie in situ, 5ALA fluorescence tumorale,

écarteurs cérébraux, ...

Réaliser l'intervention chirurgicale

- en veillant à la préparation préalable : hygiène locale
- en installant le patient en position de confort et tout particulièrement la tête en position adéquate, en mettant en place la têtère avec soin
- en vérifiant le côté
- en vérifiant auprès de l'anesthésiste la prescription de l'antibioprophylaxie et les commandes de sang
- en réalisant une incision cutanée adaptée, avec anesthésie locale du scalp
- en centrant bien le volet sur la lésion
- en ouvrant la dure-mère en évitant les risques vasculaires avec un geste adapté en veillant à la localisation des sinus veineux
- en choisissant une approche cérébrale transcorticale ou transulcale
- en réalisant l'ablation de la tumeur par évidement ou par clivage en fonction de la nature et de la fermeté de la lésion
- en contrôlant en continu l'hémostase, par tamponnement ou par coagulation bipolaire
- en appréciant la qualité de l'exérèse complète ou volontairement incomplète
- en vérifiant l'étanchéité de la dure-mère, avec suspension ou non
- en reposant et en fixant le volet, en veillant à l'esthétique et en fermant le scalp en deux plans
- en posant éventuellement un drainage sous-cutané et un pansement compressif ou un filet, avec shampoing antiseptique
- en envoyant la pièce d'exérèse opératoire en anatomo pathologie pour diagnostic extemporané et définitif

Effectuer un suivi post-opératoire immédiat

- en surveillant l'opéré : constantes, température, état de la plaie (écoulements, fuites de LCR)
 - en surveillant le réveil : conscience, pupilles, déficit neurologique, comitialité. Si le réveil est correct, en permettant un lever précoce et une reprise de l'alimentation
- en faisant réaliser un scanner en cas de doute
 - s'il y a un hématome, en assurant la reprise chirurgicale rapide
 - si le patient ne se réveille pas, en le transférant en réanimation
- en assurant un contrôle de l'exérèse avec une IRM précoce dans les 48 H
- en rédigeant un CR post opératoire précis exhaustif - et non pas lapidaire, en veillant à la qualité de la rédaction
- en rédigeant le compte rendu d'hospitalisation

Effectuer un suivi en temps différé

- en discutant en RCP de la nature histologique de la tumeur avec décision du traitement complémentaire, du rythme de suivi post opératoire et de l'imagerie
- en assurant un suivi à long terme pendant 5 à 10 ans du fait du taux de récurrence élevé
- en assurant la traçabilité de la prise en charge
- en organisant un retour à domicile ou un transfert en structure d'accueil en cas de radiothérapie
- en évaluant à distance les résultats des pratiques professionnelles, en réunion de morbi-mortalité