



FICHE D'INFORMATION DESTINEE AUX PATIENTS ET LEURS FAMILLES

Méningiome intracrânien

Cette fiche tente de répondre aux questions que vous pouvez vous poser concernant votre pathologie ou celle d'un de vos proches. Elle ne se substitue en aucun cas à l'entrevue avec le neurochirurgien.

QU'EST CE QU'UN MENINGIOME ?

Le méningiome est une tumeur en très grande majorité bénigne développée à partir des méninges (enveloppes protégeant le cerveau et la moelle épinière). C'est une tumeur plus fréquente après 40-50 ans avec une prédilection pour les femmes. Elle se développe à l'intérieur du crâne et comprime et/ou irrite le cerveau et les nerfs crâniens.

La majorité des méningiomes croît lentement (2 à 3 mm par an en moyenne) alors que de rares cas évoluent plus rapidement ou à l'inverse arrêtent leur croissance.

QU'EST CE QUI CAUSE LE MENINGIOME ?

Dans la très grande majorité des cas de méningiomes, on ne retrouve aucune cause sous-jacente.

On note toutefois une atteinte plus fréquente des femmes, ce qui témoigne d'une influence hormonale. Pour cette raison, les patientes porteuses ou opérées d'un méningiome ne doivent pas prendre de traitement hormonal oestroprogestatif (contraception, substitution ménopausique, Androcur...) sans l'avis du neurochirurgien et du gynécologue (risque de croissance tumorale rapide ou de récurrence).

Il est possible qu'un patient présente plus d'un méningiome en même temps (méningiomatose) sans maladie particulière sous-jacente ou dans le cadre de maladies génétiques (neurofibromatoses).

Enfin, les patients ayant subi une radiothérapie crânienne plusieurs années auparavant peuvent développer des tumeurs intracrâniennes dont des méningiomes (dits radio-induits).

COMMENT SE MANIFESTE LE MENINGIOME ?

Les symptômes sont en relation avec la compression du cerveau ou des nerfs crâniens, ou parfois une irritation du cortex cérébral à l'origine de crises d'épilepsie. Comme le méningiome croît très lentement, le cerveau s'adapte à cette compression pendant plusieurs mois voire plusieurs années jusqu'à un volume critique du méningiome où les symptômes apparaissent.

Ces symptômes dépendent du volume et surtout de la localisation du méningiome :

- **Symptômes fréquents quelque soit la localisation** : Maux de tête inhabituels non soulagés par le paracétamol et accompagnés de nausées et/vomissements surtout le matin, flou visuel et/ou vision double, crise(s) d'épilepsie
- **Méningiome frontal** : Troubles du comportement (apathie, agressivité, desinhibition, urination...), troubles de la mémoire, troubles de la parole, difficultés à marcher, difficultés à bouger un ou plusieurs membres, perte d'odorat (anosmie) et de goût (agneusie)
- **Méningiome pariétal** : Troubles de la sensibilité, difficultés à faire des calculs (acalculie), indistinction droite/gauche
- **Méningiome occipital** : difficultés à percevoir des objets dans le champs visuel (hémianopsie), rarement cécité



- **Méningiome du trou occipital** (jonction crânio-cervicale) : Troubles pour déglutir, troubles de la marche et manque d'équilibre
- **Méningiome de l'angle ponto-cérébelleux** (entre le cervelet et le tronc cérébral) : Paralyse de l'hémiface, douleurs de la face, vertiges, troubles de l'équilibre, acouphènes, surdité, vision double
- **Méningiome du cervelet** : troubles de l'équilibre, troubles pour coordonner les mouvements des membres, troubles de la parole
- **Méningiome suprasellaire** (au dessus de l'hypophyse) : Baisse de la vue de un ou des deux yeux (hémianopsie bitemporale), rarement des troubles hormonaux
- **Méningiome parasellaire** (de part et d'autre de l'hypophyse) : paralysie des mouvements de l'œil, douleurs de la face, œil tuméfié et rouge (chemosis et exophtalmie), baisse de la vue

Enfin, du fait de la pratique de plus en plus courante d'IRM ou de scanners cérébraux pour différentes raisons (sinusite, traumatisme crânien...), on découvre parfois des méningiomes ne donnant aucun symptôme (découverte fortuite). Ceux-ci posent la question de leur prise en charge (simple surveillance ou traitement) en fonction de l'âge du patient, du volume et la localisation du méningiome.

COMMENT DIAGNOSTIQUER UN MENINGIOME ?

Souvent, on parvient à suspecter fortement un méningiome simplement sur les examens d'imagerie cérébrale (scanner et IRM). L'IRM cérébrale reste un examen capital pour analyser ce méningiome et planifier le traitement. Parfois, dans les méningiomes volumineux, il peut être nécessaire de faire une artériographie cérébrale en introduisant un cathéter par une artère du pli de l'aîne afin de visualiser les vaisseaux alimentant le méningiome et quand cela est possible d'occlure ces vaisseaux (embolisation) afin de faciliter la chirurgie. Cette artériographie peut également être nécessaire avant d'opérer des méningiomes situés à proximité voire au-dessus des volumineuses veines du cerveau appelées sinus veineux, l'artériographie permettant alors de confirmer si ces sinus sont obturés par le méningiome ce qui peut conditionner la chirurgie.

Néanmoins, le seul examen qui permet de poser avec certitude le diagnostic de méningiome reste l'analyse de la tumeur soit par biopsie soit lors de la résection chirurgicale (examen anatomopathologique). Cet examen permet de classer les méningiomes en trois sous-types d'agressivité croissante :

- Méningiome de grade 1 : Majorité des méningiome (90%), faible risque évolutif et faible risque de récurrence après résection complète
- Méningiome de grade 2 (anaplasique) : Rare (9%), risque de récurrence non négligeable
- Méningiome de grade 3 (malin) : Exceptionnel (1%), risque de récurrence important.



Méningiome de la convexité fronto-temporale gauche (à gauche), et méningiome de l'angle ponto-cérébelleux gauche (à droite).

DE QUELLES OPTIONS THERAPEUTIQUES DISPOSENT-ON?

Souvent, on parvient à suspecter fortement un méningiome simplement sur les examens d'imagerie cérébrale (scanner et IRM). L'IRM cérébrale reste un examen capital pour analyser ce méningiome et planifier le traitement. Alors que certains patients peuvent être simplement surveillés à intervalles réguliers, la majorité des patients porteurs de méningiomes nécessitent un traitement chirurgical. La radiothérapie est réservée à des cas très particuliers.

1 - Surveillance simple : Les méningiomes de petite taille et sans symptômes (découverts fortuitement) peuvent faire l'objet d'une simple surveillance clinique et IRM en général tous les 6 à 12 mois initialement, en espaçant les contrôles par la suite en fonction de l'évolution. Il peut en être de même chez les patients opérés mais chez qui il persiste un reliquat de méningiome.

2 - Traitement chirurgical : Il constitue le traitement habituel de la majorité des méningiomes. Son principe consiste à essayer d'enlever la totalité du méningiome y compris son socle d'insertion (dure-mère pathologique) et parfois une partie de l'os du crâne en regard si ce dernier est infiltré par la tumeur. Ce traitement se fait à travers une ouverture du crâne (craniotomie) dont la taille dépend du volume du méningiome. L'ouverture de la peau et du crâne dépendent de la localisation et la taille du méningiome. Les cheveux sont rasés uniquement en regard de la cicatrice sur 2-3 mm de largeur. Dans certains cas, le neurochirurgien peut décider de laisser en place une petite partie du méningiome adhérente aux nerfs ou aux vaisseaux cérébraux afin de ne pas prendre de risque non raisonnable. Ces résidus sont alors soit surveillés par des IRM régulières, soit traités par radiothérapie en cas de méningiomes de grade 2 ou 3.

Les risques de la chirurgie peuvent être répartis en deux groupes :



- Risques liés directement à l'acte chirurgical : Hémorragie cérébrale pendant ou dans les heures/jours suivants la chirurgie de gravité variable (parfois simple surveillance voire reprise chirurgicale), infection (méningite, ostéite) pouvant nécessiter une antibiothérapie pendant plusieurs semaines voire une nouvelle intervention chirurgicale, accident vasculaire ischémique cérébral par occlusion artérielle ou veineuse pouvant être à l'origine de déficits moteurs parfois définitifs ou de décès, une atteinte des nerfs crâniens pour les méningiome de la base du crâne (suprasellaire, angle ponto-cérébelleux, sinus caverneux) à l'origine d'atteinte visuelle, de paralysie faciale, de troubles de la déglutition.
- Risques liés au terrain et à l'alitement prolongé : Thrombose veineuse (Phlébite) et embolie pulmonaire (1%), infections urinaire ou respiratoire. Certains facteurs liés au patient peuvent constituer un risque accru de complications : diabète, prise d'antiagrégants plaquettaires, antécédent cardiovasculaires, obésité et tabagisme.

Il peut être nécessaire que le patient soit mis sous antiépileptiques avant et après la chirurgie pour diminuer le risque d'épilepsie (en l'absence de crise d'épilepsie, il est d'usage d'arrêter progressivement les médicaments antiépileptiques dans les 3 à 6 mois suivant la chirurgie). On peut également avoir recours à des médicaments contre l'œdème cérébral (gonflement du cerveau au contact du méningiome) pendant quelques jours avant et après la chirurgie (corticoïdes, diurétiques).

Le patient est habituellement hospitalisé la veille de l'intervention sauf si des examens complémentaires sont nécessaires (embolisation, bilan visuel, IRM...). Un dernier entretien avec votre neurochirurgien et/ou l'interne du service a lieu la veille de la chirurgie afin que vous puissiez poser les questions nécessaires.

Aucun rasage des cheveux n'est nécessaire. Dès votre hospitalisation, une infirmière vous détaillera la préparation à la chirurgie (douche à la Bétadine...) et d'autres informations (repas, visites, personne de confiance, directives anticipées...). La durée de la chirurgie est variable de 2 à plusieurs heures en fonction de la difficulté. Vous êtes ensuite réveillé après la chirurgie et passez au moins une nuit en service de réanimation pour une surveillance rapprochée. Le lendemain matin, il est généralement programmé un scanner cérébral de contrôle et en l'absence de complication significative, vous remonterez dans votre lit d'hospitalisation et vous pourrez déambuler dès le 1^{er} jour post-opératoire. Vous resterez hospitalisé(e) environ 4 à 7 jours en moyenne sauf complication avant de regagner soit votre domicile dans la majorité des cas soit un centre de convalescence uniquement si besoin. Il faut compter une convalescence post-opératoire de 30 à 60 jours en général avant de reprendre vos activités habituelles. Une consultation post-opératoire avec votre neurochirurgien est programmée à 1-2 mois de la chirurgie pour vérifier votre état et vous annoncer également le type histologique de votre tumeur (grade, surveillance...).

3 - Radiothérapie/Radiochirurgie : La radiochirurgie consiste en une radiothérapie faite en une seule séance. C'est une technique qui peut être proposée pour les petits méningiomes difficiles à extirper chirurgicalement (en particulier ceux du sinus caverneux) ou pour les résidus post-



Hospices Civils de Lyon

Service de Neurochirurgie Tumorale et Vasculaire – Unité 300

www.neurochirurgie-tumorale-vasculaire-lyon.com

opératoires. L'effet bénéfique de cette technique peut nécessiter jusqu'à plusieurs mois avant de devenir patent.

QUESTIONS QUE VOUS POURRIEZ VOUS POSER :

- **PEUT-ON VIVRE NORMALEMENT ?** La majorité des patients reprennent une vie sociale et professionnelle normale après le traitement de leur méningiome et ce dans les 2 à 3 mois suivant l'intervention. Il est rare que l'autonomie soit mise en jeu du fait d'un déficit moteur ou sensoriel (vue, ouïe) ou d'une épilepsie.
- **PEUT-ON REPRENDRE LA CONDUITE AUTOMOBILE ?** Au terme de la période de convalescence, il est nécessaire de prendre contact avec le service des permis de conduire de votre préfecture afin de faire valider de nouveau votre permis de conduire particulièrement s'il existe des déficits moteurs ou sensoriels (atteinte du champ visuel en particulier) voire une épilepsie.
- **PEUT-ON PROGRAMMER UNE GROSSESSE ?** La grossesse engendre de nouvelles sécrétions d'hormones féminines pouvant accélérer la croissance des méningiomes ou favoriser les récurrences après traitement chirurgical. Il est donc impératif de contacter votre gynécologue ou votre neurochirurgien avant de programmer votre grossesse. Il en est de même si vous prenez ou comptez prendre des hormones ou dispositifs hormonaux (contraception féminine).

POUR TOUT AUTRE RENSEIGNEMENT, N'HESITEZ PAS A CONTACTER VOTRE NEUROCHIRURGIEN.

Unité 300