



Disponible en ligne sur  
**SciVerse ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



# Prise en charge chirurgicale des métastases cérébrales des cancers bronchopulmonaires

Surgery of brain metastases of lung cancer surgery

**R. Faguer<sup>1</sup>, A. Terminassian<sup>2</sup>, J. Hureau<sup>3,6</sup>, P. Soulié<sup>4</sup>,  
E. Jadaud<sup>5</sup>, P. Menei<sup>1,6,\*</sup>**

<sup>1</sup>Service de Neurochirurgie, CHU d'Angers, 4, rue Larrey, 49933 Angers cedex 9, France

<sup>2</sup>Département d'anesthésie-réanimation, CHU d'Angers, 4, rue Larrey, 49933 Angers cedex 9, France

<sup>3</sup>Département de pneumologie, CHU d'Angers, 4, rue Larrey, 49933 Angers cedex 9, France

<sup>4</sup>Service d'oncologie médicale, Institut de Cancérologie de l'Ouest, 2 rue Moll, 49100 Angers, France

<sup>5</sup>Service de radiothérapie, Institut de Cancérologie de l'Ouest, 2 rue Moll, 49100 Angers, France

<sup>6</sup>Université de Lunam, 19 bis rue La Nouë Bras de Fer, 44200 Nantes, France

## MOTS CLÉS

Chirurgie ;  
Métastases  
cérébrales ;  
Cancer du poumon ;  
Revue

## Résumé

**Introduction.** - Le cancer broncho-pulmonaire est le plus grand pourvoyeur de métastases cérébrales (MC). L'allongement de la survie lié aux progrès du traitement systémique et local en augmente l'incidence.

**État des connaissances.** - Le rôle de l'exérèse chirurgicale pour confirmer le diagnostic, traiter ou prévenir un déficit neurologique voire un décès par une hypertension intracrânienne est indiscutable. La sélection des patients éligibles à la chirurgie et l'utilisation des nouvelles technologies permettent une chirurgie avec une morbidité et une mortalité réduite.

**Perspectives.** - À côté du traitement bien codifié d'une MC unique chez un patient en bon état général avec un cancer contrôlé, le traitement chirurgical de patients avec des MC multiples doit être envisagé. Un contrôle local optimal est obtenu grâce à la résection complète facilitée par les progrès de la microchirurgie, de l'imagerie (IRM fonctionnelle, IRM par tenseur de diffusion) et l'utilisation d'un traitement adjuvant (irradiation encéphalique en totalité, radiochirurgie).

**Conclusions.** - Le rôle de la chirurgie dans le traitement des MC unique est bien défini et reste envisageable en cas de MC multiples. Les indications opératoires et les traitements complémentaires doivent être discutés au cas par cas en gardant la qualité de vie comme objectif.

© 2012 SPLF. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

\*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : PhMenei@chu-angers.fr (P. Menei).

**KEYWORDS**

Surgery;  
Brain metastases;  
Lung cancer;  
Review

**Summary**

**Introduction.** - Lung cancer is the largest provider of brain metastases (BM). The incidence of BM continue to increase owing to the prolonged survival in cancer patients related to better systemic treatment and local control of disease.

**State of art.** - The neurosurgical treatment has an indispensable role to confirm the diagnosis, to treat or preclude a neurological deficit or even to prevent a prematurely death by intracranial hypertension. The selection of patients eligible for surgery and the use of new technologies allow surgery with reduced morbidity and mortality.

**Future directions.** - Besides of single BM treatment in patient with a good performance status with a controlled extracranial disease, surgical treatment of patients with multiple BM must be now considered. Best local control of BM is obtained with complete resection and neuroimaging advances (functional MRI or diffusion tensor imagery) followed by a postoperative treatment like WB radiotherapy or stereotactic surgery.

**Conclusions.** - The role of surgery in the treatment of single BM is well established and is possible for multiple BM. Surgical indications and adjuvant therapies should be discussed on a case by case basis for treating cancer with quality of life as objective.

© 2012 SPLF. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

**Introduction**

Les métastases cérébrales (MC) sont les tumeurs intracrâniennes malignes les plus fréquentes et touchent jusqu'à 40 % des patients atteints de cancer [1]. L'incidence des MC est en augmentation en raison d'une survie plus longue des patients grâce à l'amélioration des traitements systémiques et aux progrès de l'imagerie [2]. La prévalence des MC dans les cancers bronchopulmonaires est la plus élevée (19,9 %) par rapport aux autres cancers (6,9 % pour le mélanome, 6,5 % pour le cancer rénal, 5,1 % pour le cancer du sein et 1,8 % pour le cancer colorectal) [1]. Au sein des cancers bronchopulmonaires, les carcinomes broncho-pulmonaires non à petites cellules (CBNPC) sont les plus grands pourvoyeurs de MC et sont responsables de 24 à 44 % des MC [3,4].

La dissémination des MC se fait dans 80 % des cas dans les hémisphères cérébraux, et moins fréquemment, dans le cervelet (15 %) ou le tronc cérébral (< 5 %) [5].

L'objectif principal de la chirurgie est d'améliorer la survie tout en préservant la fonction neurologique.

**Diagnostic des métastases cérébrales****Signes cliniques devant faire évoquer une métastase cérébrale**

Les MC peuvent être inaugurales de la maladie dans 6 % des cas. Dans 85 % des cas ce sont les symptômes ci-dessous qui les font découvrir [6].

**Épilepsie**

La crise d'épilepsie est révélatrice de MC dans environ 20 % des cas [7,8]. Il s'agit classiquement de crises focales simples ou secondairement généralisées. La localisation sous-corticale des MC explique le caractère épileptogène de ces lésions [9].

**Hypertension intracrânienne (HTIC)**

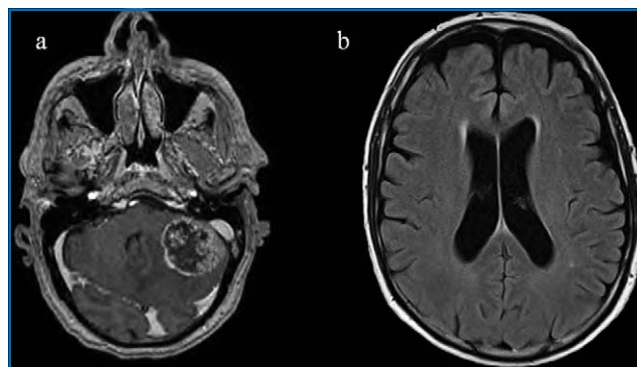
L'HTIC se manifeste principalement par des céphalées et des nausées. Dans les formes plus sévères, on peut observer des troubles de la vigilance pouvant aller jusqu'au coma [10].

L'HTIC des MC peut être liée à plusieurs mécanismes qui peuvent être associés :

- le volume tumoral ;
- l'œdème vasogénique périctumoral ;
- l'hydrocéphalie par obstruction des voies d'écoulement du liquide cérébrospinal (LCS), principalement dans les tumeurs de la fosse cérébrale postérieure (Fig.1).

**Déficit neurologique focal**

Plus de 40 % des patients atteints de MC présentent un déficit neurologique focal [11] tels qu'une hémiparésie, une aphasie



**Figure 1.** Métastase cérébelleuse gauche responsable d'une hydrocéphalie par obstruction de l'écoulement du liquide céphalo-rachidien.

A. IRM en coupe axiale, T1 avec injection de gadolinium : métastase refulant et comprimant le 4<sup>e</sup> ventricule.

B. IRM en coupe axiale, FLAIR : début de dilatation ventriculaire.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4215917>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4215917>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)