

TUMEUR CEREBRALE AU COURS D'UNE GROSSESSE CAS CLINIQUE D'UN OLIGODENDROGLIOME DE BAS GRADE ET REVUE DE LA LITTERATURE

A. TOKPA¹, L. DEROU¹, D. N'DRI OKA²

1. Service de Neurochirurgie - CHU Bouaké, Côte-d'Ivoire
2. Service de Neurochirurgie - CHU de Yopougon, Côte-d'Ivoire

RÉSUMÉ : Le diagnostic d'une tumeur cérébrale au cours de la grossesse est rare et représente un défi à la fois pour le neurochirurgien et l'obstétricien. Nous rapportons notre expérience à partir d'un cas clinique, suivi d'une revue de littérature. Une patiente de 32 ans a été hospitalisée à 14 semaines d'aménorrhée pour des céphalées et des crises convulsives. Les explorations radiologiques ont permis de diagnostiquer une tumeur cérébrale faisant évoquer un gliome de bas grade. Sa prise en charge s'est faite à base de corticoïdes et d'antiépileptiques jusqu'à la fin de la grossesse, qui a été menée à terme. L'accouchement s'est fait par césarienne. La fin de la grossesse a été marquée par l'aggravation des symptômes, liée à l'augmentation de l'œdème périlésionnel, confirmé par l'IRM de contrôle. Des ébauches d'algorithme décisionnel sont rapportées dans la littérature mais il n'existe pas de consensus établi ; de ce fait, la décision se prend au cas par cas et le patient doit toujours être informé des risques de croissance du volume tumoral et de transformation maligne.

Mots clés : *Tumeurs cérébrales, Grossesse, Oligodendrogliome, IRM encéphalique*

ABSTRACT : Brain tumor diagnosis during pregnancy is rare and represents a challenge for both neurosurgeons and obstetricians. We report our experience about a case, followed by a literature review. A 32 year-old patient was admitted in our Neurosurgery Department for headaches and seizures. She was 14 weeks pregnant. MRI exploration led to brain tumour diagnosis of low grade oligodendroglioma. Corticosteroids and antiepileptic therapies were established until term pregnancy, and delivery was performed by caesarean. The symptoms worsened at the end of pregnancy and this was related to increased perilesional oedema, confirmed by MRI control. Several drafts of decision algorithm are reported in literature but there is no established consensus. Thus, decision is taken case by case. Anyways, the patient must be informed about the possible risks of tumor growth increase and of malignant transformation during pregnancy.

Key words : *Brain tumours, Pregnancy, Oligodendroglioma, Brain MRI*

INTRODUCTION

Le diagnostic d'une tumeur cérébrale pendant la grossesse est rare et constitue un défi à la fois pour le neurochirurgien et l'obstétricien [8].

Les céphalées et les crises épileptiques qui y sont fréquentes sont abusivement attribuées à une éclampsie, source de retard voire d'erreur diagnostique. Plusieurs cas de tumeurs cérébrales diagnostiquées au cours de la grossesse ont été rapportés. Cependant plusieurs questions épidémiologiques, pathogéniques et thérapeutiques demeurent non élucidées.

Le rôle de la grossesse dans le développement de la tumeur cérébrale et l'interaction de la tumeur cérébrale sur la grossesse sont autant de préoccupations pour la communauté médicale [7]. La plupart des connaissances actuelles sont au conditionnel.

La prise en charge de ces tumeurs doit tenir compte du couple gestante-fœtus aussi bien dans le diagnostic que dans le traitement.

Les auteurs rapportent leur expérience à partir d'un cas clinique suivi d'une revue de littérature.

CAS CLINIQUE

Une patiente de 32 ans, G2P1, à 14 semaines d'aménorrhée était suivie dans un hôpital général pour des céphalées en casque, intenses avec des paroxysmes sur un fond douloureux permanent évoluant depuis 2 mois. On note la notion de flou visuel, des épisodes d'absence, des troubles de l'humeur, du comportement et des propos incohérents. Il n'y a pas de notion de déficit moteur ni de vomissement ni de fièvre. Aucun antécédent similaire n'a été rapporté au cours de la grossesse précédente.

Cette symptomatologie a motivé un scanner crânio-encéphalique qui a révélé un processus expansif intracrânien intra-axial frontal gauche d'allure tumorale avec un important œdème périlésionnel responsable d'un effet de masse sur les structures de voisinage.

Secondairement, elle a été référée au service de Neurochirurgie. L'examen clinique avait mis en évidence un bon état général, une conscience normale et une absence de déficit sensitivomoteur. Au fond d'œil il existe un œdème papillaire bilatéral.

L'IRM a confirmé un processus occupant tissulaire frontal gauche avec des logettes hypointenses de nécrose avec une faible prise de contraste en faveur d'un oligodendrogliome de bas grade (Fig.1).

Le tracé EEG de veille a montré un rythme de fond correct comportant des anomalies paroxystiques à type de bouffées généralisées d'ondes lentes accentuées à l'hyperpnée.

Une évacuation à l'étranger a été préconisée pour une biopsie stéréotaxique avec éventuellement une radiothérapie associée ou non à une chimiothérapie et le maintien de la grossesse. Finalement, une corticothérapie à base de méthylprednisolone et un traitement anti-épileptique à l'acide valproïque ont été institués avec une surveillance obstétricale et échographique rigoureuse jusqu'à l'accouchement.

L'évolution a été marquée par une recrudescence des crises épileptiques jusque-là calmées par l'acide valproïque avec une majoration du syndrome frontal. Un trouble du comportement et des propos incohérents ont été observés à partir de la 28^e semaine. Il a été procédé à la 37^e à la naissance d'un enfant sain de sexe féminin de 2200 g par césarienne sous anesthésie générale. Une IRM de contrôle réalisée 2 semaines après l'accouchement a montré une aggrava-tion de l'œdème périlésionnel (Fig. 2).

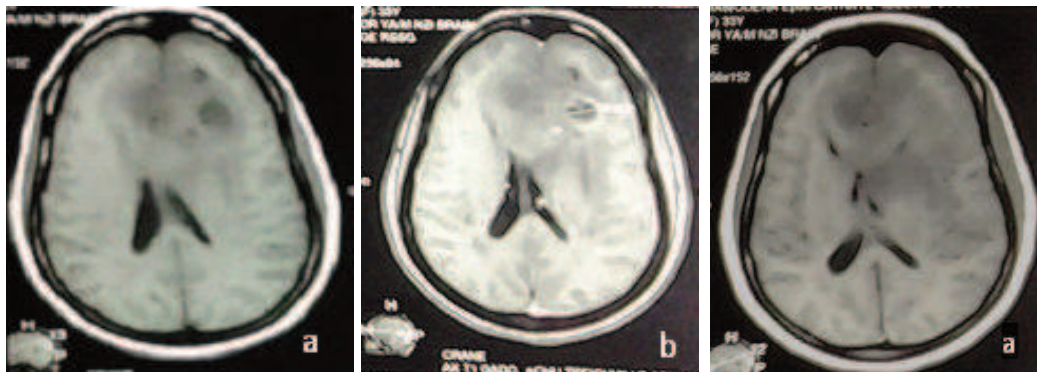


Fig. 1 : IRM à 14 semaines d'aménorrhée séquence T1 sans injection de gadolinium (a), T1 après injection de gadolinium (b) séquenceflair en coupe axial (c).

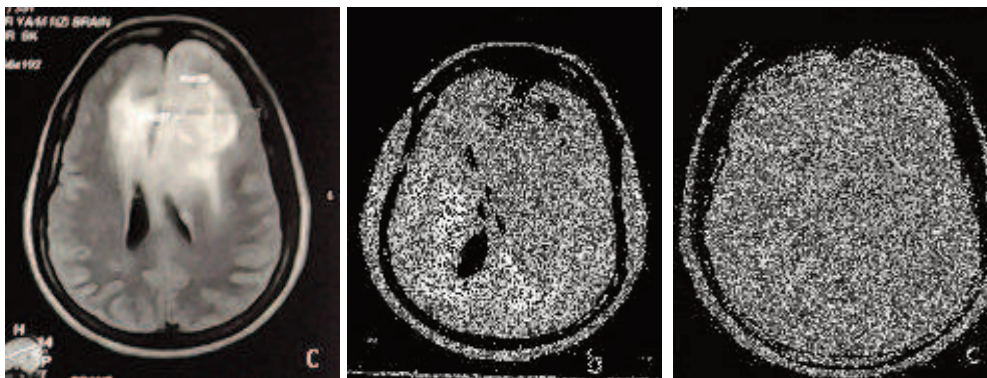


Fig. 2 : IRM du post partum séquence T1 sans injection de Gadolinium (a) T1 après injection de gadolinium (b) T2 axial (c). On note une augmentation du volume de la tumeur oligodendrogliale.

Un mois après l'accouchement sont survenus un trouble de la vigilance et le décès. L'examen anatomopathologique de la pièce de nécropsie était en faveur d'un oligodendrogliome de bas grade (Fig. 3).

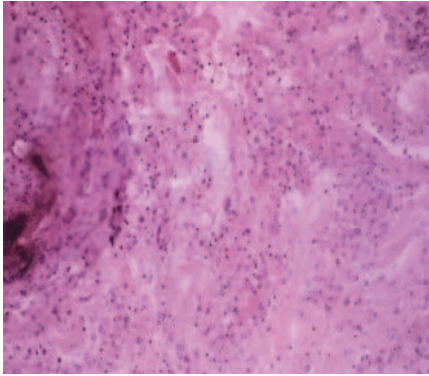


Fig. 3 : Examen histopathologique de la tumeur en faveur d'un oligodendrogliome de bas grade

DISCUSSION

La grossesse est un état physiologique dont l'association à toute pathologie confère à cette dernière des caractères spécifiques dans la prise en charge des patientes.

L'association d'une tumeur cérébrale à un état gravidique est une circonstance rare. Seules quelques petites séries ont été rapportées comme ceux de Tarnow, de Nishio et al. et de Kempers et Miller [3, 6, 9], la plupart des publications ont porté sur des cas isolés.

Une revue de littérature a permis de constater que la fréquence des tumeurs cérébrales chez la femme enceinte n'est pas supérieure à celle des femmes non enceinte en âge de procréer d'une part et d'autre part ces tumeurs sont tout aussi variées chez la femme enceinte que chez celle non enceinte. Selon Haas et al. L'incidence des tumeurs cérébrales pendant la grossesse est inférieure à celle attendue chez les femmes non enceintes en âge de procréer [2]. Par conséquent il apparaît que la grossesse n'a aucun rôle dans la genèse des tumeurs cérébrales primitives. La grossesse comporte le risque d'augmentation du volume de la tumeur et un risque de transformation maligne [7].

Cependant l'aggravation symptomatique au cours de la grossesse suivi de leur régression après l'accouchement constaté chez certaines femmes enceintes porteuses de tumeur intracrânienne notamment les méningiomes [4] fait dire que l'état gravidique favorise l'expression clinique des tumeurs cérébrales.

Les gliomes semblent les tumeurs cérébrales primitives les plus souvent diagnostiquées chez la femme enceinte [1].

Ici il s'agissait d'un oligodendrogliome de bas grade.

La manifestation clinique de la plupart des tumeurs cérébrales et particulièrement des gliomes survient surtout au cours du 1^{er} trimestre [3] comme ce fut le cas chez notre patiente.

Certains facteurs tels que l'accélération de la croissance tumorale, l'immunos-tolérance et la majoration de l'œdème cérébrale vasogénique sont fréquemment incriminés dans cette aggravation clinique.

La majoration de l'œdème cérébral péri-tumoral et de l'infiltration œdémateuse tumorale paraît l'explication la plus plausible [4] au cours des gliomes cérébraux comme l'atteste la comparaison des IRM successives de notre patiente. L'aspect de la tumeur n'a quasiment pas varié sur les deux IRM à 6 mois d'intervalle cependant l'aggravation de l'œdème péri-tumoral explique l'aggravation de la sympto-matologie clinique.

L'effet nocif de la tumeur sur le fœtus n'est pas direct mais se fait à travers ses conséquences telles que l'hypertension intracrânienne et les crises épileptiques qui peuvent mettre en jeu le pronostic vital maternel et fœtal et nécessitent dans certains cas une interruption de la grossesse.

Le principe général du traitement est basé sur le traitement symptomatique et le traitement oncologique. Une corticothérapie à base de méthyl prednisolone et un traitement antiépileptique ont été institués tout au long de la grossesse et ont permis de mener la grossesse à terme. Si la corticothérapie à l'avantage de favoriser la maturation pulmonaire fœtale en plus de son effet antiœdémateux [5], les antiépileptiques sont associés à un risque élevé de malformation fœtale. Certains antiépileptiques auraient un risque tératogène plus faible voire nul.

La recrudescence à partir de la 28^e semaine d'aménorrhée des crises épileptiques jusque là contrôlées par l'acide valproïque pourrait s'expliquer par un abaissement du seuil épileptogène mais aussi par une augmentation de l'œdème périlésionnel et de l'hypertension intracrânienne.

Le traitement de la tumeur obéit d'une façon générale au même principe que celui proposé en dehors de la grossesse en privilégiant la vie de la mère. La tendance est de différer la chirurgie à la période du post-partum tant que cela est possible, ou tout au moins jusqu'à la possibilité d'accouchement d'un fœtus viable.

Les progrès réalisés en neurochirurgie et en anesthésie rendent possible une intervention neurochirurgicale au cours de la grossesse, avec peu d'effet nocif sur son déroulement de l'intervention et sur le fœtus.

En cas de suspicion à l'IRM ou de confirmation de gliome malin au 1er trimestre de la grossesse, il est préconisé l'interruption de la grossesse du fait du mauvais pronostic de la lésion et le risque d'aggravation de l'hypertension intracrânienne par œdème vasogénique.

Nous avons opté pour un traitement conservateur chez notre patiente pour plusieurs raisons. D'une part la faible prise de contraste à l'IRM faisait suspecter un gliome de bas grade et la biopsie stéréotaxique n'a pu être réalisée, d'autre part par refus d'une interruption de la grossesse par le couple.

La radiothérapie occupe une place primordiale dans le traitement des gliomes. Cependant bien que le foyer à traiter soit loin du fœtus, le risque de malformation fœtale existe en cas d'irradiation au 1er trimestre de la grossesse. A l'instar de la radiothérapie, la prescription d'une chimiothérapie à base d'alkylants comme le témozolomide et les nitroso-urées possède un risque tératogène au 1er trimestre [1]. Ce risque tératogène disparaît au 2^e trimestre, période à laquelle nous avons commencé la prise en charge de notre patiente.

L'accouchement par césarienne électorale sous anesthésie générale a été préconisé afin d'éviter tout risque d'aggravation de l'hypertension intracrânienne pouvant être fatale (le stress moral, la douleur et les efforts expulsifs du travail). Selon Ducray et al. le travail et l'accouchement par les voies naturelles sont contre-indiqués chez les patientes ayant une hypertension intracrânienne à cause de l'augmentation de la pression intracrânienne en rapport avec la douleur des contractions [1]. Par ailleurs l'anesthésie péridurale présente un risque d'engagement et de décès en cas de brèche durale [10].

CONCLUSION

Tous les auteurs s'accordent à dire que le diagnostic d'une tumeur cérébrale primitive au cours de la grossesse est rare. La grossesse n'est pas un facteur oncogène mais peut favoriser l'expression clinique de ces tumeurs en particulier les tumeurs gliales. La prise en charge thérapeutique doit prendre en compte la mère et l'enfant. La rareté du diagnostic, la diversité des

tumeurs en cause et la variabilité de leur potentiel évolutif et la particularité du couple mère-enfant sont autant d'obstacle à l'élaboration d'un algorithme décisionnel aux situations cliniques par conséquent les décisions sont prises au cas par cas. Le patient doit toujours être informé des risques de croissance du volume tumoral et de transformation maligne.

REFERENCES

- 1] DUCRAY F, COLIN P, CARTALAT-CAREL, PELISSOU-GUYOTAT I, MAHLA K, AUDRA P, GAUCHERAND P, HONNORAT P, TROUILLAS P. prise en charge des gliomes malins découverts au cours d'une grossesse. Rev. Neurol 2006 ; 162 : 322-329
- 2] HAAS JF, JANISCH W, STANECZEK W. Newly diagnosed primary intracranial neoplasms in pregnant women : a population-based assessment. J Neurol Neurosurg. Psychiatry 1986 ; 49 : 874-880
- 3] KEMPERS RD, MILLER RH. Management of pregnancy associated with brain tumors. Am J Obstet Gynecol. 1963 Dec 1; 87 : 858-64
- 4] MICHELSENJJ, New PFJ. Brain tumour and pregnancy. J Neurol Neurosurg Psychiat 1969, 32 :305-307
- 5] NG J, KITCHEN N. Neurosurgery and pregnancy. J Neurol. Neurosurg Psychiatry 2008 ; 79 : 745-752
- 6] NISHIO S, MORIOKA T, SUZUKI S, TAKESHITA I, IKEZAKI K, FUKUI M, NAKANO H. Primary brain tumours manifesting during pregnancy: presentation of six cases and a review of the literature. J. clin Neuroscience 1996, 3(4):334-337
- 7] RAVINDRA VM, BRACA JA, JENSEN RL, DUCKWORTH EA3. Management of intracranial pathology during pregnancy: Case example and review of management strategies. SurgNeurol Int. 2015 23 6:43.
- 8] TARNOW G. Brain tumor and pregnancy Zentral Neurochir. 1960 20:134-58
- 9] WEINREB HJ. Demyelinating and neoplastic diseases in pregnancy. Neurol Clin 1994 12 : 509-526.