

giomes. Surtout la possibilité de visualiser une infiltration tumorale au niveau dural, osseux ou de petits fragments résiduels pourrait à terme améliorer les taux de récurrence.

doi:10.1016/j.neuchi.2011.09.057

O35

### Les méningiomes du tubercule de la selle : à propos d'une série de 64 cas avec une revue de la littérature

K. Bouaita\*, C. Deliba, T. Selmane, N. Ioualalene  
EHS Ali Aït Idir, Alger, Algérie

\*Auteur correspondant.

**Introduction.**– Les méningiomes du tubercule de la selle sont des méningiomes de l'étage antérieur de la base du crâne et représentent 3 à 10 % des méningiomes intracrâniens. Leur traitement est chirurgical et doit permettre une amélioration de la fonction visuelle, mais demeure difficile. Nous rapportons une étude clinique, radiologique et chirurgicale d'une série de 64 cas comparée aux données récentes de la littérature.

**Patients et méthode.**– Une série rétrospective de 64 cas sur 10 ans, moyenne d'âge : 55,5 ans, sexe : 58 F/06 H. Délai préopératoire : 2 mois–7 ans. Symptômes : visuels : 95 %, troubles endocriniens : 5 %. Chirurgie : 63 patients ont été opérés par voie haute ; la voie sous-frontale unilatérale a été utilisée dans 16 cas, la voie fronto-temporale dans 35 cas, la voie supraorbitaire sous-frontale droite dans 12 cas ; une malade a été opérée par voie trans-sphénoïdale. L'exérèse a été totale dans 54 % des cas, et subtotale/partielle dans 46 % des cas.

**Résultats ou cas rapporté.**– Fonction visuelle : amélioration : 40 %, stabilisation : 45 %, aggravation : 15 %. Morbidité : diabète insipide dans 40 % des cas. Mortalité : 2 cas décédés par ischémie hémisphérique droite à la suite d'un incident peropératoire (blessure de la carotide interne).

**Conclusion.**– Les méningiomes du tubercule de la selle doivent être résectionnés le plus tôt possible chez les patients présentant des symptômes visuels. Une évaluation préopératoire est nécessaire pour conférer une appréciation visuelle post-opératoire objective après chirurgie d'exérèse. La résection totale du méningiome est le seul garant d'une guérison définitive.

doi:10.1016/j.neuchi.2011.09.058

O36

### Radiochirurgie gamma-knife comme traitement exclusif des métastases cérébrales du cancer pulmonaire : à propos de 89 cas

N. Reyns\*, Y. Ouammou, G. Touzet, T. Sarrazin, F. Dubois, E. Lartigau, J.-J. Lafitte, S. Blond  
Centre de radiochirurgie gamma-knife, hôpital Roger-Salengro, CHRU, Lille, France

\*Auteur correspondant.

**Introduction.**– Les métastases cérébrales font souvent l'objet de traitements combinés. La référence a longtemps été l'association d'une exérèse chirurgicale et d'une radiothérapie de l'encéphale in toto. Nous rapportons une série de 89 patients présentant des métastases cérébrales d'un cancer pulmonaire traitées par radiochirurgie gamma-knife exclusive.

**Patients et méthode.**– Entre janvier 2004 et décembre 2010, 89 patients (19 F/70 H) ont ainsi été traités dans notre institution. L'âge moyen était de 60 ans. Selon la Recursive Partitioning Analysis (RPA), 36 % des patients étaient en RPA classe I, 43 % en RPA classe II et 21 % en RPA classe III. On note que 110 métastases (1,2/patient) ont été traitées en 98 procédures (1,1/patient). Les adénocarcinomes représentent 89 % des types histologiques, les carcinomes épidermoïdes 9 %. La dose marginale moyenne était de 23,4 grays.

Le volume moyen irradié était de 2650 mm<sup>3</sup>. Le suivi moyen est de 15 mois.

**Résultats ou cas rapporté.**– Le contrôle tumoral a été constaté dans 83 % des cas. La morbidité était de 3,3 %. Deux patients présentant une métastase en fosse postérieure ont développé une hydrocéphalie dans les suites du traitement responsable d'une morbidité transitoire de 2,2 %. Un patient a présenté un déficit moteur responsable d'une morbidité permanente de 1,1 %. La survie sans progression tumorale a été de 86 %. Le taux de survie global est de 85 %. Treize des 14 patients décédés étaient en RPA classe III, un patient en RPA classe II. Deux patients sont décédés de causes neurologiques.

**Conclusion.**– La faible morbidité et l'efficacité de la radiochirurgie gamma-knife illustrées dans cette série sont concordantes aux données de la littérature. Ces dernières rapportent également l'équivalence de l'efficacité de la radiochirurgie à celle du traitement associant chirurgie et radiothérapie cérébrale. Par ailleurs, le pronostic étant lié à la maladie systémique, la radiochirurgie peut être proposée en traitement unique des métastases cérébrales à condition d'une surveillance rigoureuse permettant le dépistage de récurrences.

doi:10.1016/j.neuchi.2011.09.059

O37

### Prédiction du contrôle local après radiochirurgie des métastases cérébrales de cancer du sein

C. Valéry\*, M. Lekehal, C. Boskos, M. Duyme, I. Lamproglu, G. Boisserie, J.-J. Mazon, P. Cornu  
Paris, France

\*Auteur correspondant.

**Introduction.**– La radiochirurgie est actuellement le traitement de première ligne des métastases cérébrales. La détermination du contrôle local est effectuée par des IRM itératives, comparées à l'IRM de référence. La radiochirurgie induit des modifications de taille, de forme et de contenu de la lésion, qui peuvent avoir différentes significations. Le but de cette étude est de préciser dans une population homogène – cancer du sein – le timing de ces changements après radiochirurgie et leur signification relative au contrôle local.

**Patients et méthode.**– Cent douze patients ont été traités dans notre institution entre 2005 et 2008 pour métastases cérébrales de cancer du sein à l'aide d'un Linac Varian de 6 MV et d'un collimateur micromultilames M3 BrainLab. L'âge moyen était de 54 ans (26–82), l'index de Karnofsky moyen était de 90, Le primitif était contrôlé dans 87,5 % des cas, il existait des métastases extraneurologiques dans 78 % des cas. Le nombre total de métastases était de 189, le volume médian lésionnel était de 1,5 cc (0,008–44). L'évaluation du volume était réalisée par contournage des lésions à l'aide du logiciel BrainLab.

**Résultats ou cas rapporté.**– Les résultats de la dernière IRM (médiane : 13 mois) ont été comparés à ceux de l'IRM de référence (médiane : 4 mois). Parmi les 168 patients considérés comme contrôlés à 4 mois, 139 étaient finalement contrôlés au dernier contrôle. La valeur prédictive positive était de 82 %. Le taux de contrôle local était de 97 % à 3 mois, de 94 % à 6 mois et de 80 % à 12 mois. En analyse multivariée, deux paramètres étaient prédictifs du contrôle local, un volume élevé ( $p=0,0021$ ) et une localisation méningée ( $p=0,028$ ).

**Conclusion.**– L'IRM à 4 mois pourrait être un paramètre utilisable comme prédicteur de l'efficacité du traitement, permettant d'élaborer précocement une stratégie thérapeutique ultérieure.

doi:10.1016/j.neuchi.2011.09.060

O38

### Bénéfice d'une chirurgie agressive dans le traitement du neurocytome central