

Ependymome

Tronc commun Neuro-Oncologie

- Généralités
- Anatomico-pathologie
- Imagerie - Evaluation réponse
- Techniques chirurgicales
- Techniques de radiothérapie
- Traitements symptomatiques
- Essais cliniques

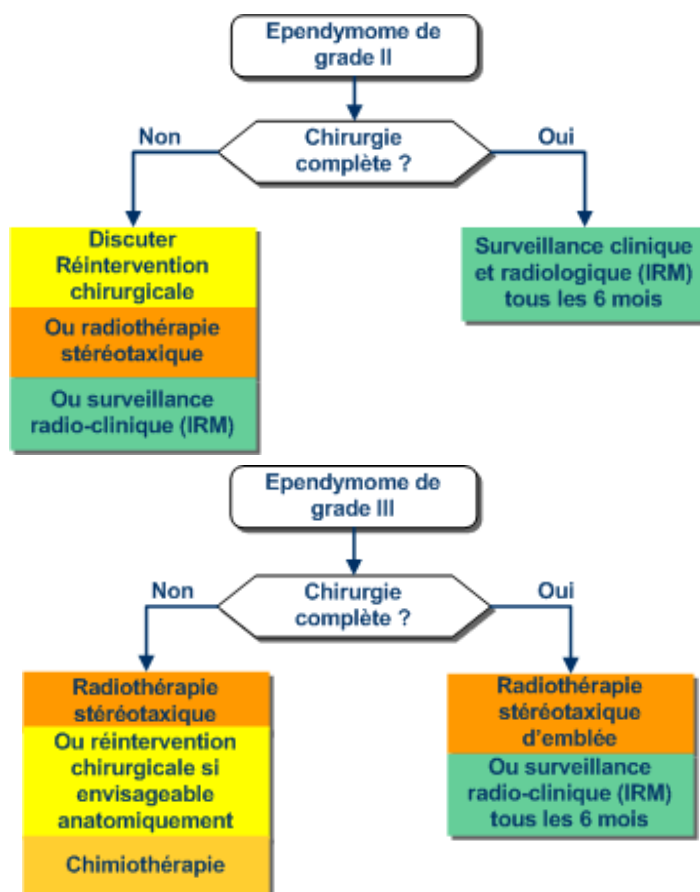
1. Ependymomes intracrâniens de l'adulte

- Chaque étape thérapeutique doit être discutée en **RCP**.
- Le **bilan** comporte obligatoirement une IRM spinale, éventuellement associée à une ponction lombaire pour analyse cellulaire.
- Le grading OMS distingue :
 - les épendymome de grade II
 - les épendymome anaplasique (grade III)

1.1. Traitement des formes localisées

- Dans les formes localisées, une **chirurgie** d'exérèse la plus complète possible doit être réalisée.
- La **radiothérapie** cérébrospinale n'est plus de mise, mais est focalisée sur le volume tumoral initial.
 - Volumes cibles
 - GTV1= lit opératoire et/ou volume tumoral prenant le contraste
 - CTV1 = GTV + 5 à 10 mm selon le type histologique
 - GTV2 : reliquat
 - CTV 2 : 5 à 10 mm selon le type histologique
 - PTV (1 ou 2) = CTV (1 ou 2) + 2 mm si technique stéréotaxique et 3 à 5 mm si RT conformationnelle
 - **Technique** : elle est adaptée au volume-cible, la plus conformationnelle possible; les petites lésions peuvent tirer bénéfice d'une RT stéréotaxique hypofractionnée ([Combs, 08](#)).
 - **Dose** : La dose est de 54 Gy en 30 fractions de 1,8 Gy (PTV1), avec un complément de 5,4 à 6 Gy sur le volume résiduel post-op (PTV2). Ce complément peut être réalisé en RT en conditions stéréotaxiques hypofractionnée et délivré selon une technique du boost dans le champ avec la tomothérapie.
- **Une IRM dans les 48 à 72 heures** après la chirurgie doit être réalisée afin d'évaluer la

qualité de l'exérèse qui apparait comme un facteur pronostic important.



- Si **récidive** : discuter réintervention ou radiothérapie stéréotaxique avec chimiothérapie ou soins palliatifs en fonction de la clinique.

1.2. Traitement des formes métastatiques

- La présence de cellules dans le LCR avec métastases intracrâniennes et/ou spinales d'emblée est un facteur de mauvais pronostic. Une radiothérapie crânio-spinale avec éventuellement chirurgie d'exérèse, puis chimiothérapie sont proposées. Pour les formes métastatiques spinales, la technique de radiothérapie cérébrospinale est identique à celle du [médulloblastome](#).

2. Ependymome médullaire de l'adulte

- Le plus souvent localisation cervicale : chirurgie d'exérèse la plus complète possible.
- IRM 48 heures en post-opératoire.



3. Ependymome du filum terminal

- Ependymome myxo-papillaire.
- Chirurgie d'exérèse, surveillance anatomoclinique.

4. Bibliographie

- Carrie C, Mottolèse C, Bouffet E et al.
Non-metastatic childhood ependymomas.
Radiother Oncol. 1995;36:101-6.
- Combs S, Kelter V, Welzel T.
Influence of radiotherapy treatment concept on the outcome of patients with localized ependymomas.
Int. J. Radiation Oncol Biol Phys. 2008.15;71(4):972-8.
- Guyotat J, Signorelli F, Desme S et al.
Intracranial ependymomas in adult patients : analyses of prognostic factors.
J Neurooncol. 2002;60:255-68.
- Lyons MK, Kelly PJ.
Posterior fossa ependymomas : report of 30 cases and review of the literature.
Neurosurgery. 1991;28:659-64; discussion 664-5
- Merchant TE, Mulhern RK, Krasin MJ et al.
Preliminary results from a phase II trial of conformal radiation therapy and evaluation of radiation-related CNS effects for pediatric patients with localized ependymoma.
J Clin Oncol. 2004;22:3156-62.
- Pollack IF, Gerszten PC, Martinez AJ et al.
Intracranial ependymomas of childhood : long-term outcome and prognostic factors.
Neurosurgery. 1995;37:655-66; discussion 666-7. *Référentiel régional de neuro-oncologie,

Onco Pays de Loire 2006.

- Stuben G, Stuschke M, Kroll M et al.

Postoperative radiotherapy of spinal and intracranial ependymomas : analysis of prognostic factors.

Radiother Oncol. 1997;45:3-10.