

# Ependymome

## Tronc commun Neuro-Oncologie

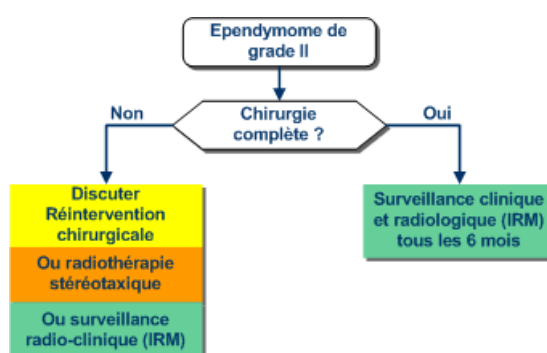
- Généralités
- Anatomopathologie
- Imagerie - Evaluation réponse
- Techniques chirurgicales
- Techniques de radiothérapie
- Traitements symptomatiques
- Essais cliniques

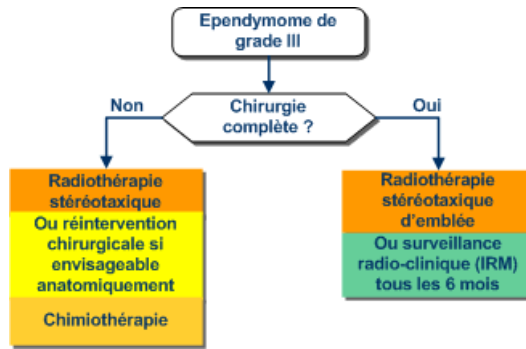
## 1. Ependymomes intracrâniens de l'adulte

- 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 apparaît comme un facteur pronostic important.





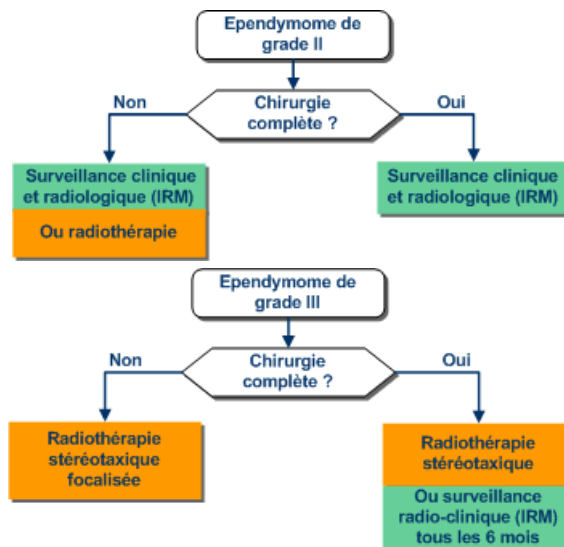
- Si **récidive** : discuter réintervention ou radiothérapie stéréotaxique avec chimiothérapie ou soins palliatifs en fonction de la clinique.

## 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, Mottolese 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.