

TUMORILE CEREBRALE

Dr Teodora Flonta

Bilant preterapeutic

- examen clinic complet si examen neurologic (IN)
- istoric familial de sindroame genetice asociate cu tumori ale SNC(neurofibromatoza, Li Fraumeni, von Hippel Lindau, Turcot's)
- examen oftalmologic si endocrinologic (in functie de localizarea tumorii)
- pacientii cu tumori cerebrale grad inalt de malignitate asociaza tromboza venoasa profunda si risc crescut de embolism pulmonar (sindrom paraneoplazic)
- hemoleucograma completa si biochimie sange
- RMN cerebral: T1 pre si post-gadolinium, T2, FLAIR
- CT cerebral atunci cand exista contraindicatii pentru RMN : pacemaker/defibrilator implantabil, clipsuri chirurgicale, sau orice alt dispozitiv incompatibil cu RMN, pacienti care nu pot tolera efectuarea RMN (claustrofobie)
- RMN cerebral postoperator efectuat in primele 48 ore de la interventia chirurgicala (pentru aprecierea radicalitatii interventiei chirurgicale)

Indicatii terapeutice

- interventie chirurgicala (prima optiune) cu ablare macroscopica in totalitate a formatiunii tumorale si control RMN cerebral postoperator in primele 48 ore
- radioterapie
- chimioterapie
- tratament simptomatic: depletive cerebrale, dexametazona, antiepileptice

1.Glioame grad inalt de malignitate (glioblastom multiform, astrocitom anaplastic):

- *ablare totala/subtotala a formatiunii tumorale:*

RT (60 Gy) + temozolomida 75 mg/mp concomitent, urmat de temozolomida, 6 cicluri, la 28 zile (150-200 mg/mp zi 1-5) sau

RT 40 Gy/15 fractiuni pentru pacienti >60 ani si KPS>50 sau

RT 30 Gy/10 fractiuni pentru pacienti >65 ani si KPS<50

- *inoperabil :*

RT (60 Gy) + temozolomidum 75 mg/mp concomitent, urmat de de temozolomida, 6 cicluri, la 28 zile (150-200 mg/mp zi 1-5)

- *recidiva* :

tratament depletiv cerebral, corticoizi

pentru recidiva locala si operabila sau simptomatica : chirurgie urmata de chimioterapie

pentru recidiva locala si inoperabila : chimioterapie si/sau 3D-RT sau SRS (stereotactic radiosurgery)

pentru recidiva difuza : chimioterapie + best supportive care (tratament simptomatic)

daca KPS<30-40 : best supportive care

2.Glioame grad scazut de malignitate (astrocitom pilocitic, astrocitom G2, oligodendrogliom, oligoastrocitom):

- astrocitom pilocitic : resectie totala si urmarire

resectie subtotala si urmarire vs chimioterapie vs RT vs SRS (in functie de varsta pacientului, localizarea tumorii, prezenta/absenta simptomatologiei)

- astrocitom G2, oligodendrogliom, oligoastrocitom : resectie maximala (totala/subtotala) si : urmarire (<40 ani, oligodendrogliom, resectie totala) urmat de RT (50-54 Gy) la progresie sau

RT postoperator cu 54 Gy (nu aduce beneficiu in supravietuire dar prelungeste intervalul pana la recidiva)

Tehnica iradierii

- imobilizare cu masca personalizata

- campuri opuse si paralele pentru cutie craniana in totalitate

- delimitarea volumului tinta tumoral :

Glioame cu grad inalt de malignitate :

GTV1 = T1 enhancement + T2/FLAIR

CTV 1 = GTV1 + 2 cm

Boost : GTV2 = T1 enhancement

CTV2+ GTV2 + 2 cm

PTV = inca 0,5 cm

RT : 1,8 Gy/ fractiune pana la DT=59,4 Gy sau 2 Gy/fractiune pana la DT=60 Gy

Glioame cu grad scazut de malignitate :

GTV = T1 enhancement or FLAIR

CTV = GTV + 1-2 cm

RT : 1,8 Gy/fractiune pana la DT=50,4 - 54 Gy

Urmarire postterapeutica

- glioame cu grad inalt de malignitate : RMN cerebral la 6 saptamani de la incheierea RT, apoi la fiecare 2 luni ;

- glioame cu grad scazut de malignitate : RMN cerebral la 6 saptamani de la incheierea RT, apoi RMN cerebral la 6 luni timp de 5 ani si, ulterior, anual