

Comparaison des conséquences cognitives des interventions sur craniopharyngiome en fonction de la voie d'abord transphénoïdale versus intracrânienne

A. Pann^a, A. Schmitt^b, T. Graillon^b, F. Albarel^c, A. Loundou^d, R. Gras^b, H. Dufour^e
^a (1) Service de Neurochirurgie, AP-HM Timone (2) INS, Institut de Neurosciences des Systèmes, INSERM UMR 1106, Marseille, FRANCE ; ^b Service de Neurochirurgie, AP-HM Timone, Marseille, FRANCE ; ^c Service d'endocrinologie, centre DEFHY AMU, AMU, Marseille, FRANCE ; ^d SPMC, Santé Publique et maladies Chroniques : Qualité de Vie, Concepts, Usages et Limites, Déterminants, EA 3279, AMU, Marseille, France ; ^e (1) Service de Neurochirurgie, AP-HM Timone (2) MMG, Medical Marseille Genetics, INSERM UMR 1251, Marseille, FRANCE

INTRODUCTION

Le **craniopharyngiome** est une pathologie potentiellement grave, dont la prise en charge requiert une **multidisciplinarité** (1). Les difficultés d'exercice complète, les séquelles visuelles, endocriniennes et neurocognitives qu'il entraîne et les risques de récives qu'il présente sont responsables d'une **altération de la qualité de vie**. Empiriquement, la voie d'abord chirurgicale est **intracrânienne** pour les **formes suprasellaires** et **transphénoïdale** pour les **formes intrasellaires** (2). La **voie transphénoïdale** est aussi **utilisée dans certaines localisations suprasellaires** par certaines équipes dont la nôtre. Les troubles cognitifs peuvent être la conséquence de la tumeur, mais aussi être induits ou aggravés par l'approche chirurgicale lésant l'hypothalamus et rompant les fibres efférentes du lobe frontal vers l'hypothalamus. Ils seraient plus fréquemment observés par voie intracrânienne (VH), que par voie transphénoïdale (VB) (3). **Plus de 80% des tumeurs empiriquement opérées par VH étant désormais opérées par voie transphénoïdale élargie** dans notre département, le **but de l'étude est comparer les séquelles neurocognitives des VH et des VB**.

METHODES

N = 28 patients (μ âge= 49,9 ± 13,1 ; 18 ♀, 10 ♂)

EVALUATION NEURO-COGNITIVE

Analyse rétrospective des données psychométriques objectives

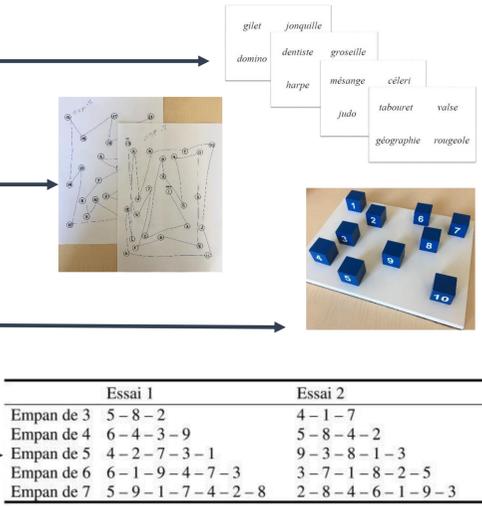
- Préopératoire : minimum J-7 de la chirurgie
- Post-opératoire : moy. 6-7 mois après la chirurgie

Evaluation psychométrique = fonctions évaluées :

- mémoire antérograde verbale
- flexibilité mentale et vitesse de traitement de l'information
- mémoire à court terme et de travail visuo-spatiale
- mémoire à court terme et de travail auditivo-verbale

Regroupées sous 11 critères

Evaluation considérée comme anormale à partir de 1/11 altéré (+ analyse statistique plus spécifique réalisée test par test)



RECUEIL DE LA PLAINTE

Analyse de contenu des entretiens (recueil des plaintes spontanées) : **4 critères récurrents** d'altération de la qualité de vie (non exhaustifs)

- trouble visuel
- prise de poids
- diminution des activités de loisirs et/ou professionnelles
- modifications comportementales

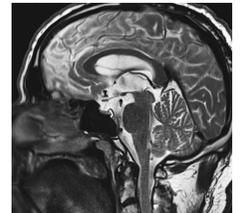
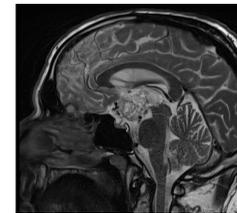
Qualité de vie considérée subjectivement altérée à partir de 1/4 rapporté

IMAGERIE PRE/POST OPERATOIRE

Voie intracrânienne (VH)

Pré-op

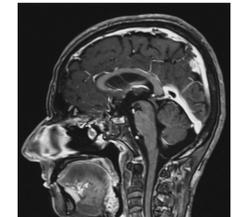
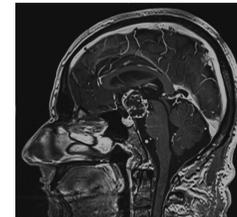
Post-op



Voie transphénoïdale (VB)

Pré-op

Post-op

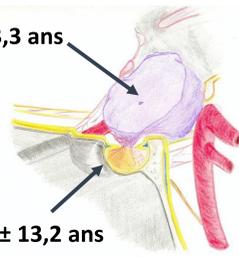


MODE OPERATOIRE

Voie d'abord déterminée selon 4 critères :

8 VH : 7 femmes, 1 homme ; 50 ± 13,3 ans

- position du chiasma optique
- position du plancher du 3^e ventricule
- degré de pneumatisation du sinus sphénoïdal
- taille et extension de la tumeur



20 VB : 11 femmes, 9 hommes; 49,5 ± 13,2 ans

OBJECTIFS

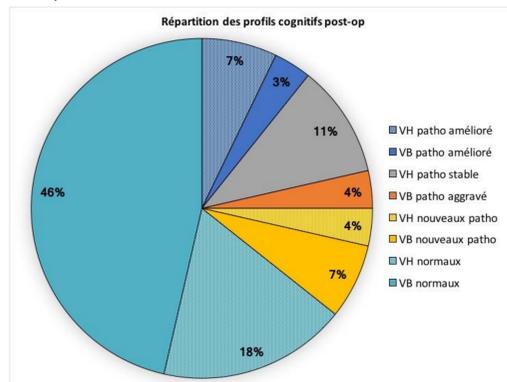
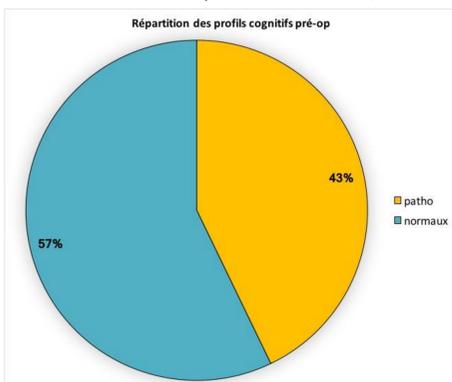
Caractériser les profils cognitifs pré et post-opératoires et rechercher l'influence de la voie d'abord chirurgicale sur l'évolution de ces profils :

- Comparaison profils cognitifs pré-op/post-op
- Comparaison plaintes subjectives pré-op/post-op
- Comparaison profils cognitifs post-op selon la voie d'abord
- Corrélations plaintes post-op cog/profil cog post op

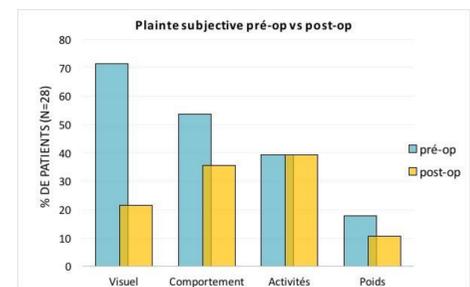
RESULTATS

COGNITIFS

- Absence de différence significative entre pré-op vs post-op
- Absence de différence significative post-op selon la voie d'abord (VH = voie haute; VB = voie basse)



QUALITE DE VIE



- Réduction globale des plaintes subjectives des patients en post-op
- Stabilité des plaintes concernant les activités de la vie quotidienne et persistance notable des plaintes concernant les modifications comportementales
- Existence d'une corrélation négative : sur les 24 patients améliorés ou stables sur le plan cognitif en post-opératoire, 83% présentent une diminution ou stabilité de la plainte subjective

CONCLUSION

La chirurgie n'altère pas davantage les patients sur le plan neurocognitif. Elle améliore même certaines compétences (cf. analyse statistique spécifique test par test : amélioration des capacités de récupération spontanée en mémoire antérograde verbale ; amélioration de la vitesse de traitement de l'information, de la flexibilité mentale et des capacités de MDT auditivo-verbales).

La voie d'abord n'influence pas le pronostic cognitif dans notre série.

La prise en charge des patients diminue le niveau global de plainte subjective, mais certains éléments persistent concernant les activités de la vie quotidienne et les modifications comportementales.

TAKE-HOME MESSAGE

- Mode opératoire à déterminer sur les critères topographiques
- Voie transphénoïdale à privilégier car l'amélioration visuelle post-op y est plus fréquente (à Marseille, depuis 2002, 83% des patients qui auraient été opérés il y a 20 ans par voie intracrânienne, l'ont été par voie transphénoïdale)
- Evoquer en consultation la possible persistance post-op des modifications comportementales et des activités de la vie quotidienne subjectivement rapportées

(1) Barajas, M. A., Ramírez-Guzmán, G., Rodríguez-Vázquez, C., Toledo-Buenrostro, V., Velásquez-Santana, H., Robles, R. D. V., ... & Rodríguez-Hernández, G. (2002). Multimodal management of craniopharyngiomas: neuroendoscopy, microsurgery, and radiosurgery. *Special Supplements*, 97, 607-609.
(2) Shi, X., Huang, W., & Wang, Z. (2001). Preservation of the hypothalamic structures in the total resection of craniopharyngioma. *Chinese medical sciences journal= Chung-kuo i hsueh k'o hsueh tsa chih*, 16(4), 218-222.
(3) Donnet, A., Schmitt, A., Dufour, H., & Grisoli, F. (1999). Neuropsychological follow-up of twenty two adult patients after surgery for craniopharyngioma. *Acta neurochirurgica*, 141(10), 1049-1054.