



Extrait du Campus de Neurochirurgie

<http://campus.neurochirurgie.fr/spip.php?article303>

Questions ECN sur les tumeurs cérébrales

- Etudiant en Médecine - Tumeurs cérébrales -

Date de mise en ligne : mardi 15 juillet 2008

Campus de Neurochirurgie

Connaître les circonstances de découverte d'une tumeur cérébrale

▶ sus tentorielle, un adénome hypophysaire ▶ sous tentorielle de l'adulte et de l'enfant

Tumeur sus tentorielle

- ▶ le syndrome d'hypertension intracrânienne, qui associe classiquement les céphalées (rebelles au traitement médical), les vomissements (en jet), les troubles visuels liés à un oedème papillaire visible au fond d'oeil, puis la somnolence voire les troubles de conscience. Au stade extrême, le risque est l'engagement temporal, mettant en jeu le pronostic vital (avec un possible risque de décompensation brutale)
- ▶ la crise d'épilepsie, qui peut être généralisée ou partielle (éventuellement avec généralisation secondaire), donnant dans ce second cas de figure une orientation vers la topographie de la tumeur. L'épilepsie révèle plus volontiers (mais non exclusivement) une tumeur d'évolution lente
- ▶ le déficit neurologique, traditionnellement en « tâche d'huile », mais survenant parfois de façon rapide. Ce dernier a une valeur localisatrice (déficit moteur, somatosensoriel, praxique, langagier, visuel, syndrome dysexécutif, troubles comportementaux ...)
- ▶ parfois, une découverte fortuite lors de la réalisation d'une imagerie cérébrale pour une autre cause, par exemple à titre systématique à la suite d'un traumatisme crânien mineur ou lors d'un bilan d'extension d'une néoplasie primitive non neurologique.

Adénome hypophysaire

Association à des degrés divers de trois catégories de symptômes :

- ▶ signes endocriniens en relation avec le caractère sécrétant (prolactinome, corticotrope, somatotrope, thyrotrope) ou non sécrétant (insuffisance antéhypophysaire) de l'adénome
- ▶ signes visuels, à savoir hémianopsie bitemporale par compression du chiasma optique, lors d'adénome non sécrétant (i.e. non fonctionnel)
- ▶ signes d'envahissement du sinus caverneux - III, IV, VI et nerf trijumeau

Tumeur sous tentorielle

- ▶ l'hydrocéphalie et donc l'hypertension intracrânienne sont fréquentes dans les tumeurs sous-tentorielles.
- ▶ syndrome cérébelleux, statique (vermis) ou cinétique (lésion de l'hémisphère homolatéral aux symptômes)
- ▶ une tumeur de l'angle donnera une atteinte des nerfs crâniens associée à un syndrome vestibulaire et/ou cérébelleux.
- ▶ signes d'atteinte du tronc cérébral, très polymorphes, en particulier déficit sensitivomoteur proportionnel controlatéral souvent associé à une paralysie de nerfs crâniens homolatéral à la tumeur (syndrome alterne).
- ▶ pas de comitialité lésionnelle à l'étage sous-tentoriel

Savoir décrire les caractéristiques d'un syndrome frontal tumoral par opposition à un syndrome dépressif de l'adulte

- ▶ Le syndrome dépressif survient généralement dans un contexte particulier : patient connu de longue date pour

une dépression, cause susceptible d'expliquer une dépression réactionnelle.

- ▶ à l'inverse, le syndrome frontal tumoral survient volontiers chez un patient sans antécédent psychiatrique, sans facteur déclenchant notable, et peut être associé à des céphalées et/ou vomissements et/ou crises d'épilepsie ainsi qu'à un déficit neurologique objectif avec troubles du comportement (apathie, apragmatisme, indifférence, irritabilité). Un antécédent de cancer est par ailleurs possible. Tout diagnostic de dépression dans un tel contexte, surtout si le tableau s'aggrave et ne réponds pas aux traitements usuels, doit faire remettre en doute le diagnostic et réaliser un bilan radiologique.

Diagnostic d'un état confusionnel lié à une tumeur cérébrale, planification de la prise en charge.

Hypothèses diagnostiques :

- ▶ trouble de vigilance symptomatique d'un engagement cérébral, souvent par un mécanisme d'hypertension intracrânienne
- ▶ hydrocéphalie - éventuellement participant à un engagement
- ▶ effet indésirable d'un traitement (effet direct ou trouble ionique)
- ▶ comitialité lésionnelle

Planification de la prise en charge :

- ▶ hospitalisation en urgence quelle que soit l'hypothèse retenue a priori. Surveillance neurologique étroite.
- ▶ réalisation d'un bilan d'imagerie (scanner ou au mieux IRM sans puis avec injection de produit de contraste), d'un bilan biologique vérifiant l'absence de trouble ionique ou métabolique, d'un électroencéphalogramme vérifiant l'absence de crise (voire d'un état de mal).
- ▶ traitement étiologique adapté : dérivation d'une hydrocéphalie, levée d'un engagement temporal par ablation de tumeur, ...

Conduite à tenir devant une première crise épileptique révélatrice d'une tumeur cérébrale chez l'adulte, programmation de la prise en charge

- ▶ une première crise d'épilepsie chez l'adulte doit jusqu'à preuve du contraire doit faire suspecter une tumeur cérébrale, même si d'autres diagnostics étiologiques sont possibles (hémorragie sous-arachnoïdienne ou intracérébrale, cavernome, malformation artério-veineuse, exceptionnelle dysplasie de révélation tardive,...). Il faut demander au patient si la crise a été partielle ou a débuté par une aura (valeur localisatrice). L'examen neurologique et cognitif doit rechercher un potentiel déficit objectif. Une imagerie cérébrale doit être demandé dans tous les cas, au moins un scanner cérébral (si contexte d'urgence), si possible une IRM cérébrale - sans et avec injection de produit de contraste. Un EEG peut être réalisé, mais n'est pas indispensable si le diagnostic clinique de crise d'épilepsie est évident.
- ▶ la mise en route d'un traitement anti-épileptique est recommandée, mais dépendra toutefois du bilan d'imagerie, car une première crise comitiale avec IRM normale ne relève pas a priori d'un traitement.
- ▶ tout diagnostic de tumeur doit déboucher sur un avis auprès d'un neurochirurgien et/ou neuro-oncologue. Si la tumeur est volumineuse, qui plus est avec un important oedème, une hospitalisation en urgence en milieu neurochirurgical est nécessaire pour mise en route d'un traitement anti-oedémateux, IRM et traitement chirurgical. Dans les autres cas, l'IRM pourra avoir lieu en ambulatoire suivi d'une consultation spécialisée.

Conduite à tenir devant un déficit moteur, un trouble de l'équilibre ou un trouble de la marche révélateur d'une tumeur cérébrale chez l'adulte, programmation de la prise en charge

Conduite à tenir

- ▶ la survenue d'une hémiparésie progressive doit faire évoquer de principe un processus expansif intracrânien. Le mode de survenue progressif s'oppose à la brutalité d'installation des symptômes lors d'accidents vasculaires cérébraux.
- ▶ les troubles de l'équilibre peuvent être consécutifs à un syndrome vestibulaire ou cérébelleux orientant vers la fosse cérébrale postérieure.
- ▶ un bilan radiologique et une consultation spécialisée s'imposent sans délai pour établir le diagnostic et la stratégie thérapeutique. Si les troubles sont sévères, rapidement progressifs et/ou s'associe à des céphalées faisant redouter une hypertension intracrânienne, une hospitalisation en urgence s'impose. Une prise en charge initialement en externe ne se conçoit que si le déficit est très bien supporté et que celle-ci n'induit pas de retard diagnostique d'imagerie.

Programmation de la prise en charge

- ▶ diagnostique : scanner puis IRM, sans puis avec injection de produit de contraste, respectant les contre-indications de ces examens. Si la suspicion diagnostique de tumeur est confirmée, le patient sera informé de cette hypothèse, de la nécessité d'une prise en charge en milieu spécialisé, et des buts, risques et limites de la ou des procédures qui lui seront proposées, afin d'obtenir son consentement éclairé. Un délai de réflexion sera laissé au patient dans toute la mesure permise par l'évolutivité du tableau neurologique.
- ▶ thérapeutique : médicale : traitement anti-oedémateux par une corticothérapie dont les modalités (molécule, posologie, voie d'administration) dépendront de l'importance du déficit neurologique, de sa chronologie d'installation, et dans une moindre mesure de l'intensité de l'oedème tumoral constatée sur le bilan d'imagerie. En l'absence de crise comitiale l'instauration d'un traitement anticomitiale est discutée. Si le patient présente une crise, un traitement anticomitiale devra être ajouté.
- ▶ le diagnostic ne pourra être affirmé qu'après examen anatomopathologique, sur un fragment tumoral obtenu soit par biopsie (en conditions stéréotaxiques, ou de neuronavigation, ou « à ciel ouvert ») soit à l'occasion d'une exérèse tumorale. Le choix de la modalité technique reposera sur le diagnostic anticipé au vu du bilan d'imagerie et sur les enjeux fonctionnels en relation avec la localisation anatomique de la tumeur - région plus ou moins éloquente.

Savoir quel diagnostic évoquer et quelle conduite à tenir devant un oedème papillaire, une atrophie optique, une amputation du champ visuel, une diplopie, une hypoacousie, acouphènes ou paralysie faciale en cas de tumeur cérébrale.

Oedème papillaire : témoigne d'une hypertension intra crânienne. Le traitement doit être symptomatique, en instaurant ou renforçant le traitement anti oedémateux (corticothérapie). Il doit également être étiologique : exérèse d'une masse tumorale responsable d'une hypertension intra-crânienne, dérivation d'une hydrocéphalie symptomatique.

Atrophie optique : peut témoigner d'une compression du nerf optique ou être le mode évolutif d'un oedème

papillaire (et donc le plus souvent d'une hypertension intracrânienne) passé inaperçu. L'examen du fond de l'oeil révèle une tête du nerf optique pale et excavée. La mesure de l'acuité visuelle et le champ visuel seront répétés pour suivre l'évolution. Témoin d'un stade évolutif généralement mal ou pas accessible aux traitements.

Amputation du champ visuel : a valeur de signe de localisation. Une atteinte du champ visuel monoculaire traduit une lésion comprimant (méningiome de la gaine du nerf optique...) ou du nerf optique lui-même (gliome...). Une hémianopsie bi-temporale traduisant une compression chiasmatique est typique des lésions de la région hypophysaire (adénome hypophysaire, méningiome de la selle turcique, craniopharyngiome...). Les lésions rétrochiasmatiques se traduiront par une amputation de l'hémichamp visuel controlatéral (hémianopsie latérale homonyme) par atteinte des bandelettes optiques ou des radiations optiques (gliomes). L'étude du champ visuel permettra de vérifier la cohérence de l'atteinte clinique avec les données de l'imagerie. Le traitement sera symptomatique (corticoïdes) mais surtout étiologique dans la mesure du possible : en cas de lésion infiltrante (gliale), ce déficit ne sera en règle pas corrigé après exérèse tumorale chirurgicale. Le pronostic est plus incertain en cas de lésion extra axiale, avec une récupération possible des symptômes directement conséquents à l'effet de masse levé par l'exérèse chirurgicale de la lésion, et/ou la régression de l'œdème péri-tumoral (cas de certains méningiomes par exemple). Il est important de rechercher ce symptôme dès le bilan clinique initial, car il est souvent ignoré ou sous-estimé par le patient qui doit être informé du pronostic visuel et des attentes réalistes en relation avec le traitement.

Diplopie : il s'agira toujours dans ce contexte d'une diplopie binoculaire.

- ▶ a valeur de signe de localisation, généralement au sinus caverneux, mais aussi d'une tumeur du tronc cérébral. Si la tumeur est déjà connue, l'apparition d'une diplopie traduit généralement une évolutivité tumorale et doit faire discuter une ré-évaluation d'imagerie, et une éventuelle escalade thérapeutique.
- ▶ symptomatique d'une hyper tension intra crânienne

Hypoacousie : une hypoacousie voire une cophose et des acouphènes orientent vers une atteinte du nerf auditif. Il peut y être associé un syndrome vestibulaire périphérique. Ce contexte clinique fera rechercher une tumeur de la fosse cérébrale postérieure, homolatérale aux symptômes, notamment un schwannome vestibulaire ou neurinome de la VIIIème paire crânienne.

Paralysie faciale : une paralysie faciale pourra être centrale (territoire faciale inférieur) souvent associée à un déficit brachial et faire rechercher une tumeur de la région centrale controlatérale. La paralysie faciale pourra être périphérique (atteignant les deux territoires supérieur et inférieur) et fera rechercher une tumeur de la fosse cérébrale postérieure.

Dans tous les cas, la constatation de l'un de ces symptômes impose la réalisation d'un bilan radiologique par scanner et/ou IRM cérébrale.

Conduite à tenir devant l'apparition de trouble de la vigilance chez un patient porteur d'une tumeur cérébrale, notion sur l'engagement temporal.

- ▶ tout trouble de la vigilance (Score de Glasgow < 12-13) chez un porteur d'une tumeur cérébrale doit faire impérativement évoquer une hypertension intracrânienne avec risque imminent d'engagement temporal, et donc risque vital. L'engagement temporal correspond à un déplacement mésial des structures temporales internes (en particulier l'uncus), qui font hernie à travers le foramen ovale de Paccioni, sous l'effet de l'hyperpression intracrânienne. Ces structures viennent ainsi comprimer, au niveau de la fente de Bichat, la troisième paire de nerf

crânien, à l'origine initialement d'une anisocorie (asymétrie de taille pupillaire) puis d'une mydriase homolatérale, non photo-réactive. Par ailleurs, du fait de la compression de la face latérale du tronc cérébrale, survient une hémiparésie puis hémiplégie controlésionnelle (compression des fibres pyramidales cheminant au sein du pédoncule cérébral, au dessus de leur décussation). Enfin, les troubles de la conscience peuvent se majorer, avec risque de coma (compression de la substance réticulée) puis de décès (par souffrance des centres cardio-respiratoires bulbaires). Il s'agit donc d'une urgence vitale.

- ▶ la constatation de troubles de la vigilance impose la prise en charge urgente du patient en milieu neurochirurgical, la réalisation d'un bila d'imagerie en urgence (généralement un scanner), la mise en route d'un traitement anti-oedémateux, le traitement d'une éventuelle hydrocéphalie (dérivation de LCR, ventriculocisterstomie) et le traitement étiologique de la tumeur. Toute crise comitiale sera traitée de façon adaptée symptomatique. Les déséquilibres ioniques et les effets iatrogènes éventuels seront recherchés et corrigés. Ce n'est que dans un contexte d'échappement thérapeutique (par exemple dans le cadre d'un suivi de glioblastome connu) qu'une absence de réanimation peut être discutée.

Conduite à tenir après la découverte d'une lésion cérébrale tumorale au scanner - notion de réseau de soin : principes et finalités

Conduite à tenir après la découverte d'une lésion cérébrale tumorale au scanner

- ▶ la réalisation d'une IRM cérébrale, sans et avec injection de Gadolinium. Une lésion de grande taille avec beaucoup d'oedème péri-tumoral à l'origine d'un effet de masse important imposera de contacter un neurochirurgien pour une prise en charge diagnostique et thérapeutique urgente.
- ▶ l'éventuelle recherche d'une lésion primitive dans un autre organe, si le doute quant à une possible métastase a été évoqué (symptômes non neurologiques, altération de l'état général, lésions cérébrales multiples sur le scanner, antécédents personnels et/ou familiaux ...)
- ▶ la présentation du dossier du patient au sein d'une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) de neuro-oncologie, afin de statuer sur la meilleure conduite à tenir, à commencer concernant les modalités d'obtention d'un prélèvement tissulaire (biopsie ou chirurgie d'exérèse) sans lequel le diagnostic anatomopathologique ne peut pas être posé : sans ce dernier, le diagnostic formel de tumeur ne peut pas être confirmé, la décision thérapeutique ne peut pas être entérinée.

Notion de réseau de soins : principe et finalité

- ▶ c'est la collaboration sur la base du volontariat de professionnels de santé de disciplines différentes : médecins, pharmaciens, infirmières, kinésithérapeutes, psychologues, travailleurs sociaux. L'objectif du réseau de soin est d'améliorer la prise en charge globale du patient par des protocoles définis en commun. Ceux-ci sont particulièrement précieux pour les patients au pronostic grave et les patients dépendants, ce qui est bien souvent le cas des patients porteurs de tumeurs cérébrales. Il n'est pas concevable qu'un patient porteur d'une tumeur et en particulier cérébrale soit pris en charge par un seul praticien quel qu'il soit, depuis le diagnostic jusqu'à la surveillance du traitement. L'engagement du patient dans le réseau de soin devra inclure la présentation de son cas lors d'une séance RCP, dont les recommandations s'adosseront - pour autant qu'ils existent - à des référentiels régionaux et/ou nationaux et/ou internationaux. Ceci permettra de garantir la pertinence des moyens diagnostiques utilisés, de la robustesse du diagnostic retenu, de l'opportunité des moyens thérapeutiques à mettre en oeuvre et de la qualité de leur suivi. Le patient sera informé de cette démarche collégiale et informé des buts, risques et limites des procédures diagnostiques et thérapeutiques qui seront proposées à l'issue de celle-ci.

Classification des tumeurs cérébrales, notion de traitement en fonction de cette classification.

- ▶ 50% des tumeurs cérébrales sont secondaires (métastases, essentiellement d'origine pulmonaire, mammaire, dermatologique et rénale par ordre de fréquence). Le projet thérapeutique dépend du nombre de métastases et du stade de la maladie. Les métastases uniques pourront soit être opérées (exérèse suivie de radiothérapie) si leur siège le permet, soit traitées par radiochirurgie si leur taille l'autorise (i.e. suffisamment petites). Les métastases multiples seront traitées par radiothérapie (la mauvaise diffusion de la chimiothérapie au niveau encéphalique fait que l'indication de chimiothérapie reposera surtout sur le bilan global de la maladie cancéreuse). En règle, si la dissémination métastatique est exclusivement cérébrale l'indication de chimiothérapie ne sera pas retenue. Un patient présentant de multiples localisations et une maladie évolutive peut faire discuter d'un projet de soins palliatifs.
- ▶ 50% des tumeurs cérébrales sont primitives : la plus fréquente est la tumeur gliale (astrocytome, oligodendrogliome ou oligoastrocytome selon l'Organisation Mondiale de la Santé). Il existe 4 grades de gliomes :
 - grade I : essentiellement représenté par l'astrocytome pilocytique, dont le traitement est chirurgical, et le pronostic excellent en cas de résection complète
 - grade II : il s'agit des gliomes diffus, dont le risque de croissance, infiltration puis transformation anaplasique est quasiment inéluctable (généralement en moins de 10 ans à la suite des premiers symptômes). En conséquence, l'attitude thérapeutique est actuellement de plus en plus prônée, souvent associant les traitements (exérèse chirurgicale si possible, radiothérapie et/ou chimiothérapie) même si le moment et l'ordre selon lequel ceux-ci doivent être administrés reste débattu
 - grade III : gliome anaplasique, de pronostic plus sombre, puisque les médianes de survie sont de l'ordre de 2 à 3 ans malgré l'association de chirurgie, radio et chimiothérapie
 - grade IV : glioblastome, dont la progression est très rapide, à l'origine d'un décès généralement dans les 12 mois, en dépit d'une éventuelle résection chirurgicale (jamais complète), d'une éventuelle chimiothérapie locale, et d'une association radio-chimiothérapie concomitante.

La prise en charge doit dans tous les cas être pluridisciplinaire, et les projets thérapeutiques systématiquement discutés en Réunion de concertation pluridisciplinaire.

Savoir, dans la relation médecin malade annoncer une tumeur cérébrale et mettre en place un projet individualisé

- ▶ L'annonce d'une tumeur cérébrale est toujours délicate, compte tenu des conséquences majeures sur la qualité de vie du patient. Cette annonce doit systématiquement être faite dans un endroit calme, en prenant beaucoup de temps, et en présence de la famille et d'un personnel de l'équipe soignant. La disponibilité est essentielle dans ce type de démarche, afin d'amener progressivement, au fur et à mesure de l'entretien, le patient à voir non plus l'aspect négatif d'une telle annonce, mais aussi les possibilités thérapeutiques qui s'offrent tant en terme d'impact sur la durée de vie que sur la qualité de vie. Il faut que le patient ait parfaitement compris chaque étape du raisonnement, voire si possible que ce soit lui qui pose les questions qui introduiront les éléments suivants du cheminement, lui permettant ainsi de mieux comprendre le fondement des options thérapeutiques qui lui seront proposées. Il faut donc répondre aux questions du patient, mais sans lui imposer des vérités qu'il n'a pas clairement exprimées le souhait d'entendre. Le projet thérapeutique sera individualisé, en fonction d'une part des impératifs techniques, mais aussi en fonction des desiderata du patient et de son entourage.
- ▶ Dans tous les cas, il ne faut pas affirmer un diagnostic tant qu'il n'est pas avéré par l'examen anatomopathologique (dimension diagnostique du geste chirurgical). Il faut insister sur les variations individuelles de

génie évolutif des tumeurs, sur les variations individuelles de réponse aux traitements, et sur la pauvreté des critères prédictifs individuels. D'abord parce qu'il s'agit d'une réalité, ensuite parce que cela préserve une part d'incertitude et donc d'espoir dans les cas les plus difficiles.

- ▶ Proposer une aide psychologique : dans le cadre de la consultation d'annonce diagnostique, mais au-delà en proposant une prise en charge par un psychologue ou par un psychiatre. Dire au patient que sa prise en charge sera globale, s'intégrera dans un réseau de soin, et pourra inclure une prise en charge psychologique de ses proches (enfants, conjoint en particulier).

Savoir prescrire un traitement anti-oedémateux lors de la découverte d'une tumeur cérébrale symptomatique

Une tumeur cérébrale peut générer un oedème réactionnel, surtout si elle est d'évolution rapide. Ce dernier peut faciliter l'apparition de symptômes épileptiques, déficitaires (en particulier si la lésion est localisée en zones fonctionnelles) mais aussi d'hypertension intracrânienne si le volume de la tumeur et/ou de l'oedème est important. L'oedème se traduit sur le scanner par une hypodensité périlésionnelle et sur l'IRM par un hyposignal en T1 et un hypersignal en T2 ou Flair. De fait, compte tenu du risque fonctionnel voire vital, un traitement anti-oedémateux se doit d'être prescrit si le patient est symptomatique, du moins dans l'attente du traitement étiologique. La thérapeutique de choix est représentée par les corticoïdes (anti-inflammatoires stéroïdiens) à dose élevée (minimum 1 mg/kg/jour per os de Solupred® ou Médrol® si le patient n'est que discrètement déficitaire et dans le cadre d'un traitement prolongé, en sachant toutefois que les doses peuvent aller jusqu'à 120 mg de Solumédrol® IV trois fois par jour dans un contexte aigu et/ou de patient très déficitaire). A souligner que les corticoïdes sont à proscrire en cas de suspicion de lymphome tant que la biopsie n'a pas été effectuée, car pouvant fausser l'interprétation anatomopathologique. Le Mannitol® 10% ou 20% peut également être utilisé en extrême urgence (en pré-opératoire immédiat), en perfusion de 10 à 15 minutes toutes les 4 heures, mais sont à éviter lors d'un traitement semi-prolongé car un « effet rebond » avec majoration de l'oedème peut survenir secondairement.

Principes de réflexion éthique chez un patient porteur d'une tumeur cérébrale évoluée en fin de vie, savoir identifier les situations relevant de soins palliatifs, conduite à adopter chez un patient ne pouvant prendre part à des décisions le concernant compte tenu de son état clinique

Principes de réflexion éthique chez un patient porteur d'une tumeur cérébrale évoluée en fin de vie

Respect du code de déontologie, sans spécificité liée aux tumeurs cérébrales sinon chez les patients souffrant d'une altération du jugement en relation avec un syndrome psycho-organique, voire d'un trouble de la vigilance en phase terminale (voir paragraphes suivants, et la notion de personne de confiance en particulier).

- ▶ respect du choix du patient sur les conditions et le lieu de fin de vie
- ▶ adaptation de l'offre de soins palliatifs
- ▶ promotion et mise en oeuvre des soins de support
- ▶ il est également possible de s'adosser aux recommandations de la conférence de consensus de l'ANAES : « L'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches » - janvier 2004.

Savoir identifier les situations relevant des soins palliatifs

- ▶ la décision d'arrêt de tout traitement à visée étiologique sera prise de façon collégiale, au mieux et si possible en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Par exemple la décision de ne pas réaliser de réanimation (i.e. pas d'intubation pour ventilation assistée) chez un patient dont le pronostic vital est engagé par la pathologie tumorale cérébrale.

Conduite à adopter chez un patient ne pouvant prendre part à des décisions le concernant compte tenu de son état clinique

- ▶ interroger la **personne de confiance** : l'article L111-6 du code de santé publique issu de la loi du 4 mars 2002 crée la notion de « personne de confiance ». Les personnes dont la capacité de compréhension est faible ou tronquée en raison de leur état de santé ou de leur âge se trouvent en difficulté pour consentir verbalement à des soins. Le Comité National d'Ethique a ainsi proposé que toute personne puisse désigner un « représentant ou mandataire » chargé d'être l'interlocuteur des médecins au moment où elle serait hors d'état d'exprimer ses choix.
- ▶ dialogue avec la famille.
- ▶ les soins palliatifs ont pour mission de soulager la douleur et d'améliorer la qualité de vie par une prise en charge pluridisciplinaire. La loi du 9 juin 1999 et la circulaire du 19 février 2002 tracent le droit à l'accès aux soins palliatifs.