

#001

Objectifs du carnet

Tumeurs Intracrâniennes

Carte de révision oncologie

- 1 Reconnaître tumeurs intracrâniennes : céphalées progressives, crise inaugurale, déficit focal ou HTIC.
- 2 Facteurs, contextes ou mécanismes majeurs : métastase, gliome, méningiome, lymphome, terrain immunodéprimé.
- 3 La preuve histologique et la stadification précèdent la stratégie chaque fois que l'urgence le permet.
- 4 Toujours évaluer performance status, comorbidités, douleur, nutrition, thrombose et souhait du patient.

Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Situer tumeurs Intracrâniennes dans le champ de oncologie et préciser ce qui doit être acquis avant d'aller plus loin.
- Décrire la présentation attendue: céphalées progressives, crise inaugurale, déficit focal ou HTIC.
- Identifier pour tumeurs Intracrâniennes les situations qui changent immédiatement le niveau de soins: urgence oncologique, infection, thrombose, compression, douleur non contrôlée ou altération de l'état général.
- Pour Tumeurs Intracrâniennes, formuler une décision finale datée: lieu de prise en charge, traitement, surveillance et délai de réévaluation.

#002

Reconnaître, confirmer, stadifier



Histologie

Tumeurs méningées	Méningiome : tumeur la plus fréquente (40%), bénigne
Tumeurs gliales :	Grade I : astrocytome pilocytique bénin (5%) Grade II : astrocytome de bas grade / oligodendrogliome / oligoastrocytome (20 à 25%) Gliomes malins (haut grade) (70-75%) : grade III (astrocytome, oligodendrogliome et oligoastrocytome anaplasiques) et IV (glioblastome)
Hémopathie	Lymphome cérébral primitif
Autres tumeurs plus rares	- Tumeur hypophysaire (10%) - Ependymome - Médulloblastome - Craniopharyngiome

Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Interroger et examiner en ciblant tumeurs Intracrâniennes: symptômes cardinaux, chronologie, facteurs déclenchants et retentissement.
- Préciser le terrain utile pour tumeurs Intracrâniennes: métastase, gliome, méningiome, lymphome, terrain immunodéprimé.
- Pour Tumeurs Intracrâniennes, séparer forme simple, forme compliquée, diagnostic différentiel dangereux et situation relevant d'un recours senior.
- Pour Tumeurs Intracrâniennes, choisir les examens qui répondent à une question explicite: confirmer, stadifier, surveiller ou préparer un geste.

#003

Traiter, accompagner, surveiller

- Première décision pour tumeurs Intracrâniennes: IRM, avis neurochirurgical, histologie si possible et corticothérapie si œdème symptomatique.
- Suivi rapproché de tumeurs Intracrâniennes: déficits, crises, cognition, autonomie, œdème et décision RCP.
- Pour Tumeurs Intracrâniennes, escalader vers RCP ou avis oncologie/organe si gravité, doute persistant, échec thérapeutique ou besoin de geste spécialisé.
- Pour Tumeurs Intracrâniennes, adapter la stratégie au patient réel: âge, comorbidités, traitements, souhaits, autonomie et ressources disponibles.

#004

Pièges fréquents

- Piège classique dans tumeurs Intracrâniennes: rassurer trop tôt devant une présentation incomplète ou un examen initial normal.
- Piège thérapeutique: traiter un symptôme de tumeurs Intracrâniennes sans planifier la réponse attendue et le seuil d'échec.
- Pour Tumeurs Intracrâniennes, piège d'organisation: oublier d'écrire qui revoit le patient, quand, avec quel résultat attendu.
- Pour Tumeurs Intracrâniennes, piège EDN: mélanger diagnostic, gravité et orientation; ces trois décisions doivent rester séparées.

#005

Synthèse opérationnelle

- Synthèse de tumeurs Intracrâniennes: nommer le problème, le mécanisme probable, la gravité et l'objectif de prise en charge.
- Documenter ce qui manque encore pour tumeurs Intracrâniennes: examen, biologie, imagerie, avis ou résultat microbiologique/anatomopathologique.
- Pour Tumeurs Intracrâniennes, prévoir les complications prévisibles et les signes d'alerte que le patient ou l'équipe doivent surveiller.
- Pour Tumeurs Intracrâniennes, terminer par une transmission courte: diagnostic retenu, hypothèse dangereuse exclue ou non, traitement, surveillance.

Sources: Référentiels d'oncologie médicale, hématologie et organes selon les thèmes;
Recommandations INCa et HAS selon les situations; Supports locaux SSD1/Alex/25- Cancerologie;
Banque d'images recadrées SSD1/Carnets/phase1_collecte