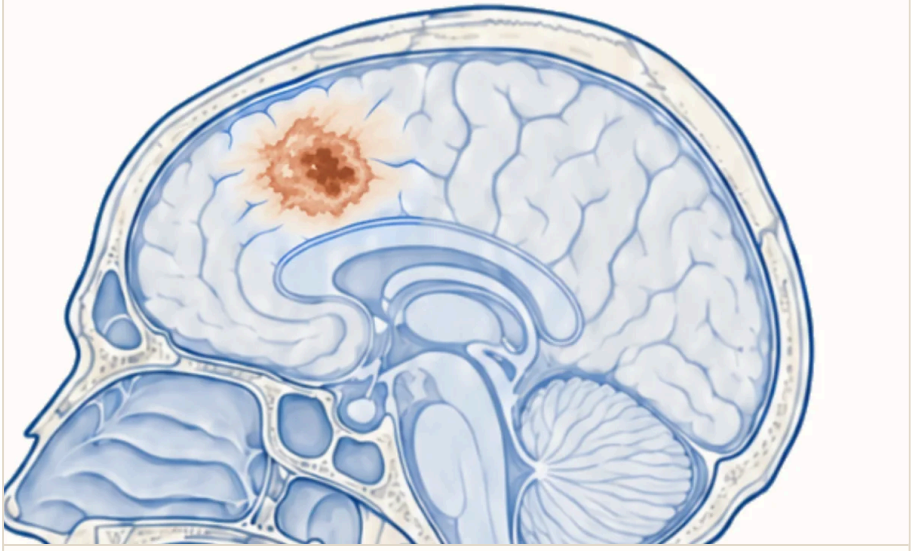
PATHOLOGIES · CRÂNE ET BASE DU CRÂNE

Tumeurs cérébrales

Gliomes, métastases, lymphomes : des maladies très différentes, dont la prise en charge se décide en équipe pluridisciplinaire. Cette page vous aide à comprendre les étapes, à votre rythme.

Contenu sous la responsabilité du **Dr Gilles Zah-Bi**, neurochirurgien (RPPS 10101231446) · Date de relecture : 8 novembre 2026



Tumeur cérébrale du lobe frontal, entourée d'un œdème (zone plus pâle).
Vue schématique : elle ne remplace pas l'imagerie.

L'ESSENTIEL EN 30 SECONDES

FRÉQUENCE	SYMPTÔMES	EXAMEN CLÉ	TRAITEMENT
Relativement rares ; les métastases sont les plus fréquentes chez l'adulte	Maux de tête, crises d'épilepsie, déficit, troubles de la mémoire ou du comportement	IRM cérébrale avec injection, puis analyse de la tumeur	Décidé en réunion de neuro-oncologie : chirurgie ou biopsie, radiothérapie, traitements médicaux

De quoi s'agit-il ?

Apprendre qu'on a, ou qu'un proche a, une tumeur du cerveau est un moment difficile. Les questions sont nombreuses et les informations trouvées en ligne souvent inquiétantes ou contradictoires. Cette page présente les grandes notions de façon générale. Elle ne remplace pas l'échange avec l'équipe qui vous suit : chaque situation est particulière.

Le terme « tumeur cérébrale » regroupe des maladies très différentes. On distingue :

- les **tumeurs primitives**, qui naissent dans le cerveau lui-même ;
- les **métastases cérébrales**, qui proviennent d'un cancer situé ailleurs dans l'organisme.

Parmi les tumeurs primitives, les plus fréquentes sont les **gliomes**. Ils naissent des cellules gliales, qui soutiennent et nourrissent les neurones. Leur comportement est très variable. Certains évoluent lentement pendant des années ; d'autres sont plus agressifs. Le **glioblastome** est la forme la plus fréquente de gliome chez l'adulte, et la plus agressive. Les classifications actuelles reposent à la fois sur l'aspect au microscope et sur des caractéristiques moléculaires de la tumeur, qui orientent les traitements.

Les **métastases cérébrales** sont, chez l'adulte, plus fréquentes que les tumeurs primitives. Elles proviennent le plus souvent d'un cancer du poumon, du sein, d'un mélanome, d'un cancer du rein ou du côlon. Elles peuvent être découvertes alors que le cancer est connu, ou en révéler l'existence.

Le **lymphome cérébral primitif** est une tumeur plus rare, issue de cellules du système immunitaire. Il se traite principalement par chimiothérapie ; la chirurgie se limite le plus souvent à un prélèvement pour le diagnostic.

Les méningiomes, qui naissent des enveloppes du cerveau et sont le plus souvent bénins, font l'objet d'une page dédiée.

Causes et facteurs favorisants

Dans la très grande majorité des cas, on ne connaît pas la cause d'une tumeur cérébrale primitive. Elle n'est pas due à ce que vous avez fait ou n'avez pas fait. Elle n'est pas contagieuse et, sauf exception, pas héréditaire.

Les seuls facteurs de risque clairement établis sont une irradiation de la tête reçue auparavant, par exemple une radiothérapie dans l'enfance, et certaines maladies génétiques rares.

Pour les métastases, le facteur principal est le cancer d'origine. Les progrès des traitements de nombreux cancers font que des patients vivent plus longtemps avec leur maladie, ce qui explique en partie que des métastases cérébrales soient plus souvent diagnostiquées.

Les symptômes

Les symptômes dépendent de la localisation de la tumeur, de sa taille et de sa vitesse de croissance. Ils peuvent s'installer progressivement ou apparaître brusquement.

- **Maux de tête** inhabituels, qui s'aggravent, parfois plus marqués le matin et accompagnés de nausées ou de vomissements.
- **Crises d'épilepsie** : secousses d'un membre ou du corps entier, sensations anormales, perte de contact, parfois perte de connaissance. Une première crise chez un adulte doit toujours faire réaliser une imagerie.
- **Déficit neurologique**, c'est-à-dire la perte d'une fonction : faiblesse ou engourdissement d'un côté du corps, difficulté à parler ou à trouver ses mots, trouble de la vision, maladresse.
- **Troubles cognitifs ou du comportement** : difficultés de mémoire ou de concentration, ralentissement, changement de caractère, désintérêt. Ils sont souvent remarqués d'abord par l'entourage.

Lorsque la tumeur ou l'œdème qui l'entoure augmentent la pression à l'intérieur du crâne, on parle d'**hypertension intracrânienne**. Elle associe typiquement des maux de tête, des vomissements, des troubles visuels et, à un stade plus avancé, une somnolence.

> **Appelez le 15** en cas de première crise d'épilepsie, de faiblesse, d'engourdissement ou de trouble de la parole apparu brutalement, de mal de tête intense avec vomissements, de confusion, ou de somnolence inhabituelle et croissante. Si une tumeur est déjà connue, ces mêmes signes justifient un appel au 15, sans attendre le prochain rendez-vous.

Comment cela évolue-t-il ?

L'évolution est très différente d'une tumeur à l'autre. Elle dépend de son type exact, de ses caractéristiques moléculaires, de sa localisation, de l'âge et de l'état général de la personne, et de la réponse aux traitements. C'est pourquoi les chiffres de survie que l'on trouve sur internet, établis sur des groupes de patients, ne disent pas ce qui va se passer pour une personne en particulier.

Certains gliomes évoluent lentement pendant de nombreuses années, mais peuvent se transformer en forme plus agressive ; ils justifient un suivi régulier. Le glioblastome évolue plus rapidement et nécessite une prise en charge sans délai. Pour les métastases, l'évolution dépend beaucoup du cancer d'origine et des traitements disponibles pour celui-ci, qui ont beaucoup progressé pour certains cancers.

L'équipe qui vous suit peut vous donner une information plus précise lorsque le diagnostic est établi. Vous pouvez lui poser les questions que vous souhaitez, au moment où vous le souhaitez ; vous pouvez aussi choisir de ne pas tout savoir d'emblée.

Le diagnostic

L'examen de référence est l'**IRM cérébrale avec injection** de produit de contraste. Elle précise la localisation, la taille, l'aspect de la lésion et l'œdème qui l'entoure. Des séquences complémentaires, comme la perfusion ou la spectroscopie, peuvent orienter vers un type de tumeur. Un scanner est souvent réalisé en premier en situation d'urgence.

Lorsqu'une métastase est suspectée, un bilan du reste du corps est réalisé, souvent par scanner ou par TEP-scanner, pour rechercher le cancer d'origine.

L'imagerie oriente, mais ne suffit pas à poser un diagnostic certain. Celui-ci repose sur l'**analyse de la tumeur au microscope** et sur des analyses moléculaires, à partir d'un prélèvement obtenu par biopsie ou lors de l'exérèse. Ce résultat demande en général quelques jours à quelques semaines.

Si un lymphome est suspecté, les corticoïdes sont si possible évités avant le prélèvement, car ils peuvent fausser l'analyse. Cette décision revient à l'équipe médicale.

Pour la consultation, apportez :

- toutes les images (IRM, scanners) et leurs comptes rendus, y compris les plus anciens ;
- les courriers de vos médecins et, si un cancer est connu, le dossier de son traitement ;
- la liste de vos traitements, notamment anticoagulants, antiagrégants, antiépileptiques et corticoïdes ;
- si possible, un proche qui vous accompagne : il est souvent utile d'être deux pour écouter et poser des questions.

Les traitements

En France, toute décision de traitement d'une tumeur cérébrale est discutée en **réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) de neuro-oncologie**. Elle réunit neurochirurgiens, neuro-oncologues, radiothérapeutes, neuroradiologues et anatomopathologistes. Les dossiers des patients opérés par le Dr Zah-Bi sont présentés à la RCP de neuro-oncologie de l'Hôpital Européen de Paris. La proposition qui en résulte vous est ensuite expliquée lors d'une consultation d'annonce, et elle est discutée avec vous.

Les traitements des symptômes

Des corticoïdes réduisent l'œdème autour de la tumeur et peuvent améliorer rapidement certains symptômes. Un traitement antiépileptique est prescrit en cas de crise. Ces traitements soulagent, mais ne traitent pas la tumeur elle-même.

La chirurgie ou la biopsie

Selon la situation, la chirurgie consiste à :

- réaliser une **biopsie**, c'est-à-dire un prélèvement d'un petit fragment de la tumeur, guidé par l'imagerie, lorsque l'exérèse n'est pas souhaitable ou que le diagnostic oriente vers un traitement non chirurgical ;
- pratiquer une **exérèse**, c'est-à-dire retirer la plus grande partie possible de la tumeur, tout en préservant les fonctions du cerveau. Le geste est guidé par la neuronavigation et l'échographie peropératoire, qui localisent la tumeur pendant l'intervention. Elle permet d'obtenir le diagnostic, de soulager la compression et de préparer les traitements suivants.

Le principe, les techniques utilisées et les risques sont présentés dans la fiche Exérèse des tumeurs du cerveau.

Les traitements complémentaires

- **Radiothérapie**, souvent proposée après la chirurgie pour les gliomes de haut grade, et utilisée sous forme de radiochirurgie pour de nombreuses métastases.
- **Chimiothérapie**, par exemple le témozolomide associé à la radiothérapie pour le glioblastome, ou des protocoles spécifiques pour le lymphome cérébral.
- **Thérapies ciblées et immunothérapie**, selon les caractéristiques de la tumeur ou du cancer d'origine.
- **Essais cliniques**, qui peuvent vous être proposés selon votre situation.

Les soins de support

Ils font partie intégrante de la prise en charge : kinésithérapie, orthophonie, soutien psychologique pour vous et vos proches, prise en charge de la douleur et de la fatigue, accompagnement social. Une tumeur cérébrale ouvre droit à une prise en charge en affection de longue durée par l'Assurance Maladie.

Quand une intervention est-elle discutée ?

- Lorsqu'un diagnostic précis est nécessaire pour choisir le traitement : une biopsie ou une exérèse est alors proposée.
- Lorsque la tumeur est accessible et que son exérèse peut être réalisée en préservant les fonctions essentielles.
- Lorsque la tumeur ou l'œdème compriment le cerveau et entraînent des symptômes ou une hypertension intracrânienne.
- Pour une métastase unique ou volumineuse, en fonction de l'évolution du cancer d'origine et de l'état général.
- Pour certains gliomes responsables de crises d'épilepsie difficiles à contrôler.

À l'inverse, la chirurgie n'est pas toujours indiquée : lorsque la tumeur est située dans une zone dont l'atteinte entraînerait un handicap important, lorsqu'un lymphome est suspecté, ou lorsque l'état général ne le permet pas. Dans tous les cas, la proposition vous est expliquée, avec ses bénéfices attendus, ses risques et ses alternatives. Vous pouvez demander un second avis.

Questions fréquentes

Une tumeur cérébrale est-elle toujours un cancer ?

Non. Certaines tumeurs du cerveau ou de ses enveloppes sont bénignes, comme la plupart des méningiomes. D'autres, comme le glioblastome ou les métastases, sont malignes. Seule l'analyse de la tumeur permet de le dire avec certitude.

Combien de temps faut-il pour avoir les résultats de l'analyse ?

Un premier résultat est souvent disponible en quelques jours. Les analyses moléculaires, nécessaires pour une classification complète, peuvent demander plusieurs semaines. Le dossier est ensuite discuté en réunion de neuro-oncologie avant que le traitement vous soit proposé.

Pourrai-je conduire ?

Après une crise d'épilepsie ou une intervention sur le cerveau, la conduite est en général suspendue pendant une période déterminée, selon des règles fixées par la réglementation. Votre médecin vous indiquera ce qui s'applique à votre situation.

Comment mes proches peuvent-ils être aidés ?

Les proches peuvent participer aux consultations si vous le souhaitez. Un soutien psychologique leur est aussi accessible, et des associations de patients ainsi que l'Institut national du cancer proposent des informations et des lieux d'écoute.

Pour aller plus loin

Informations complémentaires auprès des sociétés savantes et organismes de référence :

- Institut national du cancer (https://www.e-cancer.fr)
- Société Française de Neurochirurgie — Espace patients (https://www.sfneurochirurgie.fr/fr/patients/)

Cette page donne une information générale. Elle ne remplace pas une consultation : l'indication, la technique et les suites sont adaptées à chaque patient. En cas d'urgence, appelez le 15.