



Atteintes neuropsychologiques des tumeurs cérébrales : vers la fin de la double peine...

G. Noël

© Springer-Verlag France 2010

Les cancers du cerveau sont terribles. Ils créent le sentiment d'une double atteinte, comme il y a une double peine. Que la tumeur soit primitive ou secondaire, le développement d'un cancer dans le cerveau signe le virage d'une existence. Plus que toute autre localisation, il est clair, chez les patients, que la commande est atteinte. Tous les traitements vont aller transformer ce qui est l'organisateur de nos fonctions supérieures, de nos commandes physiques, mais aussi de nos subtilités psychiques, psychologiques, sensorielles. C'est non seulement une atteinte du corps mais aussi de l'âme.

Les fonctions gérées par le cerveau sont appréhendées dans l'article de M. Leroy qui démontre toutes leurs complexités qui, de naturelles ou apprises, doivent alors être réacquises lors de l'atteinte des régions cérébrales. La liste des tests neuropsychologiques qui permettent de les évaluer est longue et demande de la disponibilité pour les praticiens et les patients. Pour des raisons variables, fort est de constater que la régularité de leur usage reste à développer et à organiser dans la suite continue et diverse des soins.

La chirurgie est le traitement préconisé dans la majorité des cas de tumeurs cérébrales primitives et chez une partie non négligeable des patients atteints de métastases. La crainte des patients, de devenir déficients après une intervention chirurgicale, est légitime. S. Moritz-Gasser et H. Duffau se sont appliqués à décrire l'intérêt et les conséquences de la chirurgie éveillée des patients atteints de tumeurs de bas grade. Cette technique, développée en France par H. Duffau, est appréciée par les patients qui au préalable bénéficient d'une information, primordiale pour leur bonne participation. Le patient devient acteur de l'intervention chirurgicale, et son implication implémente le résultat fonctionnel de la chirurgie. La perte de fonctions,

conséquence de l'intervention, peut donc être prévenue, et l'intervention s'adapte à la structure neurologique de chaque patient.

Que le patient soit opéré ou non, dans les tumeurs malignes primitives de haut grade et les métastases cérébrales, une radiothérapie est proposée. Ce traitement, très technique, est source de crainte par la complexité qu'il implique. L'approche temporelle entraîne le patient dans la maladie de longue durée, le traitement sous un masque de contention ou à l'aide d'un cadre de stéréotaxie, seul dans un blockhaus, est source d'interprétations paradoxales que rappellent A. Perpère et A. Picgirard. Cependant, dans le cadre des métastases cérébrales, Noël et al. soulignent que les conséquences neuropsychologiques de la radiothérapie ont été revues. La mise en cause de la maladie dans certaines dégradations neuropsychiques a conduit des cliniciens à rechercher les rechutes cérébrales avant les conséquences de la radiothérapie, permettant alors une adaptation plus rapide du traitement.

Au-delà des traitements, il y a la vie qui, si elle doit être la plus longue possible, doit néanmoins conserver sa qualité. N. Jouniaux, Delbez et S. Taillibert ont revu les implications des traitements dans l'altération de la qualité de vie des patients. Les causes de dégradation sont nombreuses et pas nécessairement dues à l'évolution tumorale. Les auteurs proposent des pistes pertinentes pour aider les patients à se retrouver, à se reconstruire physiquement et psychologiquement. Les propos d'E. Naas ne sont pas différents avec le rappel que les assistant(e)s de service social permettent une réintégration du patient qui, « dés-intégré », a souvent des difficultés à reprendre un travail ou la possibilité de se battre pour obtenir un statut adapté à ses capacités persistantes ou retrouvées. Les moyens sont disponibles pour éviter cette association souvent prévisible d'un passé de cancéreux et d'un avenir d'assisté social.

Bouclant une boucle d'un devenir inéluctable, Lanfroy et al. ont souligné l'attachement des soignants tout au long du parcours de soin à la prise en charge « psychologique » du

G. Noël (✉)
Centre de lutte contre le cancer Paul-Strauss,
BP 42, 3, rue de la Porte-de-l'Hôpital,
F-67065 Strasbourg cedex,
France
e-mail : gnoel@strasbourg.fnclcc.fr

patient atteint d'une tumeur maligne primitive du cerveau. Les auteurs rappellent que cette localisation est désastreuse par les implications physiques, de dépendance, d'inexorabilité qu'elle entraîne pour le patient. Plus que dans toute autre localisation, les soignants en neuro-oncologie vivent, avec chaque malade, le mythe de Sisyphe.

Mais les temps ont changé, les nouveaux traitements, les améliorations des plus anciennement utilisées et la meilleure

compréhension du parcours et des besoins des patients font que l'avenir ne peut être que meilleur. Le nouveau plan cancer souligne l'importance de prise en charge psychosociale des patients. Pour cette meilleure prise en charge, les méthodes sont connues, les insuffisances ou incohérences listées, les solutions référencées, il faut développer les moyens financiers et humains. Ce que la neuro-oncologie fera, toute autre spécialité pourra le faire.