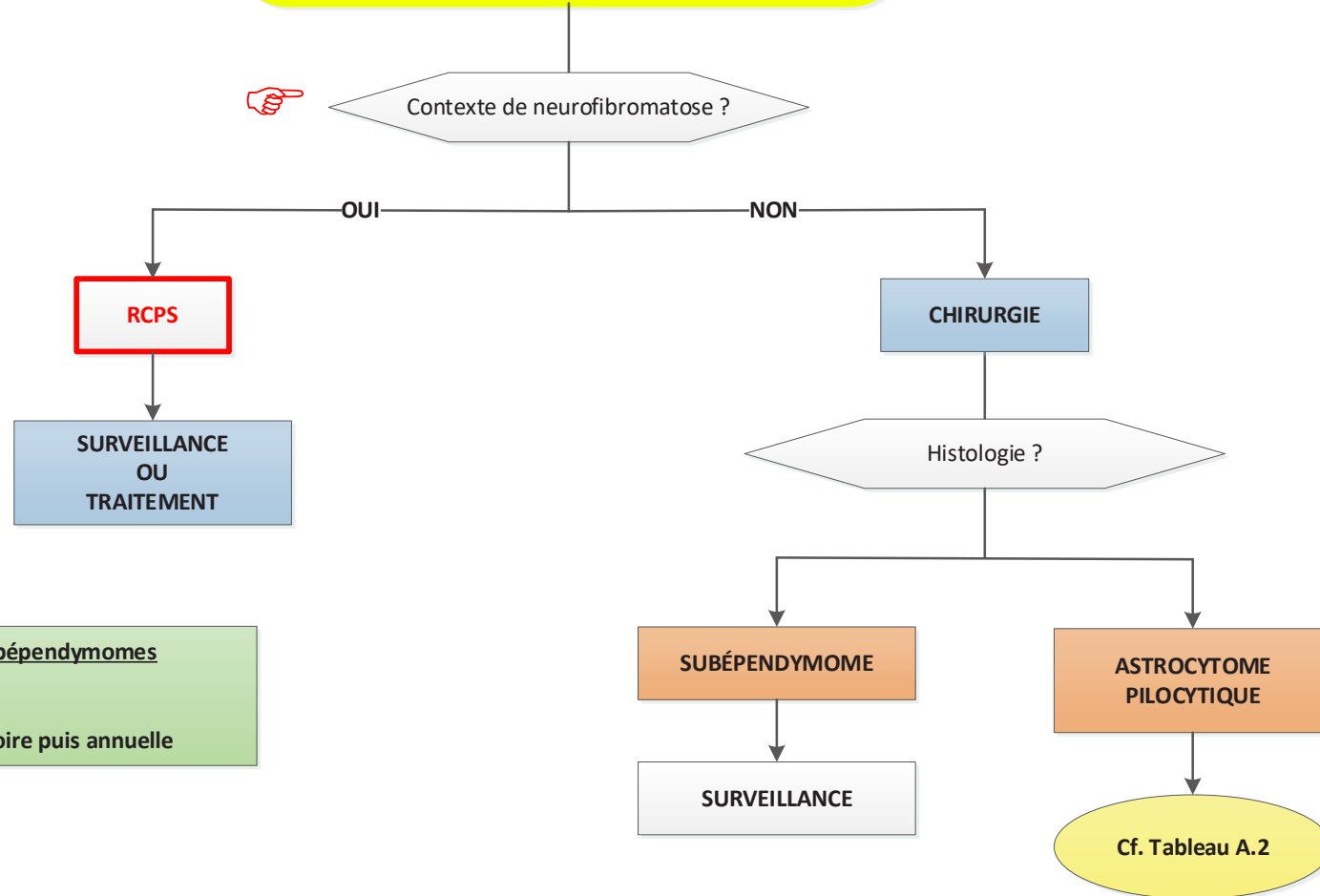


Annexes

D3 : NF1
D4 : ENFANT – NF1
D5 : ADULTE - NF1

Tableau A.1
Aspect IRM très évocateur d'une tumeur gliale de grade 1

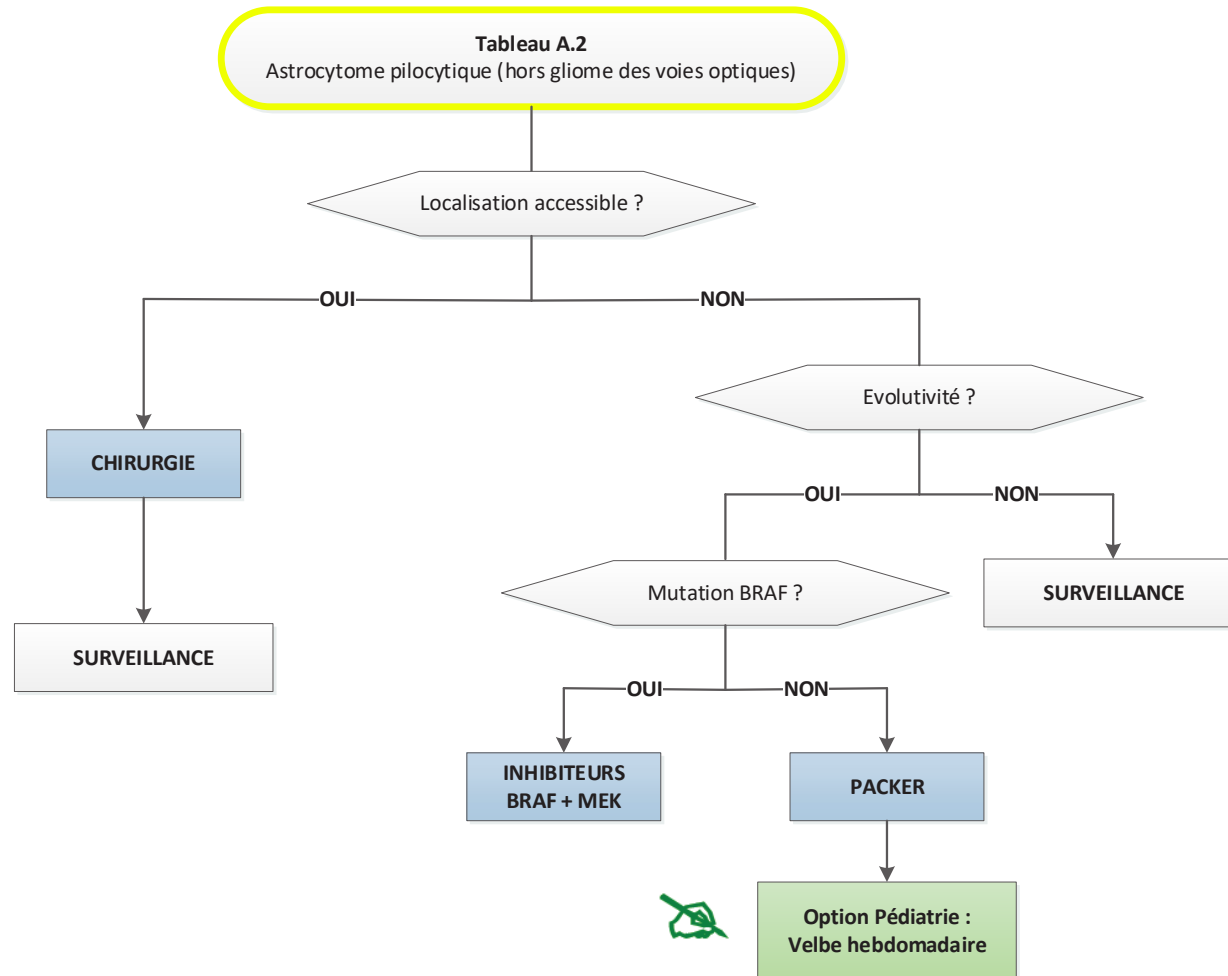


Surveillance des subépendymomes

- Examen clinique annuel
- IRM cérébrale post-opératoire puis annuelle

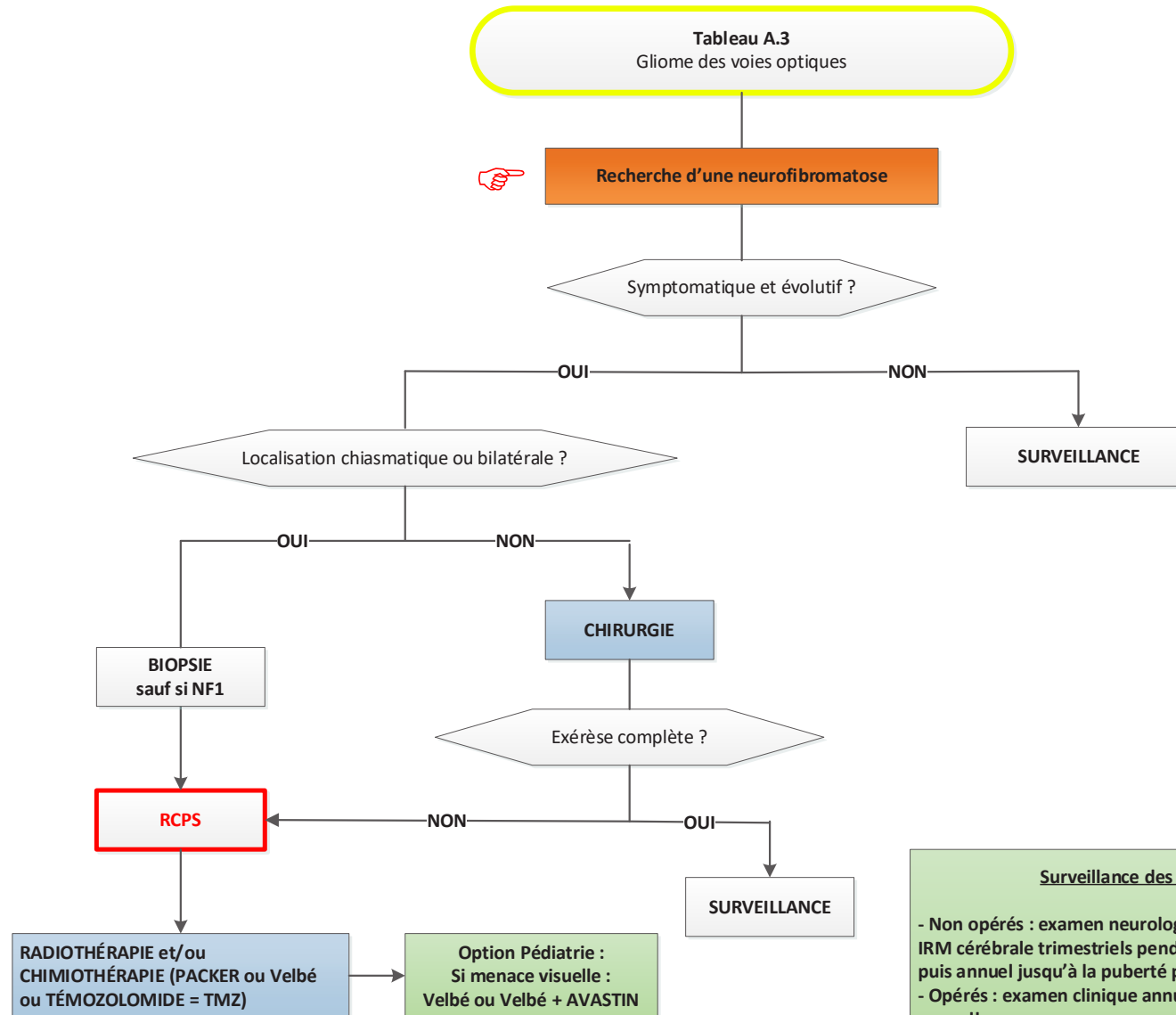
Hémangioblastome VHL

ne nécessitant pas de chirurgie
immédiate : demande d'accès
compassionnel au BELZUTIFAN
(comme l'essai LITESPARK-004)
au laboratoire MSD



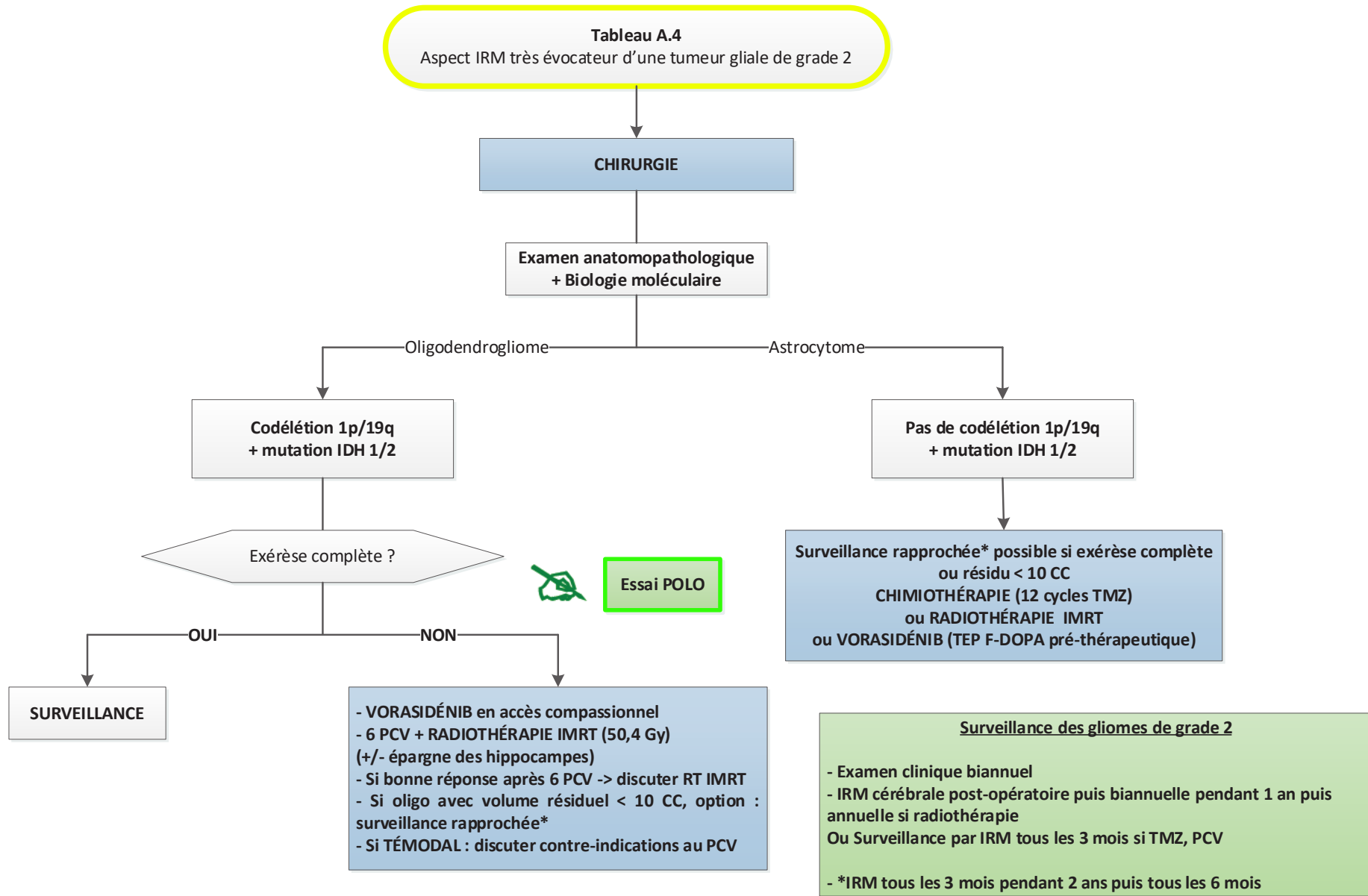
Surveillance des astrocytomes pilocytiques

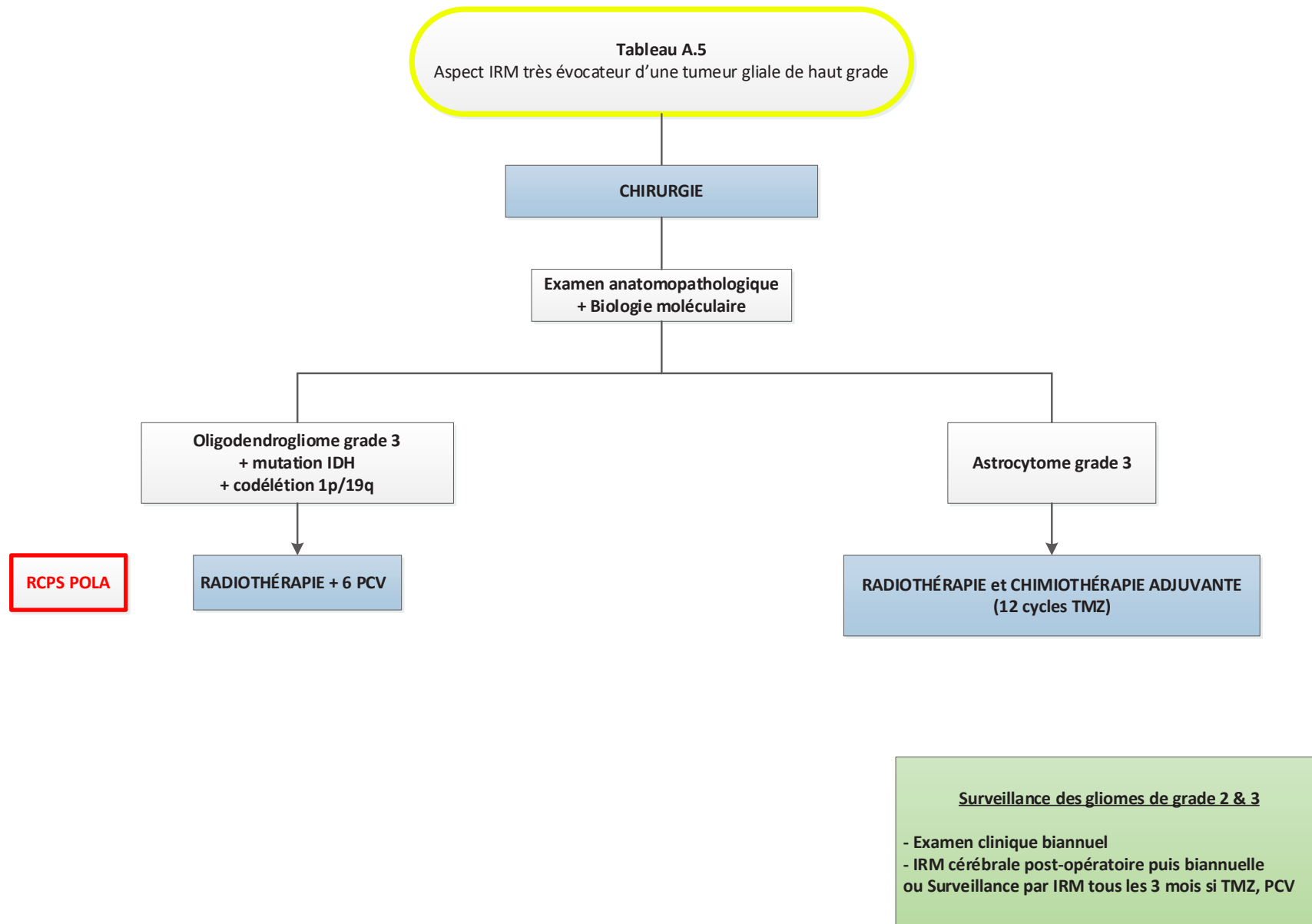
- Après exérèse complète : examen clinique annuel + IRM cérébrale post-opératoire
- Après exérèse incomplète : examen clinique annuel + IRM cérébrale post-opératoire puis annuelle
- En l'absence de chirurgie : examen clinique annuel + IRM cérébrale annuelle



Surveillance des gliomes des voies optiques

- Non opérés : examen neurologique + ophtalmologique + endocrinien + IRM cérébrale trimestriels pendant 6 mois puis biannuel pendant 1 an puis annuel jusqu'à la puberté puis clinique annuel
- Opérés : examen clinique annuel + IRM cérébrale post-opératoire puis annuelle





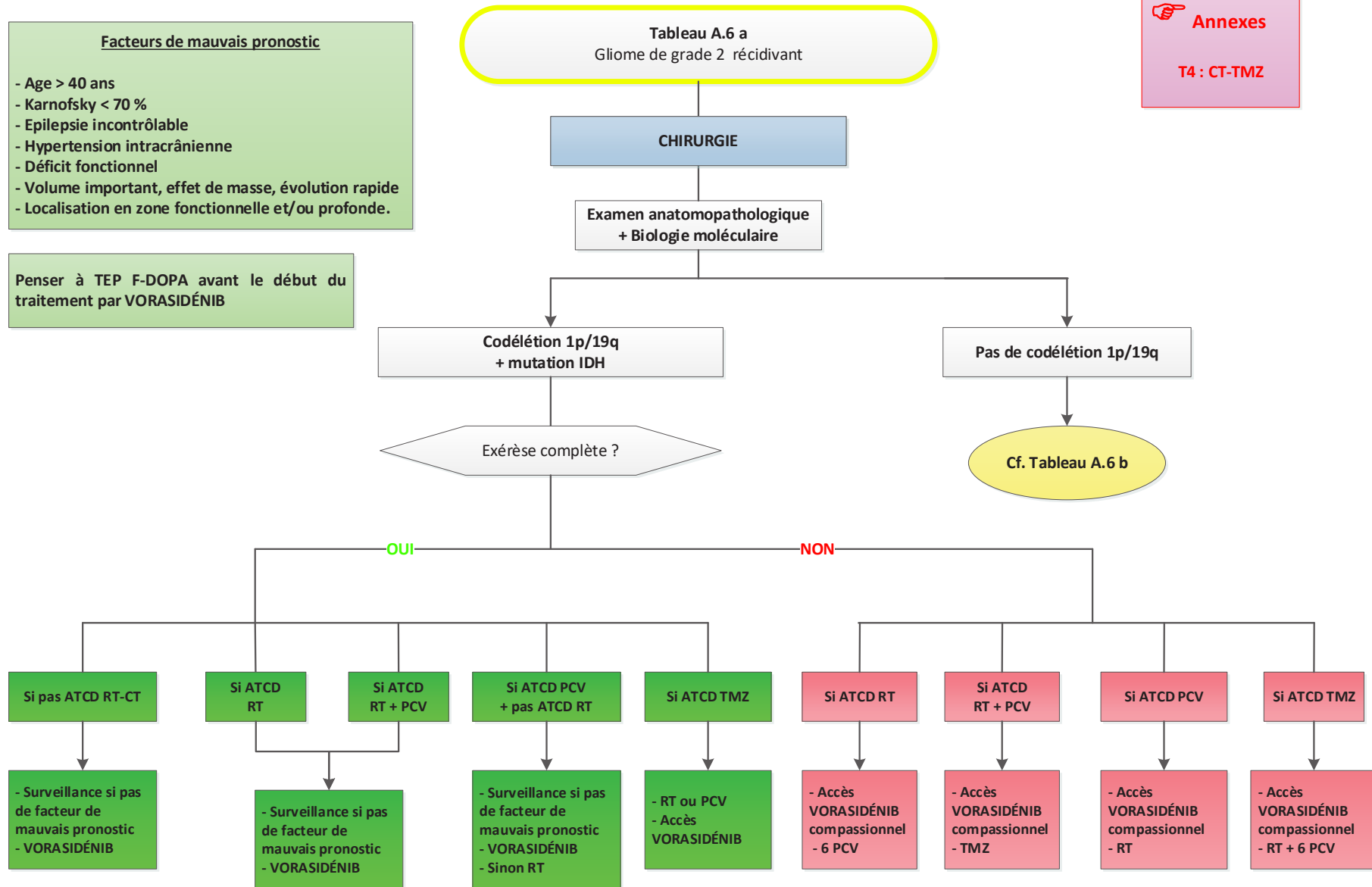
Facteurs de mauvais pronostic

- Age > 40 ans
- Karnofsky < 70 %
- Epilepsie incontrôlable
- Hypertension intracrânienne
- Déficit fonctionnel
- Volume important, effet de masse, évolution rapide
- Localisation en zone fonctionnelle et/ou profonde.

Penser à TEP F-DOPA avant le début du traitement par VORASIDÉNIB

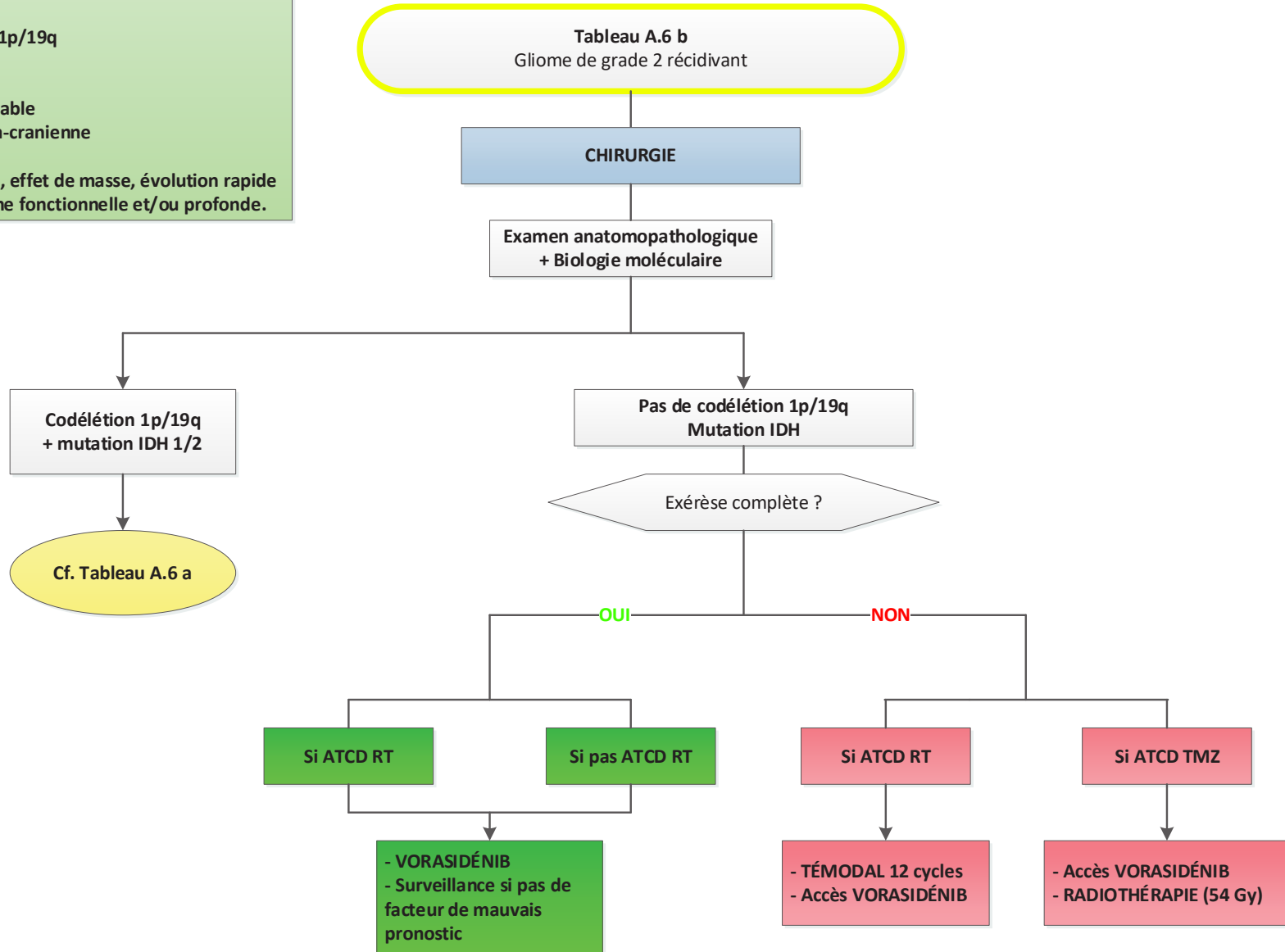
Annexes

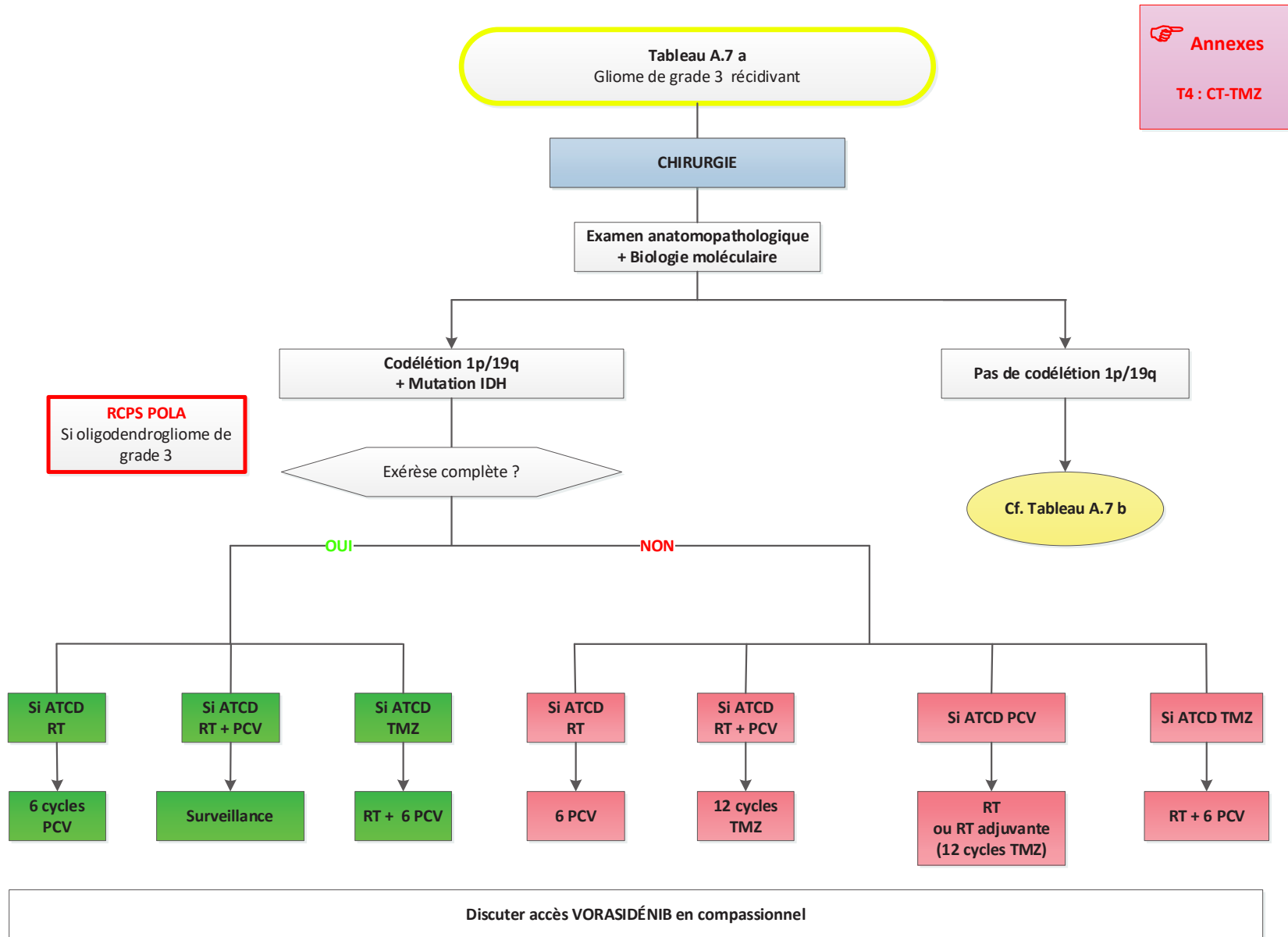
T4 : CT-TMZ

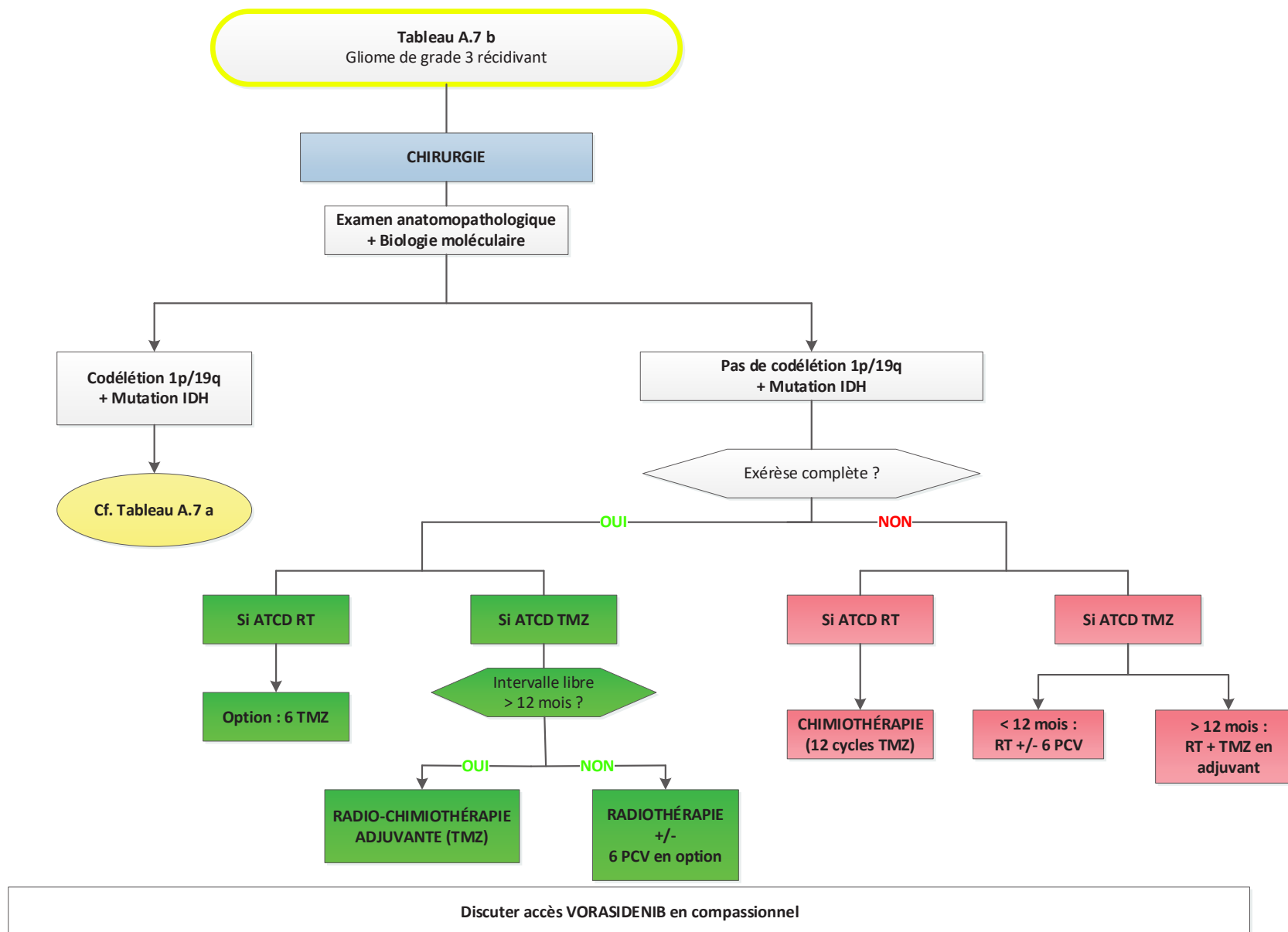


Facteurs de mauvais pronostic

- Pas de codélétion 1p/19q
- Age > 40 ans
- Karnofsky < 70 %
- Epilepsie incontrôlable
- Hypertension intra-cranienne
- Déficit fonctionnel
- Volume important, effet de masse, évolution rapide
- Localisation en zone fonctionnelle et/ou profonde.







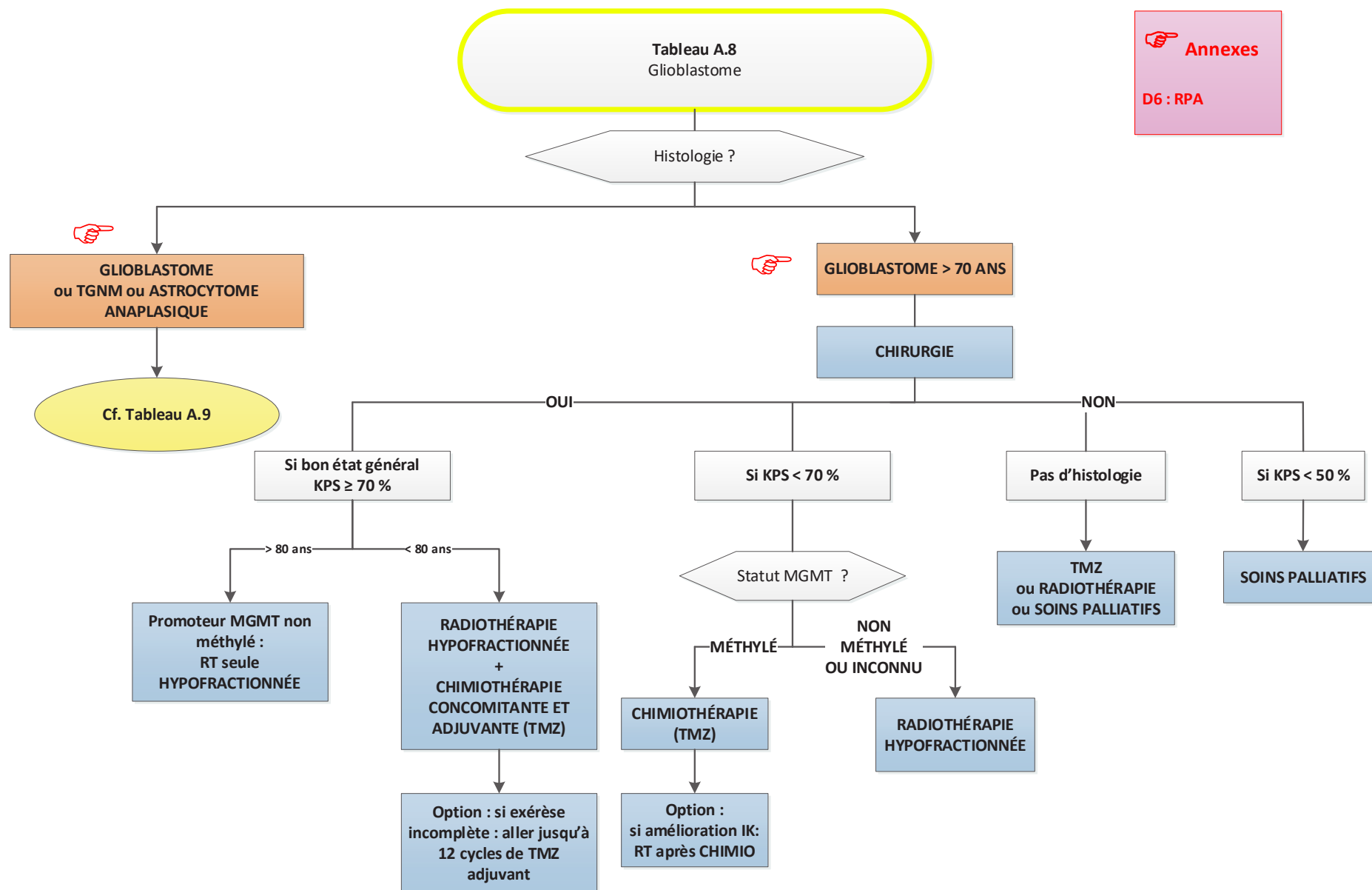


Tableau A.9
Glioblastome histologique ou après diagnostic intégré
(gliome de haut grade avec amplification EGFR, gain du chromosome 7, perte du chromosome 10
ou CDKN2 A/B délété sans mutation IDH ou astrocytome)

Annexes

T5 : RTCT-TMZ
D6 : RPA

Pronostic de la mutation HTERT
non formel : biblio à surveiller



**RADIOTHÉRAPIE (60 Gy) et CHIMIOTHÉRAPIE
CONCOMITANTE et ADJUVANTE (TMZ)**

OPTUNE



**CHIMIOTHÉRAPIE (TMZ)
6 CYCLES**

< 70 ans, si KPS < 50 %

**RT HYPOFRACTIONNÉE +
TMZ**

Résidu tumoral ?

RCPS

OUI

NON

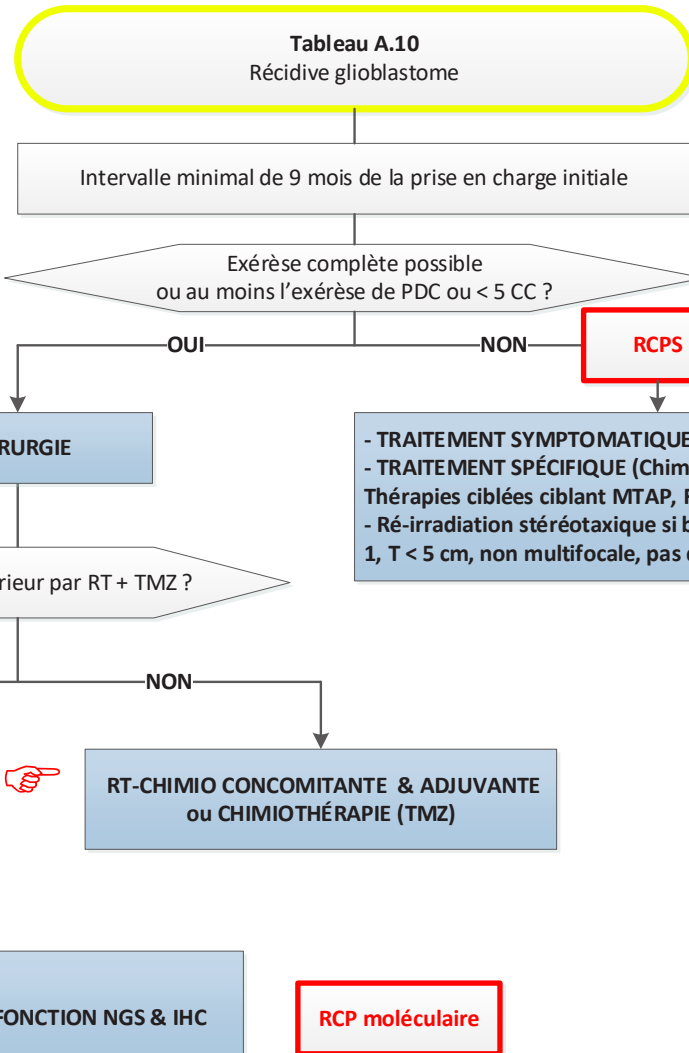
**CHIMIOTHÉRAPIE (TMZ)
12 CYCLES AU TOTAL**

SURVEILLANCE

Surveillance des glioblastomes

- Examen clinique trimestriel
- IRM cérébrale post-opératoire puis trimestrielle

NB : MEGAMOST & PDGFR si altération



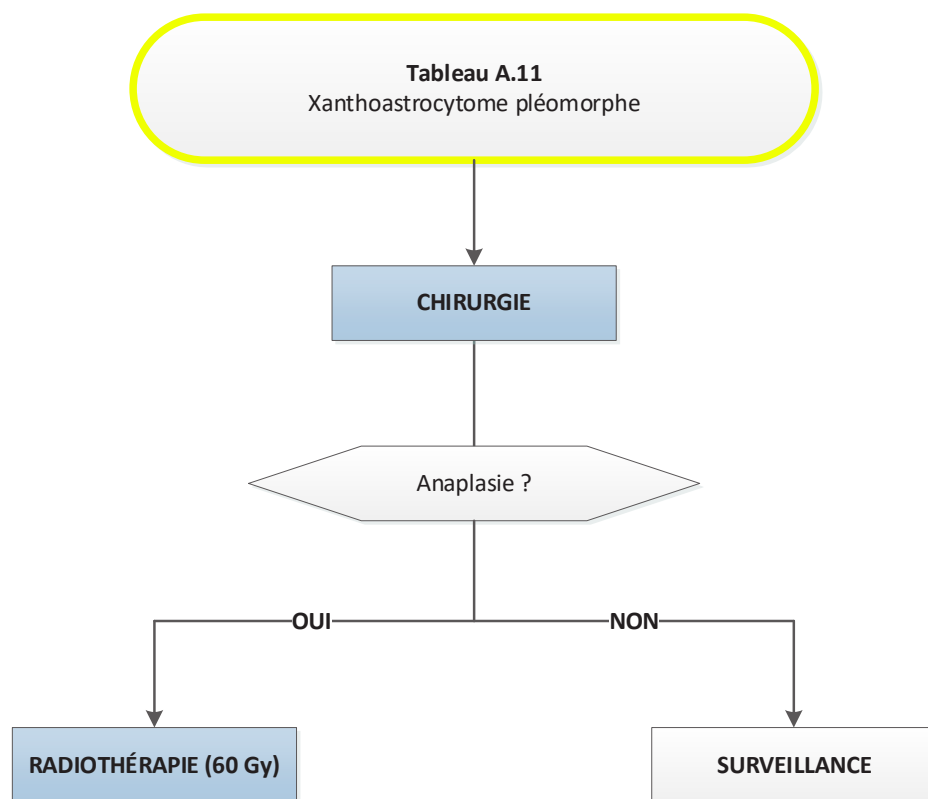
Annexes

T1 : CT-CCNU
T2 : CT-BCNU
T3 : CT-PCV
T4 : CT-TMZ

**Essai ACSÉ
PÉMIGATINIB**

Facteurs d'opérabilité

- Age physiologique comptable
- Absence de pathologies multiples
- Bon état général (IK ≥ 70 %)
- Chirurgie complète possible ou résidu < 5cc
- Intervalle libre > 9 mois



Surveillance des xanthoastrocytomes pléomorphes

- Examen clinique annuel
- IRM post-opératoire puis annuelle

Recherche d'anomalie biologie moléculaire
BRAF, MTAP, FGFR... pour thérapies ciblées

