




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

 www.em-consulte.com



Mise au point

Actualisation de la stratégie thérapeutique locorégionale dans les sarcomes des tissus mous et les tumeurs desmoïdes des membres

What is new in the local approach of limb sarcomas and desmoid tumours?

S. Bonvalot*, F. Rimareix, A. Paumier, E. Roberti, H. Bouzaiene, C. Le Péchoux

Comité sarcomes, département de chirurgie, institut Gustave-Roussy, 39, rue Camille-Desmoulins, 94805 Villejuif, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
 Disponible sur Internet le 24 août 2010

Mots clés :
 Sarcomes
 Tumeurs desmoïdes
 Fibromatoses
 Chirurgie
 Radiothérapie

Keywords:
 Sarcoma
 Desmoid tumours
 Fibromatosis
 Surgery
 Radiotherapy

RÉSUMÉ

Les sarcomes des tissus mous des extrémités relèvent d'une prise en charge multidisciplinaire en milieu spécialisé. Une exérèse chirurgicale large et planifiée reste le traitement central des sarcomes des tissus mous localisés des membres, avec un taux de survie globale à cinq ans de l'ordre de 75 % et un taux de risque de rechute locale après traitement conservateur désormais inférieur à 10 % dans des équipes spécialisées. Un traitement néoadjuvant est discuté dans les situations complexes afin de rester dans une optique conservatrice et carcinologique : chimiothérapie systémique, perfusion isolée de membre, radiothérapie conformationnelle. L'apport de la biologie moléculaire et une meilleure définition des marges d'exérèse sont essentiels à la démarche thérapeutique. En cas d'exérèse marginale et a fortiori incomplète, une reprise chirurgicale doit être discutée avant tout traitement adjuvant. La radiothérapie associée à une chirurgie complète diminue significativement le risque de rechute locale. Une étude randomisée a montré que les taux de contrôle local à cinq ans obtenus avec une radiothérapie pré- ou postopératoire étaient équivalents. La morbidité postopératoire est plus importante avec une radiothérapie préopératoire, mais les séquelles à distance du traitement sont plus importantes avec la radiothérapie postopératoire. Une étude randomisée en cours du groupe sarcome français évalue l'abstention de la radiothérapie dans les cas favorables. La prise en charge des tumeurs desmoïdes s'est beaucoup modifiée récemment avec une personnalisation du traitement en fonction de l'évolution et de la biologie de la maladie.

© 2010 Publié par Elsevier Masson SAS pour la Société française de radiothérapie oncologique (SFRO).

ABSTRACT

The treatment of soft tissue sarcomas of limbs should be discussed within an experienced multimodality team. Surgical resection remains the cornerstone of therapy for localized disease and achieves a five years overall survival around 75% and a local recurrence rate as low as 10% in the best series. In complex cases, neo-adjuvant treatments may be used such as systemic chemotherapy, isolated limb perfusion, or radiotherapy to achieve an optimal conservative approach. Molecular genetics of sarcomas and quality of margins are essential to guide diagnosis and therapeutic selection. In case of marginal or incomplete resection, a new enlarged surgical resection should always be discussed before administration of any adjuvant treatments. Many retrospective studies and two randomized studies (one of adjuvant brachytherapy and one of external beam radiotherapy) have shown that adjuvant radiotherapy after complete surgery significantly reduces the risk of local recurrence in extremity soft tissue sarcomas. A randomized study has compared pre- to postoperative radiotherapy. The results in terms of local control are similar in both arms. The risk of surgical complications is higher in the preoperative arm and the risk of late sequelae is higher in the postoperative arm. A randomized study within the French sarcoma group is ongoing evaluating the omission of postoperative radiotherapy in favourable cases. Presently, the role of systematic first-line invasive treatment (including surgery and/or radiotherapy) of desmoids is debated. It is becoming evident that up to 50% of patients with desmoids benefit from a front-line non-aggressive policy, because growth arrest is a common feature of this disease. Additional study of the molecular determinants of desmoid behaviour is needed to guide treatment.

© 2010 Published by Elsevier Masson SAS on behalf of the Société française de radiothérapie oncologique (SFRO).

* Auteur correspondant.
 Adresse e-mail : bonvalot@igr.fr (S. Bonvalot).

1. Introduction

Près de 60% des sarcomes des tissus mous siègent au niveau des extrémités. Leur potentiel évolutif est à la fois local et métastatique, conditionné par la taille et la profondeur de la lésion, son développement intra- ou extracompartimental, le grade histologique et la qualité de l'exérèse chirurgicale. La prise en charge initiale est fondamentale car elle conditionne la qualité de vie du patient, en particulier pour les sarcomes de membres, et sa survie globale, en particulier pour les sarcomes tronculaires [15]. La planification thérapeutique doit être prise au sein d'une équipe multidisciplinaire. Des recommandations sont rédigées à la fois en français et en anglais, et sont pour certaines actualisées annuellement [9,16]. L'objectif de cet article est de faire le point sur les approches loco-régionales actuelles des sarcomes des tissus mous et des tumeurs desmoïdes des extrémités.

2. Sarcomes des tissus mous des membres

2.1. Recommandations et impact sur le nombre de « spécialistes »

L'actualisation des recommandations de l'European Society of Medical Oncology (ESMO) souligne que le traitement doit être effectué dans des centres spécialisés et que les patients doivent être opérés par un chirurgien spécifiquement entraîné au traitement des sarcomes [9]. La réalité quotidienne est encore loin de ces « recommandations ». Dans l'étude de Ray-Coquard et al., la prescription de la chimiothérapie est conforme aux standards/options/recommandation dans plus de 90% des cas, celle de la radiothérapie dans plus de 80% des cas, mais la réalisation de la chirurgie ne l'est que chez environ la moitié des patients, avec des exérèses macroscopiquement incomplètes une fois sur deux [26]. Cette situation défavorable aboutit à des poursuites évolutives pouvant compromettre la conservation du membre, ou au minimum alourdir très nettement l'importance du geste chirurgical secondaire, avec en particulier la nécessité de lambeau de reconstruction.

Pourtant, la qualité de la chirurgie des sarcomes des tissus mous des membres a peut-être également un impact sur la survie globale. Il est intéressant de comparer les bras de référence « Traitement locorégional seul » des essais (ou méta-analyses) évaluant l'impact d'une chimiothérapie adjuvante. Dans la méta-analyse Sarcoma Meta-Analysis Collaboration (SMAC) rapportée en 1997, le taux de survie globale dans le bras « Traitement locorégional seul » était de 59% à cinq ans [28]. Dans l'étude de l'European Organisation of Research and Treatment of Cancer (EORTC) rapportée dix ans plus tard au congrès de l'American Society of Clinical Oncology (ASCO) de 2007, le taux de survie globale à cinq ans était de 69% [30]. Cela signifie qu'avec un traitement locorégional mieux intégré, et probablement une meilleure sélection, l'amélioration de la prise en charge a eu un impact sur la survie globale. Une étude de l'EORTC a montré qu'une chimiothérapie adjuvante ne rattrapait pas une chirurgie marginale : le taux de survie globale avec ou sans chimiothérapie d'un patient est significativement moins bon après exérèse de type R1 qu'avec une chirurgie de type R0 [18]. Il est donc essentiel d'identifier des centres « référents » sur le territoire avec des chirurgiens et oncologues radiothérapeutes formés et investis dans cette pathologie.

2.2. Actualisation de la démarche diagnostique initiale

Lorsqu'on suspecte un sarcome des tissus mous des membres, les examens nécessaires sont une IRM et une radiographie standard. En dehors des petites lésions superficielles qui peuvent bénéficier d'une biopsie-exérèse (en évitant une effraction tumorale), les

autres lésions profondes et/ou volumineuses relèvent d'une biopsie après l'imagerie [9,16]. Dans son actualisation 2010, l'ESMO recommande en première intention une biopsie percutanée, avec un examen extemporané dont l'objectif est d'apprécier la viabilité du tissu prélevé [9]. Une aiguille de taille adaptée doit être utilisée, il s'agit en effet d'une microbiopsie et non d'une cytologie. Une aiguille de 16 Gauges ou d'une taille supérieure (14 Gauges) est recommandée. L'avantage de réaliser la biopsie percutanée sous échographie ou scanographie est de pouvoir prélever des zones non nécrotiques. Par rapport aux biopsies chirurgicales, cette technique limite les risques de complications que l'on voyait auparavant, en particulier les risques d'hématome et d'infiltration de la peau par la tumeur, et surtout de cicatrice ectopique ou dans un axe inadapté. En cas de « négativité » de la biopsie percutanée, on discute en réunion multidisciplinaire, une deuxième biopsie percutanée, ou éventuellement une biopsie chirurgicale par un chirurgien entraîné. Il faut attendre le résultat anatomopathologique définitif avant de discuter de la démarche thérapeutique. Une relecture des lames en milieu spécialisé paraît nécessaire. La biologie moléculaire est d'un apport essentiel, elle permet d'envisager une nouvelle classification des sarcomes, d'apporter des éléments de pronostic ou de réponse à un traitement, et de constituer une cible thérapeutique potentielle [2,8,29]. Environ 30% des sarcomes présentent une « génétique simple » avec des remaniements spécifiques qui permettent de confirmer le diagnostic dans les cas difficiles, et 70% présentent une « génétique complexe ». Certaines anomalies moléculaires sont présentes alors qu'il n'existe pas encore d'anomalie visible optiquement (par exemple l'amplification de MDM2 et CDK4 dans les liposarcomes). La recherche de translocations spécifiques permet de différencier les différents sarcomes à cellules rondes, dont la prise en charge est différente.

2.3. Démarche thérapeutique

À la suite de l'imagerie et de la biopsie, confirmant le diagnostic de sarcome, le bilan doit être complété par une scanographie thoracique car la localisation métastatique la plus fréquente est pulmonaire. En l'absence de métastases, deux situations opposées se distinguent [9,13]. Soit il s'agit d'une tumeur dont la chirurgie envisagée d'après l'imagerie sera non mutilante, et sans contraintes anatomiques, et on s'orientera vers une chirurgie d'exérèse d'emblée. Les traitements adjuvants seront discutés en postopératoire en réunion de concertation pluridisciplinaire. Soit il s'agit d'une tumeur de progression très rapide et/ou d'une chirurgie potentiellement mutilante en raison du volume tumoral ou de la topographie, et on discutera en réunion de concertation pluridisciplinaire d'un traitement néoadjuvant dont le choix sera orienté en fonction du grade, de la topographie tumorale et des co-morbidités du patient [9,16,24]. Selon les cas, un traitement néoadjuvant pourra être proposé : une chimiothérapie intraveineuse ou locorégionale (perfusion de membre isolé sous circulation extracorporelle), une radiothérapie conformationnelle, ou plus rarement une chimioradiothérapie. Certains traitements pouvant être effectués de façon séquentielle.

2.4. Chirurgie

Trois facteurs ont permis l'amélioration des possibilités de conservation des membres : l'amélioration des techniques d'exérèse avec des dissections vasculaires et nerveuses plus précises, l'apport des lambeaux de reconstruction avec la présence de plasticiens dans l'équipe chirurgicale et la perfusion de membre isolé sous circulation extracorporelle, qui est une technique médico-chirurgicale effectuée au bloc opératoire (Fig. 1).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2117855>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2117855>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)