

Nouveautés chirurgicales dans les sarcomes de l'appareil locomoteur de l'enfant

New surgical procedures in musculoskeletal sarcomas of the child

Article reçu le 10 janvier 2011,

accepté le 12 avril 2011

Tirés à part : P. Mary

Pierre Mary, Camille Thévenin-Lemoine

Hôpital d'enfants Armand-Trousseau, service d'orthopédie et de chirurgie réparatrice de l'enfant, 26, avenue du

Dr-A.-Netter, 75571 Paris Cedex 12, France

<pierre.mary@trs.aphp.fr>

Pour citer cet article : Mary P, Thévenin-Lemoine C. Nouveautés chirurgicales dans les sarcomes de l'appareil locomoteur de l'enfant. *Bull Cancer* 2011 ; 98 : 515-526.
doi : 10.1684/bdc.2011.1365.

Résumé. La place de la chirurgie reste centrale dans la prise en charge des tumeurs malignes osseuses de l'enfant et de l'adolescent. Les chimiothérapies actuelles ont fait la preuve de leur efficacité (et de leurs limites) et ont rendu possible d'éviter l'amputation dans plus de 90 % des cas, sans aggraver le pronostic vital. Les progrès de l'imagerie (IRM) et de la compréhension des mécanismes de progression tumorale ont permis de faire des résections plus précises, avec des conservations épiphysaires plus fréquentes. Dans le même temps, de nouvelles techniques sont apparues qui permettent d'envisager des reconstructions plus « biologiques ». Tout cela fait que nous pouvons mieux et plus souvent respecter la croissance, en espérant un meilleur résultat fonctionnel à long terme. Le temps passé autorise aussi de faire le point sur des techniques plus anciennes (prothèses articulaires. . .). Le choix du type de reconstruction dépend de multiples facteurs (âge, présence de localisations secondaires, déroulement de la chimiothérapie, contexte socioéconomique. . .) et ne peut se concevoir que dans le cadre de concertations pluridisciplinaires. ▲

Mots clés : tumeur osseuse maligne, reconstruction osseuse, greffe osseuse, membrane induite, prothèse de reconstruction, prothèse de croissance, fibula vascularisée

Abstract. The role of surgery remains central in the management of malignant bone tumors in children and adolescents. The current chemotherapies have demonstrated their efficiency (and limits) and made possible to avoid amputation in more than 90% of cases without worsening the prognosis. Advances in imaging (MRI) and understanding the mechanisms of tumor progression have led to more accurate resections with more frequent epiphyseal conservations. At the same time, new techniques have emerged that allows to consider more "organic" reconstructions. Therefore, we can better and more often preserve growth, hoping for a better long-term functional outcome. Experience also allows to review older techniques (arthroplasties. . .). The choice of reconstruction depends on many factors (age, presence of secondary localizations, chemotherapy tolerance, socioeconomic context. . .) and can only be conceived as part of multidisciplinary evaluations. ▲

Key words: malignant bone tumor, bone reconstruction, bone graft, induced membrane, reconstruction prosthesis, growing prosthesis, vascularized fibula

Introduction

Le traitement chirurgical des sarcomes de l'appareil locomoteur n'est qu'une partie de la prise en charge de ces tumeurs et ne peut se concevoir que dans le cadre d'équipes pluridisciplinaires spécialisées, associant chimiothérapeutes, radiologues, anatomopathologistes

et radiothérapeutes. La place de la chirurgie reste néanmoins centrale dans la majorité des sarcomes de l'appareil locomoteur. Elle reste très particulière et ne doit être faite que par des équipes qui en ont l'expérience et qui ont les moyens d'utiliser toutes les

techniques de reconstruction de manière à être capable d'appliquer la meilleure à chaque cas particulier. Elle comprend deux temps opératoires distincts : la résection de la tumeur qui reste le temps essentiel et la reconstruction.

La résection tumorale

Comment planifier la résection ?

La programmation d'une résection tumorale n'est possible qu'avec une imagerie de qualité au diagnostic et en préopératoire immédiat. L'examen essentiel est maintenant l'IRM. Elle doit comprendre l'ensemble du segment anatomique atteint, cela afin de s'assurer de l'absence de lésion secondaire à distance (*skip* métastase) [1]. Parfois, un deuxième examen est indispensable pour visualiser plus précisément une zone particulièrement sensible (cartilage de croissance – articulation).

Le type de résection souhaitable dans le cadre des sarcomes de l'appareil locomoteur est la résection large, c'est-à-dire dont tous les plans de coupe étudiés sont en zone saine, mais en restant dans le même compartiment anatomique. Ce n'est pas toujours possible et il faut parfois accepter de faire des résections marginales, c'est-à-dire dont le plan de dissection se situe à faible distance de la tumeur, dans le tissu réactionnel, dont l'origine est dans les tissus sains qui ont limité la lésion. En revanche, il n'est pas envisageable de décider de faire une résection marginale pour se laisser la possibilité de faire une reconstruction plus satisfaisante. La priorité reste à la résection de la tumeur, car c'est ce temps qui va conditionner la survie du patient.

Classification des types de résection chez l'enfant et l'adolescent

Chez l'enfant et l'adolescent, la présence des cartilages de croissance modifie le raisonnement en ce qui concerne les limites de résection. Il est maintenant bien établi que le cartilage de croissance n'est pas une barrière pour l'ostéosarcome et le sarcome d'Ewing [2]. Cela est étudié au mieux par l'IRM [2], avec une sensibilité de 100 %, mais une spécificité de 50 % environ. Lors de cette évaluation, il faut être attentif à l'extension tumorale elle-même dans l'épiphyse, mais également se méfier de l'extension dans les tissus mous, particulièrement au niveau des structures ligamentaires de

l'articulation et des éléments vasculaires autour de la plaque de croissance. En incluant tous ces facteurs, nous avons proposé une classification des types de résection tumorale sur un os en croissance (*figure 1*), qui

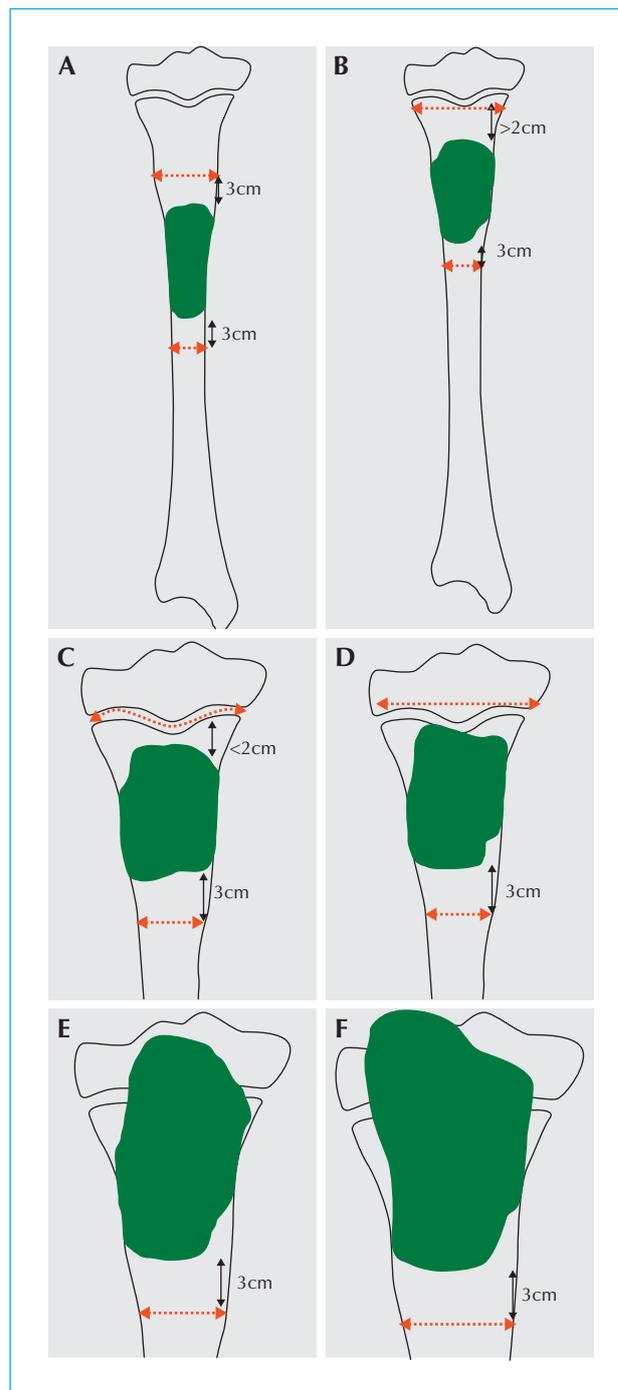


Figure 1. Types de résection tumorale sur un os en croissance. A : résection diaphysaire ; B : résection métaphysaire avec conservation du cartilage de croissance ; C : résection passant dans le cartilage de croissance ; D : résection intra-épiphysaire ; e : résection intra-articulaire ; F : résection extra-articulaire.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3979101>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3979101>

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