



Disponible en ligne sur

ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte  
www.em-consulte.com



Mémoire original

# La chirurgie d'exérèse large conservatrice et reconstructrice des sarcomes au poignet et à la main<sup>☆</sup>



## Extensive limb-sparing surgery with reconstruction for sarcoma of the hand and wrist

M.P. Mirous<sup>a,\*</sup>, B. Coulet<sup>a</sup>, M. Chammas<sup>a</sup>, D. Cupissol<sup>b</sup>, C. Lazerges<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Chirurgie de la main et du membre supérieur, chirurgie des nerfs périphériques, hôpital Lapeyronie, CHRU Montpellier, 371, avenue Doyen-Gaston-Giraud, 34295 Montpellier cedex 5, France

<sup>b</sup> Institut du cancer de Montpellier, 208, avenue des Apothicaires, 34298 Montpellier, France

### INFO ARTICLE

#### Historique de l'article :

Reçu le 14 juin 2015

Accepté le 18 février 2016

#### Mots clés :

Sarcomes

Main

Poignet

Chirurgie conservatrice

Reconstruction

### R É S U M É

**Introduction.** – Les sarcomes à la main et au poignet sont rares. Aujourd'hui, le principe thérapeutique est l'exérèse chirurgicale élargie. Aux extrémités, notamment à la main et au poignet, la tendance est une chirurgie conservatrice et reconstructrice avec restitution d'un maximum de fonction.

**Hypothèse.** – Les auteurs présentent une série descriptive de 16 cas de chirurgie conservatrice de sarcomes au poignet et à la main.

**Matériel et méthodes.** – Entre 1999 et 2012, 19 sarcomes de la main et du poignet ont été traités, dont 16 cas par traitement conservateur. C'est une série consécutive, monocentrique, rétrospective de 7 cas à la main, 9 au poignet. Six patients ont été pris en charge initialement, 10 secondairement pour reprise chirurgicale. Douze patients ont eu une procédure simple ou mixte de reconstruction nerveuse (2), tendineuse (3), osseuse (3), et/ou cutanée (8). Après exérèse chirurgicale, tous les patients étaient RO sauf un R1. Au dernier recul, la survie et l'évaluation fonctionnelle par le DASH, le MSTs, la douleur ont été étudiés.

**Résultats.** – Au recul médian de 4,5 ans [1–13], 15 patients sont vivants sans récurrence locale, 1 patient a développé des métastases pulmonaires. Le score de DASH moyen de cette série est 18 [0–49]. Le score MSTs moyen est 88,8% [53–100].

**Discussion.** – Le traitement chirurgical conservateur permet de concilier les exigences carcinologiques et fonctionnelles. Le caractère délabrant de la chirurgie ne doit pas limiter l'exérèse, grâce aux possibilités de reconstruction. Le résultat fonctionnel dépend de la tolérance au traitement adjuvant, notamment à la radiothérapie.

**Niveau de preuve.** – Étude rétrospective niveau 4.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

## 1. Introduction

Les sarcomes à la main et au poignet sont des tumeurs malignes rares, d'une grande hétérogénéité histologique.

Aujourd'hui, le traitement de référence quel que soit le type histologique reste une exérèse carcinologique chirurgicale élargie. La tendance actuelle est à une attitude conservatrice [1–3].

La stratégie thérapeutique des localisations à la main et au poignet, par leur volume anatomique et la proximité d'éléments nobles, est complexe. Pour concilier des exigences carcinologiques et fonctionnelles dans le traitement des sarcomes à la main et au poignet, le chirurgien peut faire appel à une chirurgie conservatrice et reconstructrice.

Les auteurs rapportent une série de 16 sarcomes à la main et au poignet, afin d'évaluer l'efficacité d'une prise en charge chirurgicale carcinologique conservatrice et reconstructrice.

## 2. Matériels et méthodes

Les auteurs ont présenté une série monocentrique, consécutive, rétrospective, composée de 19 patients traités pour un

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.otsr.2016.01.026>.

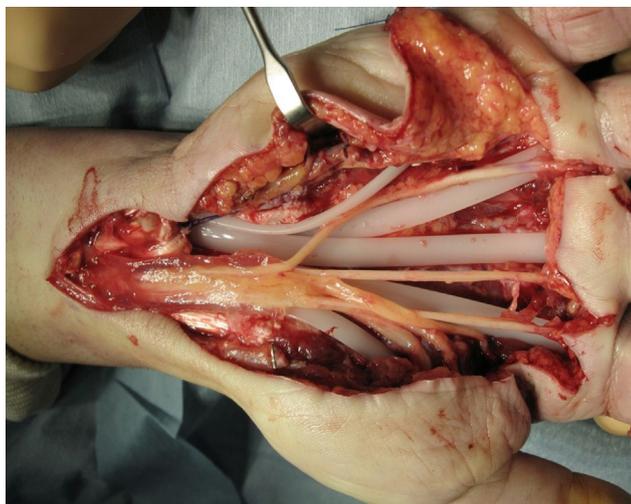
<sup>☆</sup> Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*, en utilisant le DOI ci-dessus.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [mapmirous.ortho@gmail.com](mailto:mapmirous.ortho@gmail.com) (M.P. Mirous).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcot.2016.03.019>

1877-0517/© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.



**Fig. 1.** Reconstruction en un temps du nerf médian par deux greffons suraux, 1<sup>er</sup> temps de Hunter (tiges silastic) pour reconstruction tendineuse.

sarcome de la main (9 cas) ou du poignet (10 cas) entre 1999 et 2011. Seize patients ont eu un traitement chirurgical conservateur (Tableau 1) ; 3 ont été amputés, la chirurgie conservatrice ayant été jugée impossible (2 cas de sarcomes osseux, un synoviosarcome digital).

Tous les dossiers ont été soumis en réunion de concertation pluridisciplinaire.

Aucun patient ne présentait de métastase à distance. Le groupe « traitement conservateur » comptait 4 femmes, 12 hommes, dont l'âge moyen était de 49 ans [15 ; 77] ; sept localisations à la main, 9 au poignet. Six patients ont été pris en charge dès le diagnostic, 10 patients adressés secondairement pour reprise chirurgicale. Tous les cas pris en charge initialement ont eu une biopsie première.

Le traitement chirurgical initial était une exérèse monobloc tumorale élargie. Les marges d'exérèse étaient définies soit par une distance de 1 cm par rapport à la lésion, soit par une barrière anatomique.

Douze patients ont eu une reconstruction simple ou composite. On comptait :

- 2 cas de reconstructions nerveuses (nerf médian avec deux greffons suraux : technique de Michelli) (Fig. 1) ;
- trois cas de reconstruction tendineuse (fléchisseurs par 2 temps de Hunter) ;
- palmaris longus (PL) pour l'extensor carpi radialis brevis (ECRB) et extensor carpi radialis longus (ECRL), extensor indicis proprius (EIP) pour l'extensor pollicis longus (EPL), un héli-flexor carpi radialis (héli-FCR) pour l'abductor pollicis longus (APL) (Fig. 2) ;
- trois cas de reconstruction osseuse (deux greffons iliaques pour la reconstruction d'une colonne du pouce (Fig. 3) et une arthrothèse radio-carpienne) ;
- une fibula vascularisée pour un radius ;
- huit cas de reconstruction cutanée (trois lambeaux interosseux postérieurs, 1 lambeau chinois, 3 greffes de peau totale, 1 greffe de peau mince).

Dans 9 cas, il s'agissait de reconstruction d'emblée concomitante de l'exérèse ou de la reprise de marges tumorales en un ou plusieurs temps, pour 3 cas à distance de l'exérèse.

On dénombrait 15 sarcomes des tissus mous d'un grand polymorphisme anatomopathologique (Tableau 1), 1 sarcome osseux (sarcome d'Ewing). Selon la classification de la FNCLCC [4], parmi les cas de sarcomes de tissus mous, 1 patient était grade 1, 8 grade 2, 6 grade 3.

Le traitement chirurgical était associé à une chimiothérapie néoadjuvante et adjuvante (4 cas), une chimiothérapie adjuvante seule (1 cas), une chimiothérapie néoadjuvante et radiothérapie adjuvante (1 cas), une radiothérapie adjuvante seule (8 cas) (Tableau 1).

Le suivi a consisté en une réévaluation clinique bi-annuelle avec un bilan d'imagerie par IRM de la zone opérée, et scanner thoraco-abdomino-pelvien, durant 5 ans. Les patients étaient revus au recul final. La qualité de l'exérèse était déterminée à partir du système de la FNCLCC :

- R0 : marges in sano, barrière anatomique ou 2 cm de muscle ;
- R1 : résidu microscopique ;
- R2 : résidu macroscopique.

Les scores de DASH (Disabilities of the Arm Shoulder and Hand) [5], le MSTS (Musculoskeletal Tumour Society Score) [6] (évalue : douleur, fonction, acceptation, positionnement de main, adresse, soulèvement d'objet), l'échelle visuelle analogique de la douleur (EVA) étaient utilisés pour l'évaluation fonctionnelle du patient.

### 3. Résultats

Le recul médian est de 4,5 ans [1–13] (Tableau 2). Sur les 16 traitements conservateurs, 15 patients sont vivants, aucun n'a eu de récurrence locale. Un patient a présenté 2 récurrences locales à 7 et 8 ans de recul, ayant conduit à une amputation ; à 10 ans, une atteinte ganglionnaire axillaire homolatérale, puis pulmonaire ; le patient est décédé au recul de 13 ans. Un patient a développé des métastases pulmonaires à 3 ans, traitées par métastasectomies et chimiothérapie, l'évolution est actuellement stabilisée.

Treize patients ont été revus cliniquement, 2 patients ont été évalués par téléphone. Tous les patients étaient R0 à l'exception d'un. Le type anatomopathologique le plus fréquent est le synoviosarcome.

Le score de DASH moyen de cette série est 18 [0–49]. Le score MSTS moyen est 83,8% [53–100], soit 29 sur 35 : 10 patients avec un excellent résultat, 2 avec un bon résultat, 2 avec un résultat moyen, 1 avec un résultat médiocre. Concernant les cas de main on obtient un MSTS moyen de 82% [53 ; 100], soit une moyenne de 28/35, pour le poignet un MSTS moyen de 84% [66 ; 100], soit une moyenne de 29/35.

Deux patients présentent des douleurs modérées (EVA [2 ; 3]). Un patient présente d'importantes douleurs, à type de dysesthésies localisées sur la zone radiothérapie.

Trois patients ont eu des complications liées au traitement : en rapport avec la radiothérapie dans 2 (dermite radique) ; en rapport avec la procédure de reconstruction (pseudarthrose radiométacarpienne avec rupture de matériel ayant nécessité une reprise).

Dans le groupe non conservateur, au recul moyen de 3 ans, aucun patient n'a développé de récurrence locale, un patient présente des métastases pulmonaires à 5 ans.

Le score MSTS moyen est de 66% [53 ; 80], soit 23 sur 35.

Un patient présente d'importantes douleurs, à type de dysesthésies localisées sur la zone radiothérapie.

### 4. Discussion

Les sarcomes du membre supérieur, notamment du poignet et de la main sont considérés de meilleur pronostic compte tenu de leur petite taille [2].

Le traitement par amputation est historiquement la référence pour les sarcomes de la main et au poignet, mais n'a pas démontré sa supériorité en termes de survie sans récurrence locale ou à distance, par rapport à un traitement conservateur. Alamanda et al.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4089441>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4089441>

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