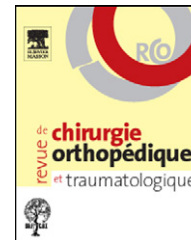




Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ D'ORTHOPÉDIE ET DE TRAUMATOLOGIE DE L'OUEST. RÉUNION DE LA BAULE, JUIN 2011. MÉMOIRE ORIGINAL

Étude critique des marges de résection dans la chirurgie des sarcomes des tissus mous de l'adulte[☆]

Critical study of resection margins in adult soft-tissue sarcoma surgery

F. Lintz^a, A. Moreau^b, G.-A. Odri^{a,c}, D. Waast^a, O. Maillard^d, F. Gouin^{a,*,c}

^a Clinique chirurgicale orthopédique, CHU de Nantes, 1, place Alexis-Ricordeau, 44000 Nantes, France

^b Service d'anatomie et cytologie pathologique, CHU de Nantes, 1, place Alexis-Ricordeau, 44000 Nantes, France

^c Laboratoire de la physiopathologie de la résorption osseuse et des tumeurs osseuses primitives, UMR Inserm 957, université de Nantes, 44000 Nantes, France

^d Service d'épidémiologie et biostatistiques, CHU de Nantes, 5, Pr-Bocquien street, 44093 Nantes cedex 1, France

MOTS CLÉS

Sarcome des tissus mous ;
Marges de résection ;
Facteurs pronostiques ;
Survie ;
Récidive locale ;
Métastases

Résumé

Préalable. – Les marges de résection sont un facteur de risque reconnu de récurrence locale, mais leur influence sur la survie est moins claire.

Hypothèse. – Une prolifération de type infiltrant et la présence de nodules satellites sont des facteurs pronostiques d'agressivité locale et systémique.

Type d'étude. – Étude rétrospective de cohorte.

Patients et méthodes. – Étude de 105 patients traités en curatif. La qualité de résection a été évaluée selon l'Union internationale contre le cancer (UICC) (R0/R1) et une version modifiée (R0M/R1M) prenant en compte les limites et les nodules satellites pour les marges fines (< 1 mm). Une analyse uni- et multivariée a été conduite. Les courbes de survie, selon Kaplan et Mayer ont été comparées par Log-Rank.

Résultats. – La survie sans récurrence locale (LRFS) était de 0,64 (0,52 ; 0,76) à cinq ans après chirurgie R1, 0,9 (0,85 ; 0,95) après chirurgie R0, 0,64 (0,519 ; 0,751) après chirurgie R1 M et 0,92 (0,87 ; 0,96) après chirurgie R0M. Le type de résections selon la classification R était associé avec la survie sans maladie (DFS) ($p=0,028$), mais pas la survie sans métastase (MFS) ($p=0,156$). Le type de résection selon la classification RM était associé avec la DFS et la MFS. L'analyse multivariée a montré une association du taux de LRFS avec le type de résection RM (HR 6,77 [1,78–25,7], $p=0,005$), de la DFS avec le type de résection RM (HR 2,83 [1,47–5,43], $p=0,001$) et le grade (HR=3,17 [1,38–7,27], $p=0,003$), et de la MFS avec le grade (HR=3,96 [1,50–10,5], $p=0,006$).

DOI de l'article original : 10.1016/j.otsr.2012.04.006.

[☆] 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 : francois.gouin@chu-nantes.fr (F. Gouin).

Discussion. – L'aspect microscopique des limites de prolifération et la présence de nodules satellites sont bien des facteurs pronostiques d'agressivité locale et systémique. Ils influencent à la fois les courbes de DFS, et sans métastases pour les marges inférieures à 1 mm. Leur prise en compte systématique pourrait permettre de distinguer les patients à haut risque systémique.

Niveau de preuve. – IV.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Introduction

Les sarcomes des tissus mous (STM) sont rarement rencontrés en pratique quotidienne (incidence de 0,75–1/100 000 par an) [1], et ont une mortalité de 50%. La chirurgie est souvent mutilante. Les patients doivent être pris en charge selon les recommandations et standards afin d'avoir le meilleur pronostic [1,2]. La tendance est aux centres référents [3–5] qui regroupent les moyens diagnostics, thérapeutiques et d'expertise pluridisciplinaire [6–8].

Le traitement des STM est basé sur la résection chirurgicale adéquate [9], la radiothérapie [5,10] et la chimiothérapie [11,12] systémique ou en perfusion isolée de membre [13]. Depuis Simon et Enneking [9,14], la chirurgie de préservation des membres est devenue le « Gold Standard ». Afin d'obtenir des marges proches de la tumeur, évaluer la qualité de la résection est devenu un aspect critique du traitement et du pronostic.

Les marges [7,9,15–23] sont le facteur principal de risque de récurrence locale. Le grade [19,20,24,25] et la taille [15,19,20,24,25] sont associés à la survie globale. La profondeur [1,19,20], le type histologique [18,26] sont aussi évoqués mais l'accord entre les publications est faible. Il n'est pas clairement établi dans quelle mesure ces facteurs influencent les récurrences locales, la survie globale ou les deux [19,20]. Pourtant les récurrences locales semblent être un facteur de risque péjoratif de survie globale [25]. Par ailleurs, un tiers des STM de haut grade récidivent malgré un contrôle local satisfaisant [12].

De nombreuses classifications pronostiques ont été développées par les sociétés ayant autorité en cancérologie (Union internationale contre le cancer [UICC], FNCLCC, JOA, SIN) (Tableau 1).

Le système consensuel Français de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC) [27,28] est basé sur le modèle de l'UICC [29]: résidus macroscopiques (R2), résidus microscopiques potentiels (R1), résection « in sano » (R0). Ces données sont intégrées lors d'une réunion pluridisciplinaire où un plan thérapeutique est décidé. Les travaux de Stoeckle et al. ont montré l'intérêt de ce type d'approche [6,7]. La classification japonaise [26] est aussi fondée sur les marges [14,30], et adaptée à l'histotype, au tissu entourant la tumeur, à chimiothérapie et au caractère primaire ou récidivant. Engellau et al. proposent un système [12] qui prend en compte en outre les limites de la prolifération tumorale [31] définies comme « infiltrative » (mal limitées) ou « pushing » (bien limitées) (Fig. 1).

L'hypothèse de cette étude est que dans les marges fines (moins de 1 mm), les limites de prolifération et la présence

de nodules satellites influencent le risque de récurrence locale et la survie globale sans maladie.

Une étude rétrospective monocentrique de 105 patients opérés à visée curative a été conduite. Les marges ont été classées selon la FNCLCC « R » et selon une classification modifiée « RM », qui prenait en compte les limites de prolifération et les nodules satellites pour les marges fines.

Patients et méthodes

Une série consécutive de 189 patients opérés à but curatif entre janvier 2000 et janvier 2007 a été étudiée. La collecte des données a été faite rétrospectivement par un observateur indépendant. La date de dernier recul était janvier 2010. Le suivi médian était de 42 mois (écart interquartile : 24–60 mois). Il n'y a pas eu de perdus de vue.

Les critères d'inclusion étaient tout patient adressé pour un sarcome des tissus mous des extrémités ou du tronc, pris en charge à but curatif.

Ont été exclus 84 patients selon les critères suivants :

- les liposarcomes de bas grade « lipoma-like » (47 patients) ;
- l'absence de respect des standards, options et recommandations publiés par le Groupe sarcome français [32,33], (24 patients) ;
- la chirurgie palliative (R2 planifiée) (13 patients).

La série analysée comportait 105 patients. L'âge médian était de 59 ans (14–88). Il y avait 58 hommes et 47 femmes (ratio 1,2:1). La taille moyenne des tumeurs était de 8 cm (1–25 cm). Les lésions étaient situées aux membres inférieurs et à la ceinture pelvienne dans 84 cas (80%), 65 d'entre elles étaient à la cuisse et à la fesse, 19 à la jambe et au pied. Vingt cas (19%) étaient au membre supérieur et à la ceinture scapulaire, 13 d'entre elles étaient au bras et à l'épaule, sept à l'avant bras et à la main. Il y avait un cas de localisation au tronc. La présentation des lésions était primitive dans 84 cas (80%) et récidivante dans 21 cas (20%). Vingt-six tumeurs (25%) étaient superficielles ou sus-aponévrotiques et 79 (75%) étaient profondes ou sous-aponévrotiques (Tableau 2).

En accord avec la littérature [34], les histiocytome fibreux malins, les sarcomes indifférenciés et pléomorphes ont été regroupés. Ces lésions représentaient le type histologique le plus fréquent (50 patients : 48%) devant les léiomyosarcomes (12 cas, 11%) et les synoviosarcomes (dix cas, 10%). Le grading histologique a été conduit selon le système de la FNCLCC [27,28]. Cinquante-neuf lésions (56%) étaient de grade III, 29 (28%) étaient de grade II et huit (8%) étaient de grade I.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4091009>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4091009>

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