



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Mise au point

Chirurgie des sarcomes des tissus mous des membres et de la paroi du tronc



Surgery for soft-tissue sarcomas of the limbs and trunk wall

E. Stoeckle^{a,*}, A. Michot^a, B. Henriques^b, P. Sargos^b, C. Honoré^c, G. Ferron^d, P. Meeus^e, F. Babre^f, S. Bonvalot^g

^a Service de chirurgie, institut Bergonié, 229, cours de l'Argonne, 33076 Bordeaux cedex, France

^b Service de radiothérapie, institut Bergonié, 229, cours de l'Argonne, 33076 Bordeaux cedex, France

^c Service de chirurgie, institut Gustave-Roussy, 114, rue Édouard-Vaillant, 94805 Villejuif cedex, France

^d Service de chirurgie, institut universitaire du cancer de Toulouse, 1, avenue Irène-Joliot-Curie, 31059 Toulouse cedex 9, France

^e Service de chirurgie, centre Léon-Bérard, 28, rue Laënnec, 69373 Lyon cedex, France

^f Service d'anesthésie-réanimation, institut Bergonié, 229, cours de l'Argonne, 33076 Bordeaux cedex, France

^g Service de chirurgie, institut Curie, 26, rue d'Ulm, 75248 Paris, France

INFO ARTICLE

Mots clés :

Sarcome des tissus mous
Chirurgie
Qualité de résection
Résultats fonctionnels
Réseau clinique

Keywords:

Soft-tissue sarcoma
Surgery
Resection quality
Functional outcome
Clinical network

RÉSUMÉ

Les sarcomes des tissus mous des membres et de la paroi du tronc forment un groupe hétérogène de tumeurs dont la prise en charge tend à s'individualiser. Le chirurgien amené à les opérer doit les connaître parfaitement afin d'apporter le traitement adéquat. La prise en charge initiale est d'importance primordiale pour la réussite du traitement et comporte une IRM, une biopsie au trocart et l'adressage du patient à un centre spécialisé membre du réseau NETSARC. La chirurgie d'exérèse est planifiée en concertation pluridisciplinaire (RCP), permettant de déterminer le moment et l'étendue de l'exérèse dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire et d'anticiper les gestes de reconstruction. Un compte rendu opératoire standardisé résume les critères (i.e. tumeur vue, effraction tumorale ?) utiles à l'appréhension de la qualité de l'exérèse. En réunion de concertation pluridisciplinaire, ces critères chirurgicaux sont confrontés aux marges péritumorales mesurées sur la pièce opératoire par le pathologiste pour définir collectivement la qualité d'exérèse. Celle-ci est exprimée qualitativement en type de résection R (R0, R1, R2). La qualité de l'exérèse détermine directement le risque de rechute locale des sarcomes, situé entre 10 et 20 % à 5 ans dans des centres spécialisés, avec comme objectif de tendre vers 10 %. Une réhabilitation précoce contribue à une meilleure fonctionnalité. Réussir la bonne adéquation entre l'exérèse carcinologique et la préservation fonctionnelle dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire est sous-tendue par l'expérience du chirurgien dans ce domaine. Une formation spécifique se concluant par un diplôme universitaire sarcomes est prévue prochainement en France.

© 2016 Société française de radiothérapie oncologique (SFRO). Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Soft-tissue sarcoma of the limbs or the trunk wall determine a heterogeneous group of tumours that tends to receive a more individualized approach. The surgeon in charge with soft-tissue sarcoma has to be familiar with these tumours in order to deliver an adequate treatment. Most important is the initial diagnostic procedure, comprising imaging with MRI, a core needle biopsy, and in France, referral to a centre of expertise within the clinical network NETSARC. Prior to surgery, a multidisciplinary conference determines its moment and the extent of surgical resection within the frame of a multidisciplinary approach, and also plans reconstructive surgery, when needed. A standardized operative report summarizes items necessary to describe the resection quality (i.e. tumour seen, tumour infiltrated?). In multidisciplinary staff meetings, they are compared to margins measured by the pathologist on the

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : e.stoeckle@bordeaux.unicancer.fr (E. Stoeckle).

operative specimen. Hence, resection quality is determined collegially and defined by resection type R (R0, R1, R2) as a qualitative result. The quality of resection directly determines the 5-year risk of local recurrence, estimated between 10 and 20% in specialized centres, with the objective to attain 10%. Early rehabilitation favours better functional outcome. The surgeon's experience with soft-tissue sarcoma, as part of a multidisciplinary treatment, is key in achieving the best adequacy between oncological resection and favourable functional outcome. In France, a specific university course for soft-tissue sarcoma will be set-up.

© 2016 Société française de radiothérapie oncologique (SFRO). Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Les sarcomes des tissus mous des membres et de la paroi du tronc représentent les localisations les plus fréquentes des sarcomes des tissus mous (environ les deux tiers). De par leurs caractéristiques similaires requérant une prise en charge semblable, ils peuvent être regroupés dans une même description. La chirurgie des sarcomes des tissus mous des membres est une chirurgie conservatrice du membre, dans un contexte de prise en charge multidisciplinaire. Par extension, au niveau de la paroi du tronc, c'est une chirurgie conservatrice de la fonction.

L'objectif de la chirurgie est d'enlever la tumeur en bloc, entourée d'une marge de tissu sain, tout en préservant la fonction du membre. Ce sont deux objectifs contradictoires. Pour réussir ce compromis, chirurgie carcinologique/préservation fonctionnelle, le chirurgien doit tenir compte des caractéristiques tumorales (siège, taille, extension et rapports anatomiques, croissance et biologie tumorales) ; il doit aussi tenir compte du patient (âge, maladies associées), il doit anticiper les conséquences de la chirurgie sur les suites (morbidité) et leur impact sur le déroulement thérapeutique et enfin, il doit prendre en compte l'impact respectif des autres moyens thérapeutiques pour convenir en réunion de concertation pluridisciplinaire de la séquence thérapeutique la plus appropriée au patient. En effet, en 2013 l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a classé les sarcomes des tissus mous en 70 types histologiques et 113 sous-types [1]. Cette vaste gamme tumorale, allant de la tumeur de malignité intermédiaire au sarcome hautement agressif, est constituée de tumeurs ayant chacune sa sensibilité propre aux divers traitements, ce qui revient à devoir adapter la stratégie thérapeutique au cas individuel ; on parle de traitement personnalisé. Par ailleurs, l'organisation en réseau national des sarcomes des tissus mous depuis 6 ans constitue un progrès majeur dans la prise en charge des sarcomes en France. La

première avancée a été constituée par l'instauration de la double lecture anatomopathologique des sarcomes des tissus mous dans le Réseau de référence de pathologie des sarcomes des tissus mous et des viscères (RRePS, <https://www.rreps.sarcomabcb.org>), maintenant effective dans 78 % des nouveaux cas de sarcomes des tissus mous vus en France [2]. Grâce à la double lecture, les erreurs diagnostiques, pouvant atteindre 6 à 25 % des cas, avec des faux positifs et des faux négatifs dans respectivement 10 % et 4 %, sont devenues rares [3–6]. L'autre percée est la mise en réseau de la prise en charge clinique des sarcomes dans NETSARC (<https://www.netsarc.sarcomabcb.org>). Ce réseau, réunissant cliniciens, imageurs, pathologistes, épidémiologistes, assistants de recherche a contribué à homogénéiser les pratiques cliniques. Grâce à un monitoring permanent des activités il suit quasiment en instantanées les pratiques, permettant des ajustements rapides. Ainsi, l'objectif d'obtenir 50 % de prise en charge initiale selon les recommandations (IRM, biopsie et réunion de concertation pluridisciplinaire avant la chirurgie ; Tableau 1) a été atteint en 2015. Soixante-dix pour cent des sarcomes sont désormais pris en charge dans le cadre du réseau.

Dans ce contexte d'une maladie à facettes multiples, de la nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire et d'un cadre national en réseau, il va de soi que le chirurgien amené à prendre en charge les sarcomes des tissus mous doit les connaître dans le détail. Des règles ont été établies en Europe avec la contribution d'experts français [7,8] (Tableau 1). Le non-respect des règles de prise en charge des sarcomes au tout début (pas d'imagerie, pas de biopsie, exérèse non planifiée) peut constituer une perte de chances pour ces patients [9]. En outre, respecter les recommandations est efficace en termes de coût [10]. Et pourtant, 20 % des sarcomes opérés en Aquitaine, Midi-Pyrénées et Pays-de-Loire l'ont encore été sans imagerie préalable et 48 % sans biopsie selon une enquête récente [11].

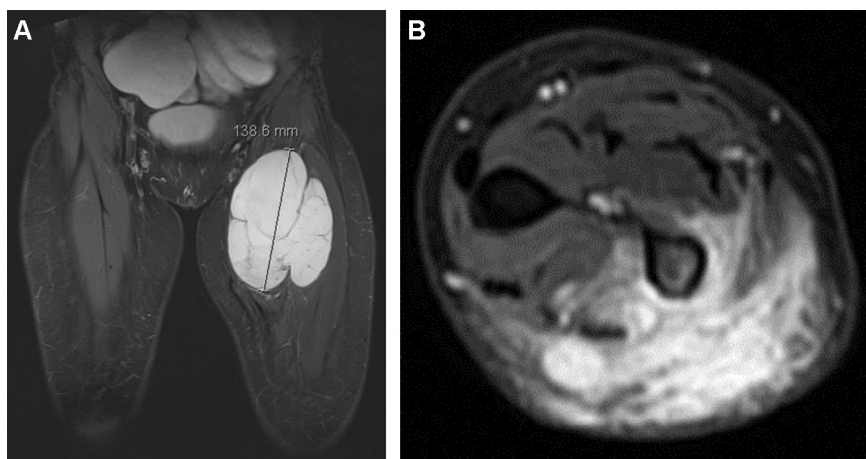


Fig. 1. Sarcomes des tissus mous : aspects IRM. A. Sarcome « poussant », bien limité, refoulant les tissus. B. Sarcome infiltrant, envahissant les tissus adjacents.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5525996>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5525996>

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