



Résections-reconstructions pour tumeurs osseuses malignes du membre supérieur

Resection-reconstruction of upper limb bone tumours

P. Anract (Professeur des Universités, praticien hospitalier) *,
B. Tomeno (Professeur des Universités, praticien hospitalier)

*Service de chirurgie orthopédique, hôpital Cochin, AP-HP, université Paris V,
27, rue du Faubourg-Saint-Jacques, 75014 Paris, France*

MOTS CLÉS

Tumeurs osseuses ;
Tumeur à cellules
géantes ;
Chondrosarcome ;
Ostéosarcome ;
Sarcome d'Ewing ;
Transfert de la fibula ;
Prothèse articulaire ;
Sarcomes

Résumé Les tumeurs osseuses et des parties molles malignes du membre supérieur sont moins fréquentes que celles du membre inférieur (un tiers versus deux tiers) ; elles sont alors essentiellement localisées à l'épaule et, plus particulièrement, à l'humérus proximal. Pour ces localisations, une résection conservatrice est possible dans plus de 80 % des cas. En revanche, pour les tumeurs plus distales, au niveau et en dessous du coude, quand il existe un envahissement extraosseux, la conservation du membre est souvent compromise. Dans la majorité des cas, il est indispensable d'effectuer une biopsie avant le traitement définitif de la tumeur. Par ailleurs, avant tout traitement, un bilan d'extension locorégional doit être effectué afin de préciser : les limites de la tumeur dans l'os et les parties molles, ses rapports avec les articulations et les paquets vasculonerveux. Après résection totale de la scapula, la reconstruction consiste à suspendre l'humérus à la clavicule ou au gril costal. Les prothèses et les allogreffes massives de scapula sont peu utilisées. Les résections de l'extrémité supérieure de l'humérus avec conservation du deltoïde permettent une reconstruction composite avec prothèse inversée, allogreffe massive ou prothèse composite humérale. Les résections de l'humérus proximal avec sacrifice du deltoïde sont, au mieux, reconstruites par arthrodèse omohumérale (avec allo- et autogreffe). Après résection de la diaphyse humérale, la reconstruction fait appel à des baguettes d'allo- et d'autogreffe associées à une ostéosynthèse. Les résections au niveau du coude sont suivies d'une reconstruction par arthrodèse ou prothèse massive ; l'utilisation d'une allogreffe massive est aussi possible. Pour le radius distal, après résection, la reconstruction est effectuée par une arthrodèse entre l'extrémité inférieure du radius et la première rangée des os du carpe. Les alternatives sont : le greffon de fibula vascularisé et l'allogreffe massive utilisés pour une arthrodèse, ou une arthroplastie. Pour l'ulna distal, il n'est pas nécessaire d'effectuer de reconstruction. Les tumeurs malignes primitives osseuses sont exceptionnellement localisées à la main ; dans ce cas, elles touchent essentiellement les métacarpiens. Les résections conservatrices sont rarement possibles et il est habituellement nécessaire de réaliser une amputation complète ou partielle de la main afin d'obtenir des marges de résection saines.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : philippe.anract@cch.aphp.fr (P. Anract).

KEYWORDS

Bone neoplasms;
Giant cell bone
tumour;
Chondrosarcoma;
Osteosarcoma;
Ewing's sarcoma;
Fibula transplantation;
Joint prosthesis;
Sarcoma surgery

Abstract Malignant bone and soft-tissue tumours are less common in the upper limb than in the lower limb (ratio 1:2). They mainly affect the shoulder, particularly the proximal humerus. Limb-sparing surgery may be considered in about 80% of patients with malignant shoulder tumours. In contrast, in patients with more distal malignancies (at the elbow level, or below) that involve extraosseous tissue, amputation is frequently required. A biopsy must be performed prior to treatment of the tumour, together with investigations aimed at assessing the tumour extension in the bone and soft tissues, the relationships between the tumour and the joints, vessels and nerves, the regional spread, and potential metastatic disease. After scapulectomy, the proximal humerus is suspended to the clavicle or ribs. Massive scapular prostheses or allografts are rarely used. When the proximal humerus can be resected without removing the deltoid muscle, reconstruction can be achieved using a composite inversed Delta prosthesis, a massive allograft, or a composite humeral prosthesis. When deltoid excision is required, scapulohumeral arthrodesis with allogeneic and autologous grafting is performed. After resection of the humeral diaphysis, reconstruction relies on allogeneic and autologous graft implantation with internal fixation. For elbow reconstruction, arthrodesis, massive prosthesis, or massive allograft is generally used. For reconstruction of the distal radius, we usually perform arthrodesis of the distal radius to the first row of carpal bones. Alternatives include implantation of a vascularized fibular graft and massive allografting for arthrodesis or arthroplasty. After resection of the distal ulna, reconstruction is not necessary. Primary bone malignancies of the hand are more rare; they usually involve metacarpal bones. Conservative resection is rarely feasible, and most patients require complete or partial hand amputation to obtain tumour-free margins.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Généralités

Les tumeurs osseuses et des parties molles malignes du membre supérieur sont moins fréquentes que celles du membre inférieur (un tiers versus deux tiers) ; elles sont alors essentiellement localisées à l'épaule. Pour cette localisation, une résection conservatrice est possible dans plus de 80 % des cas. En revanche, pour les tumeurs plus distales, au niveau et en dessous du coude, quand il existe un envahissement extraosseux, la conservation du membre est souvent compromise.¹ La possibilité de conservation du membre est appréciée sur les éléments fournis par l'examen clinique, les radiographies, la tomодensitométrie (TDM), l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et une éventuelle angio-IRM.¹

Point fort

Les reconstructions qui suivent la résection ont la particularité de ne pas être soumises au poids du corps. En revanche, les fonctions qu'elles doivent assurer sont plus complexes qu'au membre inférieur. Par ailleurs, il convient de savoir que les amputations du membre supérieur ont des conséquences fonctionnelles beaucoup plus sévères que celles engendrées par les amputations du membre inférieur.

Bilan et biopsie

Dans la majorité des cas, il est indispensable d'effectuer une biopsie avant le traitement définitif d'une tumeur, *a fortiori si elle est maligne*. Cette biopsie va permettre de procurer un diagnostic histologique. La biopsie peut être réalisée à « ciel ouvert » ou par voie percutanée sous contrôle radiologique. Dans ce cas, le point de biopsie est tatoué à l'aide d'un marqueur utilisé pour le repérage des champs de radiothérapie. Il convient de rappeler que le trajet de la biopsie doit pouvoir être excisé en bloc avec la tumeur lors de la résection, qu'il ne doit pas exposer les paquets vasculo-nerveux ni les articulations. Pour la scapula, le trajet de cette biopsie doit se situer sur celui de la future incision choisie pour la résection. Pour l'humérus proximal, il est préférable de choisir un trajet direct au travers des fibres du tiers antérieur du deltoïde afin de limiter la diffusion de l'hématome et de ne pas contaminer l'espace deltopectoral.²

S'il s'agit d'une tumeur maligne, des métastases sont recherchées à l'aide d'une TDM pulmonaire avec injection de produit de contraste et d'une scintigraphie osseuse au technétium corps entier. Pour le sarcome d'Ewing, une biopsie médullaire est réalisée en plus de ce bilan.

Avant tout traitement, un bilan d'extension loco-régional doit être effectué afin de préciser les limites de la tumeur dans l'os et les parties molles, ses rapports avec les articulations et les paquets

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9351937>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9351937>

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