



RECOMMANDATION POUR LA PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE DES SARCOMES DE L'ENFANT ET DE L'ADULTE - Généralités

Recommandations du groupe Tumeur osseuses de la
SFCE et du GSF/GETO

Rédacteur : François Guoin

Relecteurs : Gualter Vaz

Validation par le GROUPOS : juin 2017



TITRE

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES SARCOMES OSSEUX. GENERALITES

VERSION ET DATE

V1 mars 2017

RECOMMANDATIONS

La biopsie diagnostique doit obéir strictement aux règles oncologiques de la prise en charge des tumeurs osseuses. Elle doit être programmée et réalisée par l'équipe pluridisciplinaire prenant en charge le patient (chirurgien, radiologue, anatomopathologiste).

Le moment de réalisation de la chirurgie et le type de chirurgie doivent être discutés en RCP spécialisée et adaptée (RCP ResOs // RCP Pédiatrie PI // RCP national Cirtal // RCP national Traitements locaux des Ewing) : ils intégreront le type de sarcome, sa localisation anatomique, le terrain, la réponse aux éventuels traitements pré-opératoires, le projet thérapeutique global.

Les interventions chirurgicales de résection et reconstruction pour sarcome osseux doivent être pratiquées par des chirurgiens orthopédistes familiarisés avec ce type de pathologie, travaillant dans un environnement qui permette d'optimiser le résultat oncologique de l'intervention (participation à une RCP sarcome, collaboration étroite avec les équipes d'anatomo-pathologie, d'imagerie, d'oncologie et radiothérapie spécialisées).

Les équipes pédiatriques en charge de la chirurgie des enfants/adolescents doivent pouvoir assurer la continuité de prise en charge à moyen et long terme. L'idéal pour ces équipes est d'être intégrées à un groupe AJA et de pouvoir organiser le suivi à long terme en collaboration avec une équipe de chirurgie orthopédie oncologique adulte.

L'imagerie qui guide l'intervention doit nécessairement être adaptée (au minimum radiographies, IRM et / ou TDM) et réalisée dans un délai pré-opératoire en rapport avec le profil évolutif de la maladie. La technique utilisée doit être adaptée aux réponses attendues : injection de gadolinium, séquences adaptées, image de l'os dans sa totalité, angio IRM et TDM... Elle doit impérativement être refaite ou complétée sans retarder la prise en charge thérapeutique si elle ne répond pas aux exigences techniques.

Dans tous les cas, une résection complète, monobloc et large (wide / radical marges selon Enneking, ou marges R0 selon la classification UIC) doit être privilégiée :

- ✘ le trajet de biopsie doit être inclus dans la résection chaque fois qu'il est identifiable (importance de la biopsie par l'équipe qui prendra en charge la phase thérapeutique)
- ✘ les gestes de réduction tumorale ou intra-lésionnels ou fragmentés sont inadaptés et n'ont pas de place
- ✘ la résection doit assurer le compromis optimal entre une résection R0 et une préservation des capacités fonctionnelles sachant que le contrôle oncologique est l'objectif principal et absolu
- ✘ des techniques de reconstruction doivent être envisagées chaque fois que nécessaire et possible, mais le contrôle oncologique est plus important que la préservation de la fonction
- ✘ la morbidité de chaque option pour le contrôle local oncologique et pour la reconstruction doit être considérée par l'ensemble de l'équipe multidisciplinaire ; les choix chirurgicaux intégreront ainsi la nécessité éventuelle de traitements néo-adjuvants ou adjuvants (exemple, intégrer le risque accru d'échec de reconstructions biologiques en cas de radiothérapie adjuvante nécessitée par une résection R1 programmée)

Le chirurgien transmet au pathologiste avec la pièce de résection, tous les éléments nécessaires à son évaluation ;

- ✘ les modalités de conditionnement et de transport de la pièce d'exérèse ont été définies conjointement
- ✘ les données sur la tumeur, la biopsie, les traitements néo-adjuvants, l'intervention chirurgicale, et orientation précise de la pièce
- ✘ les informations chirurgicales oncologiques importantes à l'évaluation de la marge doivent être précisées. Au mieux seront utilisés les CRO standardisés Groupos (cf annexe) ; dans tous les cas le CRO doit intégrer au minimum : - taille dans le plus grand axe de la tumeur - tumeur vue (oui / non) - résection monobloc (oui/ non) - effraction tumorale (oui/non) - reliquat tumoral macroscopique (oui / non)

La classification définitive des marges sera réalisée conjointement par le chirurgien et l'anatomo-pathologiste au mieux en RCP spécialisée.