

Tumeurs malignes de l'enfant

Le rôle du chirurgien

H Martelli

CHU Bicêtre – Paris XI

Introduction

Même si la plupart des tumeurs malignes de l'enfant nécessitent un traitement par chimiothérapie, un **traitement local adéquat** reste un enjeu majeur, le plus souvent déterminant dans le succès de la thérapeutique.

Le chirurgien

- Est un des acteurs de l'équipe **pluridisciplinaire** qui prend en charge l'enfant atteint de cancer
- Son rôle est **décisif à plusieurs moments du traitement**
- Il doit **connaître l'ensemble des traitements** qui peuvent être utilisés

Biopsie (1)

- **A l'aiguille fine** : ne permet que la cytologie
- **Tru-cut**
 - carotte de tissu,
 - plusieurs passages sont possibles (au moins 3)
 - Guidée par le scan ou l'écho
- **Chirurgicale**
 - à ciel ouvert ou en coelioscopie / Ne pas faire de dissémination

Prévenir l'anatomopathologiste +++

Biopsie (2)

Si possible envoyée fraîche au labo

- Histologie standard
- Immuno-histochimie
- Revue centralisée
- Biologie moléculaire
- Cytogénétique
- Banque de tissus

**Si la fixation est nécessaire :
Formol, jamais de Bouin**

Biopsie (3)

- La **biopsie - exérèse** (excisional biopsy) n'est possible que pour les petites lésions à condition que les marges soient saines (R0)
- Le plus souvent : biopsie partielle (incisional biopsy)
- L'incision de la biopsie doit pouvoir être réséquée lors de la chirurgie de résection

Les différents types de résection

- **R0** : résection microscopique complète
- **R1** : résection microscopique incomplète
- **R2** : résection macroscopique incomplète

Chirurgie première

- But : **résection R0**
- Tumeur localisée sans métastase
- Discuter de « **l'opérabilité** »
 - Imagerie
 - Discussion avec les radiologues , les oncologues (néphroblastome : chimiothérapie première)
 - Jamais de chirurgie « mutilante » (= source de séquelles anatomiques, fonctionnelles ou cosmétiques)

Chirurgie « mutilante »

- **Exentération orbitaire**
- **Hystérectomie**
- **Prostatectomie**
- **Cystectomie**
- **Amputation de membre**
- **Exérèse musculaire extensive**

Exemples de chirurgie première

- **Tumeurs germinales ovariennes ou testiculaires**
 - geste chirurgical selon aspect bénin ou malin
 - marqueurs
- **Rhabdomyosarcome paratesticulaire, du dôme vésical, petit RMS du tronc ou des membres**
- **Neuroblastome localisé**
- **Sarcomes des membres peu chimiosensibles**

Reopération première (primary re-operation)

- **But : résection R0 dans une tumeur déjà enlevée avec résection micro incomplète (R1)**
- **Avant une éventuelle chimiothérapie**
- **Sarcomes du tronc, des membres**
- **RMS paratesticulaires**

Chirurgie secondaire après CT (1) (secondary or delayed operation)

- **Le + souvent la CT première**
 - Réduit le volume tumoral
 - Réduit la vascularisation
 - Diminue le risque de rupture tumorale
 - Permet une chirurgie conservatrice
- **Sa date dans l'ensemble du tt doit être discutée avec les oncologues**

Chirurgie secondaire après CT (2)

- Constitue le **principal traitement local** chez l'enfant
- Mais ne pas oublier :
 - Radiothérapie externe (le moins possible)
 - **Curiethérapie +++**
- Prévoir les **gestes de prévention** de la RT/CT
 - Transposition ovarienne
 - Ballons ou filets abdomino pelviens
 - Conservation ovarienne/testiculaire

Chirurgie secondaire après CT (3)

- **Toujours indiquée dans tumeurs osseuses, hépatoblastomes, néphroblastomes**
- **Associée à la radiothérapie (curiethérapie +++) dans les RMS vésico-prostatiques**
- **Non indiquée en cas de rémission complète clinique et radiologique dans certains RMS**

Chirurgie des rechutes et des métastases

- **Après nouvelle CT si la T était chimio-sensible**
- **La chirurgie « mutilante » est justifiée**
- **Chirurgie des métastases pulmonaires uniques ou multiples (wedges) ou d'une métastase hépatique**

Soins de supports

- **Cathéters centraux : Sites > Broviac**
- **Gastrostomie**
- **Prévention des complications de la RT**
 - **Transposition ovarienne**
 - **Ballons ou filets abdominaux pelviens**
- **Conservation ovarienne /testiculaire**

Transposition ovarienne

- **En vue de radiothérapie pelvienne:** dans les gouttières pariéto-coliques:ovaire pédiculisé sur le ligament lombo ovarien
- **En vue de curiethérapie vaginale ou vésicale:** temporaire, pas de section des ligaments



Cryo préservation ovarienne ou testiculaire

- **Avant intensification (alkylants+++):
neuroblastomes...**
- **Prélèvement d'un ovaire entier (par
coelioscopie ou lors de l'exérèse de
la T primitive)**
- **Prélèvement testiculaire**

**Merci à
Agnès
Liard**

Conclusion

La connaissance, par le chirurgien, de **l'ensemble du protocole de traitement** et son implication dans **l'équipe multidisciplinaire** sont indispensables non seulement pour augmenter la survie mais aussi pour diminuer les séquelles à long terme