

# TUMEURS OSSEUSES

Prise en charge des adolescents et jeunes adultes

LES REFERENTIELS

# Tumeurs osseuses



Version validée : avril 2014

AJATOS0414

<b>Cible(s)</b>	Spécialités de la pathologie concernée.
<b>Rédacteur(s)</b>	Jean-Yves Blay, oncologue, Centre Léon Bérard; Radiothérapeute; Line Claude, radiothérapeute, Centre Léon Bérard; Perrine Marec-Bérard, pédiatre, IHOP; Marie-Pierre Sunyach, radiothérapeute, Centre Léon Bérard; Philippe Thiesse, radiologue, Centre Léon Bérard;
<b>Contributeur(s)</b>	Membres de la plénière du « date de la plénière » (cf. liste des contributeurs : « indiquer le lien du site »)



## Sommaire du référentiel

<b>Bilan initial: Ostéosarcome</b> .....	<b><u>4</u></b>
<b>Bilan initial: PNET/Ewing</b> .....	<b><u>5</u></b>
<b>Biopsie</b> .....	<b><u>6</u></b>
<b>Traitement néoadjuvant</b> .....	<b><u>7</u></b>
<b>Geste local</b> .....	<b><u>8</u></b>
<b>Traitement adjuvant</b> .....	<b><u>9</u></b>
<b>Bilan de fin de traitement</b> .....	<b><u>10</u></b>
<b>Suivi au long cours</b> .....	<b><u>11</u></b>
<b>Soins de support et prise en charge adaptée AJA</b> .....	<b><u>12</u></b>

## Bilan initial Ostéosarcome

- La prise en charge des sarcomes osseux est une **urgence relative**, le délai entre l'imagerie diagnostique et **la mise en traitement doit être inférieur à 3 semaines.**

Le Bilan initial doit comporter:

- Radiographies simples
- Examen clinique complet
- Scintigraphie osseuse
- Scanner Thoracique
- IRM du segment osseux complet
- +/- Petscan (non systématique)

## Bilan initial PNET/Ewing

- La prise en charge des sarcomes osseux est une **urgence relative**, le délai entre l'imagerie diagnostique et **la mise en traitement doit être inférieur à 3 semaines.**

Le Bilan initial doit comporter:

- Radiographies simples
- Examen clinique complet
- Scintigraphie FDG ou Tc99 a défaut
- Scanner Thoracique
- IRM locale
- Bilan médullaire: cytoponctions médullaires (2 sites étalés et poolés tube EDTA) et 2 BOM (prélèvement à distance d'un os malade)

## Biopsie

- Organisation et validation en RCP « tumeurs osseuses » ou « sarcome »
- Chirurgicale
  - par le chirurgien qui opérera le patient
- Microbiopsie radioguidée
  - par radiologue entraîné
  - En lien avec le chirurgien pour validation du trajet de biopsie (validation RCP)
  - Tatouage du trajet de biopsie
  - Minimum 6 carottes afin de disposer de matériel pour études biologiques

# Traitement néoadjuvant

- **OSTEOSARCOMME DE HAUT GRADE** : ESSAI THERAPEUTIQUE **OS 2006** (maladie localisée ou métastatique opérable ; selon âge : protocole MTX/VP-IFO (<21a) ou API/AI (> ou = 21a) / traitement « selon », pour les patients non opérables
- **SARCOMME D'EWING** : ESSAI THERAPEUTIQUE **EURO EWING 99** (maladie localisée ou métastatique pulmonaire) / recommandations pour les patients métastatiques os et/ou MO (selon futur protocole « R3 »)
- **Autres types de sarcomes osseux**: Pas d'indication théorique
- **Cas particuliers** :
  - OSTEOSARCOMME DE BAS GRADE : chirurgie seule après relecture
  - OSTEOSARCOMME A PETITES CELLULES : traitement de sarcome d'Ewing
  - EWING SOUS CUTANES : recommandations de prise en charge GROUPOS
  - OSTEOSARCOMES de SURFACE : recommandations de prise en charge GROUPOS

## Geste local

- Validation en RCP régionale ou nationale
- **Chirurgie**
  - selon recommandations GROUPOS
- **Radiothérapie**
  - Ostéosarcome:
    - Pas d'indication théorique
    - Discuté dans certaines situations (SOR)
  - Ewing:
    - selon recommandation GROUPOS



## Traitement adjuvant

adapté à la réponse histologique à la chimiothérapie néoadjuvante et au stade initial

- **OSTEOSARCOMME DE HAUT GRADE** : OS 2006 : bras bon répondeur ou mauvais répondeur – métastatique de chaque protocole MTX/VP-IFO ; API/AI
- **SARCOMME D'EWING** :
  - **Schéma EURO EWING 99** :
    - 8 VAC risque standard (BR et R0 chirurgical)
    - 8 VAI haut risque (MR, resection non optimale, métastatiques pulm)
  - **Schéma COMBINAIR 3** pour les patients métastatiques os et MO

## Bilan de fin de traitement

- A réaliser 1 mois après la dernière cure de chimiothérapie
- Doit comporter :
  - clichés standard du site primitif ou IRM si elle est possible
  - TDM thoracique (si positif ou douteux au Dg)
  - Scintigraphie FDG ou a défaut Tc99 (selon bilan Dg)
  - Examens spécifiques de dépistage des toxicités d'organe
  - Prélèvements protocolaires dans le cadre des bilans de fin de traitement pour pts inclus dans des essais thérapeutiques

## Suivi au long cours

- SELON LES RECOMMANDATIONS PROTOCOLAIRES

## Soins de support et Prise en charge adaptée pour les AJA

- Prophylaxie pneumocystose
- Préservation de la fertilité
- Prise en charge nutritionnelle dès le début du traitement spécifique
- Prise en charge psycho sociale
- Anticipation de la réadaptation fonctionnelle si nécessaire en partenariat avec orthopédistes et praticiens de médecine physique et réadaptation et kinésithérapeutes
- Dépistage des difficultés d'insertion socio-professionnelle et mise en contact si besoin avec le service d'aide à la réinsertion et orientation professionnelle