

ONCOLOGIE

Sarcomes des tissus mous canins : un abord chirurgical plus conservateur est-il possible ?

Article analysé

Del Magno S et al. Evaluation of the neoplastic infiltration of the skin overlying canine subcutaneous soft tissue sarcomas: an explorative study. *Vet Comp Oncol* 2021;19(2):304-10.

Olivier Keravel

EIFFELVET, Paris.

Résumé de l'article

Cet article s'intéresse à la présence ou l'absence d'infiltration cutanée tumorale en périphérie des sarcomes des tissus mous canins, partant du principe qu'en cas d'absence d'infiltration, une chirurgie plus conservatrice pourrait être envisagée (c'est-à-dire sans viser nécessairement une incision latérale à 3 cm des limites de la tumeur avec un plan sain en profondeur), étant entendu qu'une telle chirurgie "carcinologique" est souvent complexe, voire impossible techniquement (en particulier sur les localisations distales aux coudes et grasset). L'analyse montre que le derme en regard de la tumeur est infiltré dans 51,7 % des 29 cas dont 100 % des grades II et III mais aussi 36,0 % des grades I. Ainsi paraît-il difficile d'envisager un abord chirurgical plus conservateur des sarcomes des tissus mous à la lecture de cet article.

Contextualisation en médecine vétérinaire

Les sarcomes des tissus mous sont un véritable "défi thérapeutique" que ce soit chez le chien, le chat ou l'Homme, et ce malgré leur agressivité en général locale, en raison d'une forte tendance à

la récurrence post-prise en charge "locale", sans compter la possibilité de dissémination métastatique, avant tout lymphatique locale (ganglion de drainage), voire hématogène à distance (poumons). En médecine vétérinaire, le *gold standard* thérapeutique consiste à associer une chirurgie à visée curative, précédée, dans la mesure du possible, d'un scanner préchirurgical, avec une radiothérapie externe adjuvante postopératoire, voire per- et postopératoire, tout en adressant si possible l'exploration/traitement du ou des ganglions de drainage. Il existe en médecine vétérinaire un *grading* histologique des sarcomes des tissus mous canins (I à III) avec possibilité d'un contrôle local chirurgical satisfaisant des grades I, y compris en cas de chirurgie marginale (7 à 17 % de récurrence).

Ces éléments étant connus, de nombreuses questions restent à ce jour sans réponse satisfaisante disponible dans la littérature scientifique vétérinaire en ce qui concerne les sarcomes des tissus mous canins, mais aussi félins (*l'avis de l'expert est indiqué pour information*).

Faut-il recommander systématiquement un scanner préchirurgical ?

Oui, en particulier pour la recherche des adénopathies et des métastases à distance, évitant ainsi un geste chirurgical agressif inutile. Non, en cas de grade I préalablement identifié par biopsie et accessible chirurgicalement.

Faut-il faire une biopsie préchirurgicale en vue de connaître le grading histologique au préalable ?

Oui, afin d'objectiver avec certitude l'histologie tumorale, en particulier en raison d'une exfoliation trop aléatoire des cellules tumorales sarcomateuses en cytologie, à condition de planifier la zone de biopsie après réalisation du scanner afin de limiter le risque de dissémination tumorale.

Attention toutefois à relativiser le seul *grading* sans entrer dans le détail du compte-rendu histologique étant donné le continuum entre les grades (un "vrai" grade I sera moins agressif qu'un grade I tendant vers un grade II...) et l'imperfection d'une conclusion/stratégie basée sur le seul chiffre du grade.

Faut-il systématiquement rechercher et retirer chirurgicalement les ganglions de drainage et par quelle technique le cas échéant ?

Oui à l'aide du scanner, étant précisé que de nombreuses techniques d'exploration des ganglions de drainage ont été décrites en médecine vétérinaire, mais restent difficiles à envisager dans un contexte clinique standard (matériel, coût, durée anesthésique, etc.).

Existe-t-il un consensus sur la définition d'une chirurgie carcinologique ?

Non. Une incision périphérique à 3 cm des limites tumorales (macroscopiques ? basées sur l'imagerie scanner ?) avec un plan sain en profondeur reste le *gold standard*. Certains auteurs recommandent des marges de 2 cm. Je recommande personnellement de se baser sur l'imagerie scanner, mais la plupart des articles n'incluent pas de réalisation systématique d'un scanner préchirurgical. Une exérèse carcinologique reste en pratique complexe avec 2 ou 3 cm en périphérie tumorale.

Existe-t-il un consensus sur la définition d'une marge histologique saine ?

Non. L'obtention d'une marge de 5 mm en périphérie tumorale me semble nécessaire, étant donné la non-réalisation en routine en médecine vétérinaire d'une exploration histologique des marges en sections tangentielles à la tumeur, connue pour être plus précise que la réalisation de 2 sections transversales perpendiculaires.

Faut-il utiliser la radiothérapie de façon systématique ?

Oui et non. Je recommande une radiothérapie peropératoire étant donné le "défi thérapeutique" local représenté

par les sarcomes des tissus mous, à l'exception peut-être des grades I identifiés au préalable par biopsie dans des zones accessibles chirurgicalement. Je recommande une radiothérapie externe adjuvante postchirurgicale dès que l'une des marges, périphérique ou profonde, est inférieure à 5 mm.

Existe-t-il des options thérapeutiques "palliatives" alternatives à la chirurgie et/ou à la radiothérapie ?

Non. Certaines sont décrites dans la littérature, mais aucune ne peut être recommandée à ce jour dans la prise en charge thérapeutique à la place du *gold standard*.

Apport de l'article à la problématique de la prise en charge des sarcomes des tissus mous canins

Cet article pose une question jusqu'à présent non adressée dans la littérature : l'infiltration ou non du derme cutané en regard des sarcomes des tissus mous canins. La réponse attendue était non, mais les conclusions sont clairement en faveur du oui, y compris pour les grades I (36 % d'infiltration).

L'article tente de poser une autre question, celle de l'influence de la mobilité cutanée tumorale ressentie par le chirurgien et son influence éventuelle sur l'efficacité de son geste (une peau non mobile pouvant paraître de mauvais pronostic). Dans 45 % des cas où la peau paraît mobilisable une infiltration cutanée histologique est constatée, tandis que l'infiltration est constatée dans 67 % des cas en l'absence de mobilité cutanée macroscopique. Il ne faut donc probablement pas se fier à ce paramètre.

Ces 2 points sont intéressants, car ils renforcent d'autant l'intérêt théorique d'un protocole de radiothérapie adjuvante postchirurgicale devant inclure le territoire cutané en complément du lit tumoral. Mon expérience personnelle, en particulier sur l'utilisation de l'orthovoltage en radiothérapie, va dans ce sens. Ces 2 points renforcent également l'intérêt d'évaluer le pronostic des grades I opérés intentionnellement de façon "marginale" (c'est-à-dire sans tenter de respecter les règles de la chirurgie carcinologique), avec planification préalable d'une radiothérapie adjuvante externe préopératoire incluant les marges et le territoire cutané.

L'incomplétude des marges dans 8 cas sur 29 malgré une sur-représentation des grades I renforce également l'intérêt théorique de la radiothérapie peropératoire afin de tenter de pallier le défi de l'obtention de marges saines, y compris pour une équipe chirurgicale expérimentée.

Conclusion

Plusieurs critiques peuvent être adressées, mais il faut préciser la quasi-impossibilité d'y répondre de façon systématique dans la littérature étant donné les contraintes de la pratique vétérinaire : petite série de 29 cas, un scanner n'a pas été réalisé systématiquement en préopératoire, seuls 6 cas incluent des biopsies préchirurgicales, les marges sont définies comme saines ou infiltrées sans la notion de marges "limites", l'examen histologique des marges n'est pas tangentiel, il existe une sur-représentation des grades I (22/29) cohérente avec les statistiques. ●

O. Keravel déclare ne pas avoir de liens d'intérêts en relation avec cet article.