



**HAL**  
open science

## Prise en charge des tumeurs des parties molles en médecine générale

Perrine Niels-Wassermann

► **To cite this version:**

Perrine Niels-Wassermann. Prise en charge des tumeurs des parties molles en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01688653

**HAL Id: dumas-01688653**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01688653v1>**

Submitted on 19 Jan 2018

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0  
International License

# AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

*Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4*

*Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10*

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES  
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2016

N° 288

THÈSE  
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE  
DOCTEUR EN MÉDECINE

Prise en charge des tumeurs des parties molles en médecine générale

Présentée et soutenue publiquement  
Le 2 décembre 2016

Par

***Perrine NIELS -WASSERMANN***

Née le 1er Octobre 1982 à Levallois Perret (92)

Dirigée par M. Le Professeur David Biau, PU-PH

Jury :

M. Le Professeur Philippe Anract, PU-PH..... Président

M. Le Docteur Marc Soubeyrand, PH

M. Le Docteur Antoine Babinet, PH



Except where otherwise noted, this work is licensed under  
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

## Remerciements

C'est avec une véritable émotion que je souhaite remercier tous ceux qui de près ou de loin m'ont soutenue pendant ces très nombreuses années d'études supérieures (j'en ai compté 16 en prenant en compte mon petit détour par la faculté de droit).

Tout d'abord merci à mon directeur de thèse Monsieur le Professeur David Biau qui a soutenu mon projet et en a étayé la réalisation d'une manière parfaite tant par ses conseils avisés et bienveillants que par sa disponibilité.

Je tiens ensuite à remercier les membres de mon jury pour leur participation : Monsieur le Professeur Philippe Anract, Docteur Antoine Babinet et Docteur Marc Soubeyrand.

A mes professeurs en médecine générale :

Au Docteur Falcoff, mon tuteur à la faculté pour ses conseils.

A mes maîtres de stage en médecine générale : Au Docteur Joëlle Lehmann qui m'a appris la rigueur de l'exercice médical ; au Docteur Philippe Rougee qui m'a tant appris sur la relation médecin-malade.

A mes chefs à l'hôpital en gériatrie à Charles Foix, aux urgences à Saint Antoine et à Cochin, en cardiologie et en pédiatrie à Longjumeau, en gynécologie au Kremlin Bicêtre : Elise Cotto, Florence Durup, Maruan Barri, Sarah Ducrocq, Richard Zeitoun ; la liste ne peut pas être exhaustive...

A mon infirmière préférée du Planning Familial au Kremlin Bicêtre, Geneviève.

Merci à tous ceux qui, au cours de toutes ces années d'études m'ont fait l'honneur de me transmettre une partie de leur savoir médical.

Merci à mes collègues et amis découverts au cours de mes études médicales : Kelly, Mégane, Mélissa, Jeanne, Laurène, Amel, Jeanne-Elisabeth, Pierre-Alexis, Jennyfer et bien sûr Céline ; je n'oublierais jamais à quel point nous avons pu être solidaires.

Merci à mes amies de toujours, Marion, Nadège et Virginie pour leur soutien sans faille.

Enfin, merci à ceux qui me sont les plus chers : mon merveilleux mari Vincent qui m'a fait découvrir la médecine et m'a toujours encouragée et soutenue dans tous les domaines tant professionnels que personnels ; mes formidables parents Annick et Roger (je vous aime tant...), et beaux-parents Mayo et Daniel, ma belle-sœur Carole et mon beau-frère Alain (mention très spéciale à Carole qui m'a permis de diffuser mon questionnaire de thèse à grande échelle ainsi qu'à Daniel pour la relecture professorale de cette thèse, mille mercis).

Sans oublier mes deux petits rayons de soleil Raphaël et Alice.

## TABLE DES MATIERES

Remerciements.....	2
<b><u>PARTIE I : INTRODUCTION</u></b> .....	<b>6</b>
<b>I-1 Tumeurs des parties molles : généralités</b> .....	<b>7</b>
<b>I-1-1 Epidémiologie des tumeurs des parties molles</b>	
<b>I-1-2 Différents types de tumeurs et tuméfactions des parties molles</b>	
<b>I-1-2-1 Tumeurs bénignes des parties molles</b>	
<b>I-1-2-2 Autres lésions non tumorales des parties molles</b>	
<b>I-1-2-3 Tumeurs malignes des parties molles</b>	
<b>I-1-2-3-1 Classification histologique, étiopathologie</b>	
<b>I-1-2-3-2 Principes de prise en charge thérapeutique des sarcomes des tissus mous</b>	
<b>I-1-2-3-3 Principaux facteurs pronostiques</b>	
<b>I-1-2-3-4 Réseaux territoriaux spécialisés dans la prise en charge des tumeurs des parties molles</b>	
<b>I-2 Tumeurs malignes des parties molles : un diagnostic difficile</b> .....	<b>14</b>
<b>I-2-1 Interrogatoire</b>	
<b>I-2-2 Examen clinique</b>	
<b>I-2-3 Bilan paraclinique</b>	
<b>I-2-3-1 Intérêt des examens biologiques</b>	
<b>I-2-3-2 Intérêt des examens d'imagerie</b>	
○ <b>Place de l'IRM dans le diagnostic des tumeurs des parties molles : un examen de référence</b>	
○ <b>Place de la radiographie conventionnelle</b>	
○ <b>Place de l'échographie</b>	
○ <b>Place du scanner</b>	
<b>I-2-3-3 La biopsie, un examen déterminant</b>	
<b>I-3 Etat des recommandations existantes sur la prise en charge en premier recours des tuméfactions de parties molles</b> .....	<b>17</b>
<b>I-4 Tuméfaction des parties molles : un motif de consultation rencontré de manière usuelle en premier recours en médecine générale</b> .....	<b>18</b>

<b>I-5 Retard de diagnostic, de prise en charge spécialisée des tumeurs malignes des parties molles, et conséquences potentielles.....</b>	<b>19</b>
<b>I-5-1 Sarcomes : un diagnostic souvent retardé</b>	
<b>I-5-2 Conséquences du retard de diagnostic des tumeurs sarcomateuses ou de la mauvaise orientation initiale du patient</b>	
<b>I-5-2-1 Conséquences d'une prise en charge retardée</b>	
<b>I-5-2-2 Conséquences d'une prise en charge non spécialisée</b>	
<b>I-6 Objectifs de notre travail.....</b>	<b>21</b>
<b><u>PARTIE II : MATERIEL ET METHODE.....</u></b>	<b>22</b>
<b><u>PARTIE III : RESULTATS.....</u></b>	<b>23</b>
<b>III-1 Caractéristiques des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire.....</b>	<b>23</b>
<b>III-2 Fréquence du motif de consultation « tumeur des parties molles » en médecine générale.....</b>	<b>24</b>
<b>III-3 Examens paracliniques prescrits par les médecins généralistes en cas de tumeur des parties molles présentant un ou plusieurs signes cliniques inquiétants.....</b>	<b>25</b>
<b>III-3-1 Imagerie</b>	
<b>III-3-2 Biologie</b>	
<b>III-4 Signes cliniques inquiétants lors de l'examen d'une TPM déclenchant la prescription d'un bilan d'imagerie par les médecins généralistes :.....</b>	<b>29</b>
<b>III-5 Formation initiale ou continue sur la prise en charge des tumeurs des parties molles en médecine générale.....</b>	<b>29</b>
<b>III-6 Type de spécialiste ou réseaux sollicités pour avis en cas de doute sur caractère bénin ou malin d'une tumeur des parties molles.....</b>	<b>30</b>
<b><u>PARTIE IV : DISCUSSION.....</u></b>	<b>31</b>
<b><u>CONCLUSION.....</u></b>	<b>34</b>

<b>Annexe 1 : Questionnaire sur la prise en charge des tumeurs des parties molles en médecine générale.....</b>	<b>36</b>
<b>Annexe 2 : Synthèse des recommandations sur les sarcomes des tissus mous selon l'ESMO (European Sarcoma Network Working Group).....</b>	<b>41</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>43</b>
<b>Résumé.....</b>	<b>46</b>

## **PARTIE I : INTRODUCTION**

La découverte d'une tuméfaction des parties molles est un motif de consultation fréquent en médecine générale ; parmi ces tuméfactions, il existe des tumeurs malignes rares : les sarcomes.

Le médecin généraliste a un rôle de premier recours dans la prise en charge des tumeurs des parties molles (TPM). En effet, le médecin traitant est bien souvent le premier médecin qu'un patient vient consulter lorsqu'il se découvre une masse des parties molles et ce d'autant plus depuis la création du parcours de soins coordonnés en 2005 limitant l'accès direct à certains spécialistes (1).

Dans ce rôle de premier recours, le médecin généraliste doit mettre en œuvre plusieurs compétences :

- sa compétence clinique lors de l'examen de la masse,
- sa compétence en tant que prescripteur d'examens complémentaires biologiques et d'imagerie
- sa compétence en tant que coordinateur des soins en adressant le patient au spécialiste ou réseau pluridisciplinaire le plus qualifié en la matière comme il le fait pour d'autres pathologies très spécialisées pour lesquelles il coordonne les soins (pour la sclérose en plaques par exemple).

Le diagnostic précoce et l'orientation optimale du patient ayant une TPM suspecte sont essentiels à l'amélioration du pronostic de cette pathologie (2, 3).

Il n'existe actuellement aucune recommandation française destinée aux médecins généralistes sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des TPM malignes bien qu'il en existe sur le plan européen notamment définies par The European Society of Medical Oncology (ESMO) (4) ; mais ces recommandations ne sont pas diffusées auprès des médecins généralistes.

L'évaluation de la pratique spontanée actuelle des médecins généralistes confrontés en premier recours aux TPM représente une étape indispensable pour déterminer l'intérêt qu'il y aurait à établir puis à diffuser des recommandations nationales ainsi qu'à mettre en place une formation initiale et/ou continue des généralistes concernant cette pathologie.

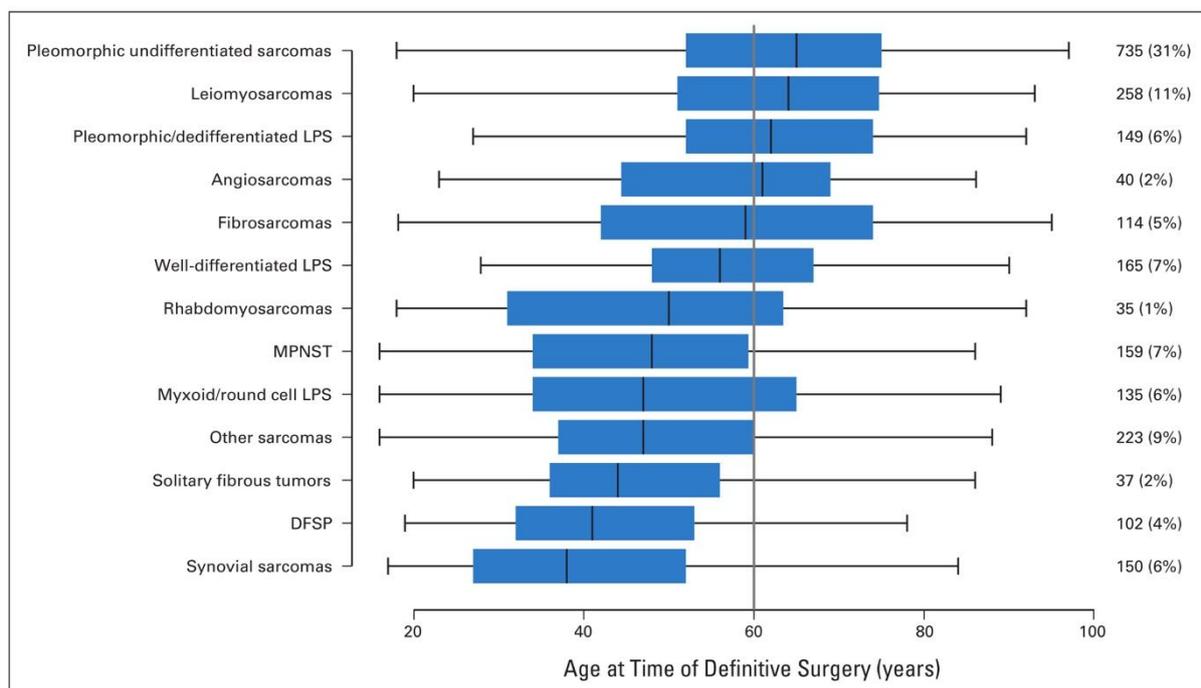
## I-1 Tumeurs des parties molles : généralités

### I-1-1 Epidémiologie des tumeurs des parties molles

L'incidence clinique annuelle des TPM bénignes est estimée à 3000 pour 1 million de personnes ; l'incidence annuelle des sarcomes est quant à elle estimée à 30 cas pour 1 million ; cette incidence est globalement stable (5, 6).

Aux USA, l'incidence annuelle est d'environ 300 tumeurs bénignes pour 2 tumeurs malignes pour 100 000 personnes (7).

En France, plus précisément, on estime l'incidence de survenue de sarcomes à 6.2 cas pour 100 000 personnes soit 4000 cas de sarcomes par an, l'âge médian de diagnostic est de 60 ans mais le diagnostic de sarcome est possible à tout âge (8-10).



**Age moyen des patients opérés pour des sarcomes des tissus mous (10)**

Les sarcomes des tissus mous sont deux fois plus fréquents que les sarcomes osseux. (11)

En 2016 aux USA, on a recensé 12310 nouveaux cas de cancers des tissus mous (versus 249260 nouveaux cas de cancer du sein) avec une incidence de décès de 4990 patients soit 40% (versus 16% pour le cancer du sein).

En Europe, on retrouve des chiffres similaires dans une étude Suédoise de 2014 qui décrit une mortalité à 5 ans de 32,8% et à 10 ans de 36% chez les patients ayant un sarcome des tissus mous (12).

Les tumeurs malignes des parties molles représentent donc un cancer peu fréquent mais grave (13).

## **I-1-2 Différents types de tumeurs et tuméfactions des parties molles**

### **I-1-2-1 Tumeurs bénignes des parties molles**

1/3 des TPM bénignes sont des lipomes, 1/3 des tumeurs fibro-histiocytaires, 10% sont des tumeurs vasculaires, 5% sont des tumeurs nerveuses ; 99% sont superficielles et 95% font moins de 5 cm de diamètre (5).

Bien plus fréquentes que les sarcomes des tissus mous, elles ne nécessitent pas forcément d'IRM ou de biopsie systématique mais ces examens sont souvent nécessaires pour écarter une lésion maligne.

- **Le lipome :**

Le lipome superficiel et de petite taille (inférieure à 5 cm) est une tuméfaction molle, homogène, bien mobile et superficielle par rapport au plan aponévrotique (14).

- **L'hémangiome :**

Il est compressible, il gonfle et devient sensible à l'effort ; la gêne occasionnée ainsi que la tuméfaction décroissent au repos (7).

- **Les tumeurs à cellules géantes des gaines tendineuses**

Ce sont de petites masses profondes que l'on retrouve volontiers au niveau des mains et des pieds. Elles se développent sur les gaines tendineuses.

### **I-1-2-2 Autres lésions non tumorales des parties molles**

- **Le kyste synovial :**

Le kyste synovial siège à un endroit évocateur proche d'une articulation (poignet à sa face dorsale, gouttière radiale, creux poplité), il est tendu, fluctuant à la palpation, la transillumination est possible en cas de localisation superficielle (14).

- **Abcès et hématomes :**

On peut également intégrer dans les tuméfactions des parties molles diagnostiquées en premier recours en médecine générale les abcès et les hématomes ; cliniquement, l'abcès est une tuméfaction inflammatoire (chaude, gonflée, tendue, rapidement extensive) s'accompagnant d'un syndrome inflammatoire biologique. L'hématome quant à lui devra découler d'un traumatisme récent retrouvé à l'interrogatoire et éventuellement d'une prise d'anticoagulants, la présence d'une ecchymose est indispensable (7, 14).

En présence d'un hématome sans mention d'ecchymose il faut évoquer une possible tumeur maligne pouvant se présenter sous la forme d'un hématome vieilli, véritable piège diagnostique.

### I-1-2-3 Tumeurs malignes des parties molles

Les tumeurs malignes des parties molles représentent un peu moins d'1% de toutes les tumeurs malignes mais elles sont graves et présentent une difficulté diagnostique et thérapeutique car elles regroupent plus de 70 types histologiques associés à une clinique, un diagnostic, un pronostic et un traitement parfois spécifique.

Malgré les progrès réalisés dans l'identification des différents sous types histologiques et la mise sur le marché de nombreux traitements, le pronostic n'a que peu évolué en moyenne au cours des 3 dernières décennies. Et si ce dernier a discrètement progressé au cours des dernières années, cette évolution est probablement due à l'amélioration de la prise en charge globale des malades ainsi qu'à une meilleure utilisation de traitements anciens (15).



**Photographie 1 : Tumeur suspecte des parties molles (16)**



**Photographie 2 : Tuméfaction de la paume de la main (service d'orthopédie, Hôpital Cochin)**



**Photographie 3 : Tumeur des parties molles de la jambe droite (service d'orthopédie, Hôpital Cochin)**

### **I-1-2-3-1 Classification histologique, étiopathologie**

Les tumeurs des parties molles sont classées selon leur type histologique par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et selon leur grade par la FNCLCC (Fédération Nationale des centres de lutte contre le cancer) (5, 17).

La classification de l'OMS des tumeurs des parties molles classe les tumeurs selon leur type histologique : tumeur dérivée des adipocytes, des fibroblastes, des cellules musculaires ou encore des tissus vasculaires ou nerveux ; puis selon leur caractère bénin, intermédiaire ou malin.

Par exemple, pour les tumeurs dérivées des adipocytes, on retrouve le lipome bénin, la tumeur adipeuse atypique et bien différenciée, localement agressive, qualifiée d'intermédiaire et le liposarcome dédifférencié malin.

La classification de la FNCLCC définit quant à elle des grades (de 3 à 1) selon lesquels le risque métastatique est plus ou moins important en fonction des scores obtenus en termes de degré de différenciation par rapport au tissu adulte normal, d'index mitotique et de pourcentage de nécrose tumorale.

Les tumeurs du poumon et du rein peuvent également donner des métastases dans les tissus mous ; de même, les lymphomes et les myélomes multiples peuvent avoir des localisations dans les tissus mous (7).

Ces sarcomes sont bien souvent de découverte fortuite, devant une augmentation de taille d'une tuméfaction préexistante, apparition d'une masse à l'endroit d'un traumatisme ancien, pseudo abcès (masse inflammatoire sans syndrome inflammatoire biologique), ou la découverte sur l'histologie d'une lésion opérée que l'on croyait bénigne (14).

### **I-1-2-3-2 Principes de prise en charge thérapeutique des sarcomes des tissus mous**

La prise en charge thérapeutique des sarcomes des tissus mous peut comporter :

- **Un traitement local par chirurgie associée ou non à de la radiothérapie :**

La chirurgie est le traitement de référence des sarcomes des tissus mous (18). Le principe chirurgical est d'enlever toute la tumeur, en monobloc, en restant à distance de celle-ci, c'est-à-dire en passant dans les tissus sains en périphérie (19). Le plus souvent, cette chirurgie peut être réalisée en conservant le membre, mais parfois, une amputation sera nécessaire. Le geste chirurgical doit préserver au maximum les tissus tout en assurant un faible risque de récurrence locale avec des marges suffisantes.

La radiothérapie externe peut être prescrite en préopératoire ou en postopératoire dans certains cas afin de diminuer le risque de récurrence locale.

- **Un traitement par chimiothérapie :**

Si la chimiothérapie a montré une efficacité sur la diminution du risque de récurrence locale, le gain est marginal et elle n'est utilisée actuellement qu'avec une intention de traitement local parfois sous la forme de perfusion de membre (4, 20).

Dans tous les cas, la prise en charge des sarcomes doit être effectuée en centre de référence spécialisé par une équipe pluridisciplinaire rassemblant chirurgiens, radiologues, anatomopathologistes, oncologues et radiothérapeutes, bien que le chirurgien et l'oncologue soient les acteurs référents de cette prise en charge (21).

Tous les patients pour lesquels on suspecte une tumeur maligne des parties molles devraient être adressés vers un centre de référence avant tout geste chirurgical.

Dans l'étude Suédoise de Gustavson (1994), sur dix patients référés selon les principaux critères diagnostiques des tumeurs malignes des parties molles, un patient s'était vu diagnostiquer un sarcome des tissus mous ; ratio considéré alors comme acceptable par les spécialistes (21).

### **I-1-2-3-3 Principaux facteurs pronostiques**

Les principaux facteurs pronostiques des sarcomes sont de deux types : de récurrence locale et de récurrence à distance (14, 22-24).

Les facteurs de risque de récurrence locale sont principalement les marges chirurgicales, en rapport avec la qualité de l'exérèse, (14, 22) et le sous type histologique (25, 26). De manière moins significative, on retrouve également la taille, la profondeur, le grade et le caractère récidivant.

Les facteurs de risque de récurrence à distance sont le grade tumoral (selon la classification HNPCC), la taille, la profondeur et le sous type histologique.

### **I-1-2-3-4 Réseaux territoriaux spécialisés dans la prise en charge des tumeurs des parties molles**

Depuis plusieurs années en France, un important effort a été réalisé pour assurer une prise en charge optimale des sarcomes sur tout le territoire avec la création d'un réseau de référence en pathologie des sarcomes des tissus mous et des viscères (RRePs), d'un réseau de référence clinique des sarcomes (NetSarc) et d'un réseau de référence clinique des sarcomes osseux (ResOs).

Ces efforts s'intègrent dans le plan de prise en charge des cancers rares décidé par l'Institut National du Cancer (INCA) et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) dans le cadre du plan cancer 2009-2013 qui visait à structurer l'offre de soin afin d'assurer aux malades une prise en charge optimale, associant experts régionaux et nationaux. Ainsi, tout patient atteint d'un cancer rare est assuré d'un avis d'expert pour le diagnostic et le traitement tout en pouvant être pris en charge dans l'établissement de son choix (27).

Les coordonnées des centres de référence français spécialisés dans la prise en charge des tumeurs malignes des parties molles peuvent être retrouvées via les 3 réseaux suivants :

-le réseau RRePS (réseau de référence en Pathologie des Sarcomes des Tissus Mous et des Viscères) :

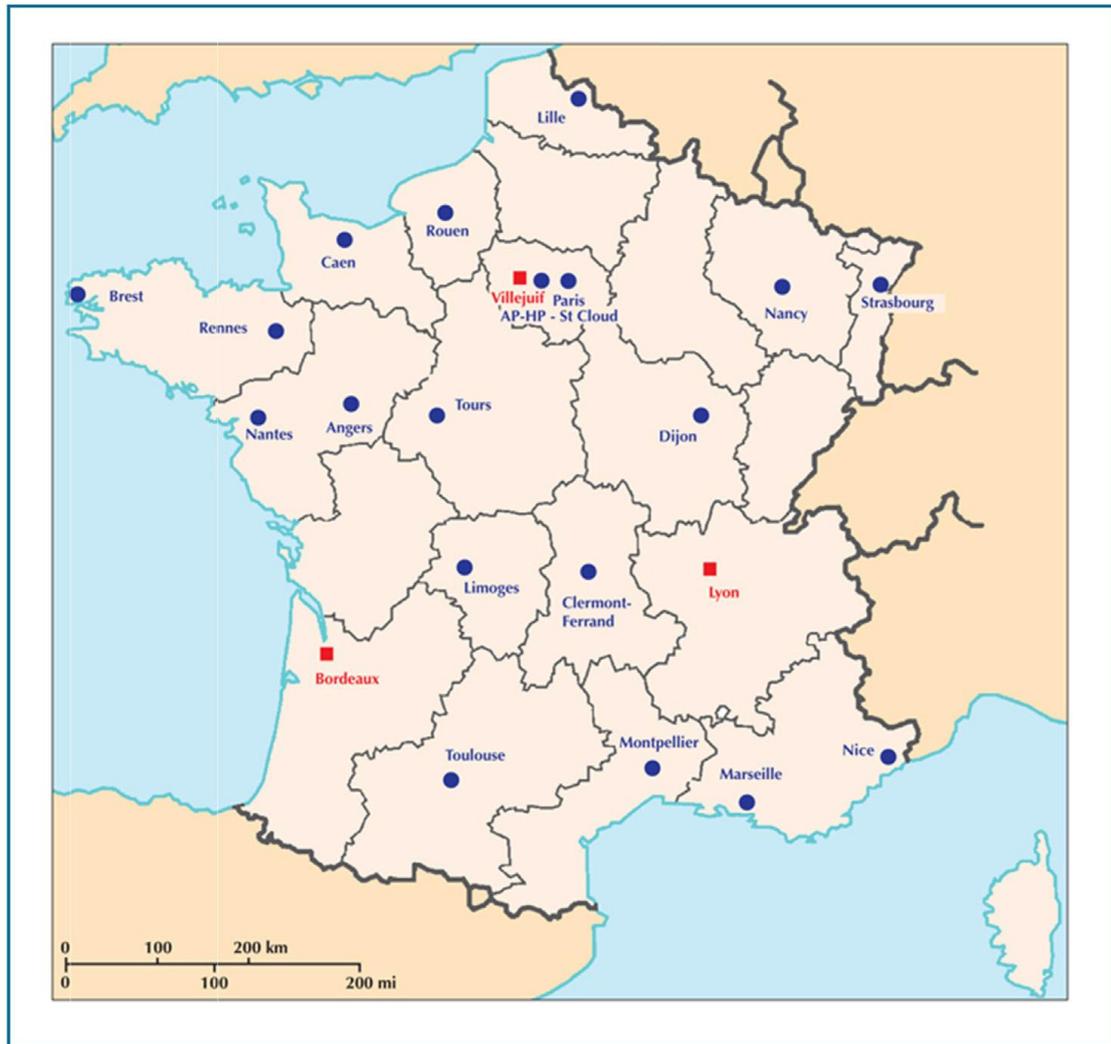
<https://rreps.sarcomabcb.org/>

-le réseau NetSarc (réseau de référence clinique des sarcomes) :

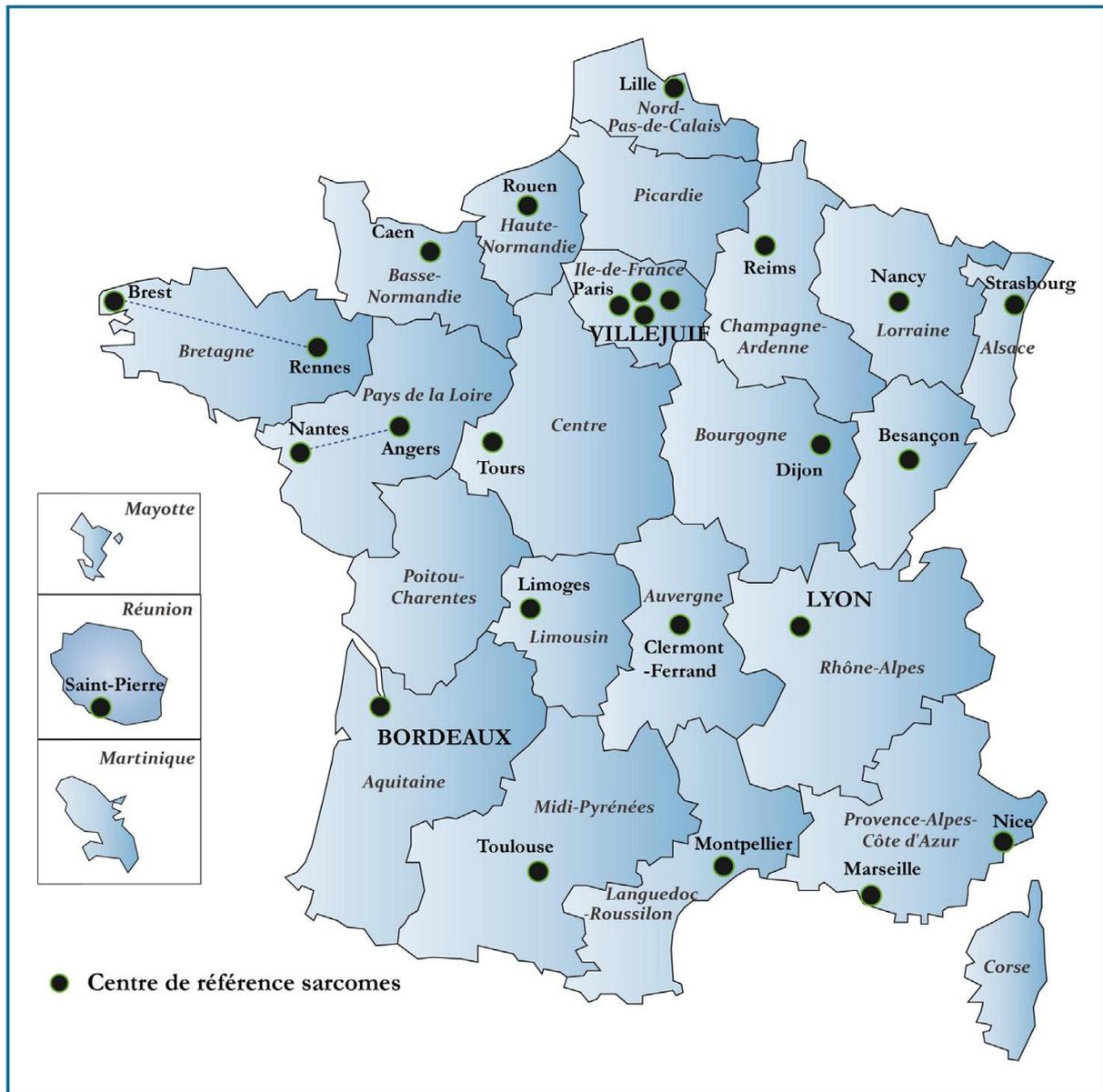
<https://netsarc.sarcomabcb.org/>

-le réseau ResOs (réseau de référence clinique des sarcomes osseux) :

<https://resos.sarcomabcb.org/>



**Réseau national RRePS : en rouge, les centres de coordination, en bleu, les centres de référence**



### NetSarc, centres de référence clinique

## I-2 Tumeurs malignes des parties molles : un diagnostic difficile

Devant une tumeur des parties molles, le rapport entre bénin et malin est estimé de 1/100 à 1/200 environ mais ce rapport passe à 1/7 en cas de lésion profonde ou superficielle de grande taille (supérieure à 5 cm), la lenteur d'évolutivité de la tuméfaction est classiquement plutôt en faveur d'une lésion bénigne mais la dégénérescence en sarcome des parties molles est possible (4, 5, 7, 17, 28).

Il est impossible de différencier cliniquement une tumeur bénigne d'une tumeur maligne. Par ailleurs, l'imagerie des lésions des parties molles est bien moins informative que l'imagerie des lésions osseuses.

Seules quelques lésions sont diagnostiquées de manière formelle par le radiologue à l'IRM comme par exemple :

- la synovite villonodulaire avec ses dépôts d'hémosidérine caractéristiques,
- la malformation vasculaire avec la présence de graisse et son aspect serpigneux,
- les tumeurs graisseuses pures (si l'on ne souhaite pas faire la distinction entre lipome et tumeur lipomateuse atypique),
- les tumeurs bénignes de la gaine des nerfs périphériques avec leur aspect allongé sur le trajet d'un nerf entouré d'un liseré graisseux et parfois l'image en cible typique.

Au final, seul l'examen anatomopathologique permet d'affirmer la nature bénigne ou maligne de la tumeur.

## I-2-1 Interrogatoire

Les éléments pertinents à recueillir à l'interrogatoire devant une tumeur des parties molles sont sa date de découverte, son évolutivité, la nature de sa découverte (une masse stable depuis longtemps suggère plutôt un caractère bénin), l'existence d'un facteur déclenchant (traumatisme ou infection : il est fréquent que les patients retrouvent un traumatisme dans les jours ou les semaines qui ont précédé la découverte de la masse). La présence ou non d'une douleur doit aussi être relevée mais apparaît peu significative.

Les antécédents de tumeur bénigne ou maligne (poumon, rein, lymphome, myélome, multiples lipomes), une neurofibromatose, un syndrome de Gardner ou un antécédent d'irradiation locale sont également des éléments importants à recueillir (7).

## I-2-2 Examen clinique

À l'examen clinique, deux signes cliniques inquiétants majeurs doivent être recherchés à savoir la taille de la masse (plus la taille de la tumeur est importante plus le risque de malignité l'est aussi) et sa profondeur (toute masse profonde suggérant également un caractère malin).

Parmi les autres éléments cliniques pouvant être relevés, on peut noter la mobilité de la masse, sa chaleur, sa couleur, sa vascularisation, la possibilité d'une transillumination, son auscultation (présence d'un thrill), la survenue de douleurs électriques à la percussion (en faveur d'un schwannome) ou enfin la présence d'adénopathies ou d'autres masses (pouvant rentrer dans le cadre d'une lipomatose ou schwannose) (7, 16, 29).

La présentation clinique de la maladie sarcomateuse est souvent paucisymptomatique et la première consultation est souvent tardive du fait du caractère non douloureux de la lésion. Lorsqu'il y a douleur, cette dernière est souvent liée à l'augmentation de la pression ou à l'envahissement des structures environnantes particulièrement sensibles mais pas à la lésion elle-même).

L'altération de l'état général est rare dans les tumeurs malignes des tissus mous contrairement aux autres cancers et cela même en cas de tumeur métastatique (7).

La majorité des tumeurs superficielles des parties molles de moins de 5 cm sont bénignes, cependant, 1/3 des sarcomes se présentent sous la forme de masses superficielles.

Enfin, bien que la majorité des sarcomes des tissus mous affectent des patients de plus de 40 ans, cette pathologie peut survenir à n'importe quel âge. Chez l'enfant, la moitié des sarcomes des tissus mous sont des rhabdomyosarcomes (7).

## **I-2-3 Bilan paraclinique**

### **I-2-3-1 Intérêt des examens biologiques**

Aucun examen biologique n'est pertinent pour affirmer la malignité ou le caractère bénin d'une masse des parties molles.

Toutefois :

- Une élévation des LDH peut orienter vers un lymphome.
- Une augmentation de l'acide urique évoque un tophus gouteux.
- Un syndrome inflammatoire biologique (élévation des globules blancs et de la CRP) peut signifier un abcès.

Il n'existe pas de marqueurs tumoraux des sarcomes (7). En pratique, en l'absence d'orientation vers un diagnostic particulier (abcès, métastase d'un cancer connu, etc.) aucun examen biologique ne sera demandé.

### **I-2-3-2 Intérêt des examens d'imagerie**

- **Place de l'IRM dans le diagnostic des tumeurs des parties molles, un examen de référence :**

L'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) est l'examen le plus sensible et le plus spécifique pour étudier une masse des tissus mous (30). Elle doit être demandée d'emblée devant toute tumeur présentant des signes inquiétants à l'examen clinique (profonde ou superficielle de taille supérieure à 5 cm) (5, 31). L'IRM doit être injectée et avoir des séquences T1 et T2 ou STIR, avec et sans saturation de la graisse. L'IRM fournit la cartographie en trois dimensions de la tumeur, ses contours, son aspect, son éventuelle hétérogénéité et sa prise de contraste précoce et prolongée ou non après injection de gadolinium. Des techniques récentes (perfusion, diffusion) sont à l'étude pour augmenter la valeur diagnostique de l'IRM.

L'IRM est aussi indispensable au bilan d'extension local pour analyser les rapports entre la tumeur et les structures voisines (nerfs, vaisseaux, os) (4, 28, 32).

- **Place de la radiographie conventionnelle :**

La radiographie conventionnelle est indispensable au bilan d'imagerie initial afin d'éliminer une tumeur de nature osseuse ou des calcifications intra tumorales.

En cas de sarcome des parties molles sans calcifications, on pourra observer sur ces radiographies une plage noire dans l'ombre d'un muscle un peu plus radio-opaque (4, 28, 32).

- **Place de l'échographie :**

L'échographie associée au doppler est également utile car elle permet de préciser la taille, la profondeur et les rapports vasculaires d'une tumeur. La bonne disponibilité de l'examen en fait souvent un examen de premier choix en cas de tumeur des parties molles (4, 28, 32) mais l'échographie reste un examen très opérateur dépendant limitant sa valeur diagnostique.

L'échographie permet de poser le diagnostic de kyste synovial devant une masse periarticulaire complètement et uniformément hypoéchogène. Elle permet aussi de faire le diagnostic d'une tumeur graisseuse sous-cutanée ou d'évaluer une masse superficielle de petite taille (33).

- **Place du scanner :**

Le scanner a peu d'intérêt en première intention dans le diagnostic des tumeurs des parties molles. Un scanner thoracique sera secondairement utile non injecté dans le cadre du bilan d'extension (recherche de métastases) (4, 7, 28, 32). Une angiographie réalisée par MDCT (Multi-detector Computed Tomography) sera parfois utile pour préciser les rapports anatomiques de la tumeur avec le réseau vasculaire (34).

### **I-2-3-3 La biopsie, un examen déterminant**

La biopsie (microbiopsie ou chirurgicale) est le seul examen permettant de faire le diagnostic d'une TPM maligne, elle est indispensable à l'initiation du traitement.

Elle doit être réalisée dans un centre de référence après discussion en réunion de concertation pluridisciplinaire (35).

Une biopsie exérèse peut être réalisée pour les masses superficielles, de moins de 3 cm en centre de référence après imagerie.

### **I-3 Etat des recommandations existantes sur la prise en charge en premier recours des tuméfactions de parties molles**

Il n'existe à l'heure actuelle aucune recommandation française destinée aux médecins généralistes sur la prise en charge en premier recours des tuméfactions des parties molles. L'absence de recommandations nationales sur la prise en charge en premier recours des tuméfactions des parties molles explique probablement certains retards diagnostiques de tumeurs malignes des parties molles ainsi que des prises en charge non optimales dans des structures non spécialisées dans cette pathologie peu fréquente mais grave.

Des recommandations à l'intention des médecins généralistes existent en Grande Bretagne depuis 2005 (36) ; selon ces recommandations, tous les patients ayant une masse des tissus mous avec un ou plusieurs des signes inquiétants suivants devraient être adressés en centre spécialisé de manière urgente :

- Taille de la tuméfaction de plus de 5 cm
- Taille croissante de la masse
- Masse profonde sous aponévrotique
- Masse douloureuse
- Masse récurrente après une première excision

D'après une étude suédoise, ces critères permettent de diagnostiquer 70% des sarcomes des tissus mous (37). En Suède, il existe des recommandations similaires selon lesquelles tout patient avec une tumeur des tissus mous profonde et/ou de taille supérieure ou égale à 5 cm devrait être référé directement à un centre spécialisé dans la prise en charge des sarcomes avant toute prise en charge chirurgicale et/ou biopsie (38). L'efficacité de la communication de ces recommandations depuis les années 70 auprès des médecins généralistes suédois a pu être évaluée en 2012 dans une étude dont les résultats sont encourageants (29). Dans les années 1970, 1/4 des patients souffrant d'un sarcome n'étaient pas adressés dans un centre spécialisé, 1/3 n'y étaient adressés qu'après une prise en charge chirurgicale non spécialisée et moins de la moitié y étaient adressés avant biopsie ou excision. Trente ans après l'établissement et la communication de ces recommandations en matière de prise en charge des TPM auprès des médecins généralistes et des internes en chirurgie orthopédique suédois, le pourcentage de patients atteints d'un sarcome pris en charge dans un centre spécialisé était quasiment de 100%. On estime par ailleurs que parmi les patients adressés vers un centre spécialisé pour une tumeur présentant des critères cliniques de malignité, 1/3 présentaient une tumeur maligne. La prise en charge des autres patients (2/3 de la population) sans tumeur maligne a été considérée comme une surcharge de travail acceptable pour un centre spécialisé.

Les dernières recommandations internationales sont européennes et ont été éditées en 2014 par the European Sarcoma Network Working Group (4). Selon ces recommandations, tout patient atteint ou chez lequel on suspecte un sarcome doit être adressé vers un centre de référence. En pratique, toute masse des parties molles non expliquée, profonde ou superficielle de taille supérieure ou égale à 5 cm doit être explorée dans un centre de référence.

Sur le plan de l'imagerie, l'IRM est l'examen de premier choix pour l'imagerie des masses des parties molles des extrémités et du tronc, l'échographie peut être réalisée mais devrait être suivie d'une IRM ou d'un scanner. Les radiographies standards sont utiles pour éliminer une tumeur osseuse ou rechercher des calcifications dans la masse ; le scanner reste utile pour analyser les masses calcifiées et les sarcomes rétropéritonéaux ainsi que dans le cadre du bilan d'extension.

#### **I-4 Tuméfaction des parties molles : un motif de consultation rencontré de manière usuelle en premier recours en médecine générale**

Selon l'observatoire de la médecine générale, chaque médecin généraliste a reçu une moyenne annuelle de 22.5 patients pour le motif de consultation "Tuméfaction" en 2009 et ce même motif a été à l'origine de 34.5 actes par médecin.

La prévalence du motif de consultation "tuméfaction" est estimée à 1% (39).

D'après le dictionnaire des résultats de consultation en médecine générale révisé en 2010, le motif de consultation "tuméfaction" regroupe toute masse ou grosseur :

- Dont il est impossible de déterminer la nature exacte en fin de séance
- Découverte à l'examen clinique, à l'imagerie ou en endoscopie
- Cutanée ou sous-cutanée, abdominopelvienne, intracrânienne, pulmonaire, cardiaque, hépatobiliaire, des autres voies digestives, osseuse (du crâne, d'un membre ou autre)
- Présentant ou non les caractéristiques suivantes :
  - Douleur spontanée, douleur à la palpation
  - Ferme voire dure (contrairement à molle, rénitente, fluctuante)

- Bien limitée à contours précis
- Mobile sous les doigts ou par rapport au plan profond
- Présentant des signes de compression vasculaire ou nerveuse
- Présentant des adénopathies satellites
- Multiples
- Récidivante
- Asymptomatique (40)

Selon plusieurs études, plus de 3/4 des patients suivis pour un sarcome avaient été vus en premier recours par un médecin généraliste (1, 29).

Le médecin généraliste est donc en première ligne dans la prise en charge initiale de cette pathologie en termes de diagnostic clinique et de mobilisations des réseaux de soins compétents en cas de doute sur le caractère bénin d'une tuméfaction des parties molles.

## **I-5 Retard de diagnostic, de prise en charge spécialisée des tumeurs malignes des parties molles, et conséquences potentielles**

### **I-5-1 Sarcomes : un diagnostic souvent retardé**

Le diagnostic des sarcomes des tissus mous est souvent retardé et ceci pour plusieurs raisons :

- Il est tout d'abord fréquent que le patient tarde à consulter son médecin généraliste du fait de l'absence courante de symptomatologie douloureuse dans la plupart des tumeurs malignes des parties molles. Ainsi, dans une étude britannique de 2003, sur 93 cas de sarcomes des tissus mous, seulement 16 cas mentionnaient la douleur comme symptôme (41).  
Une tumeur maligne des parties molles peut également se présenter sous la forme d'un pseudo-hématome pour lequel on ne retrouvera pas de notion de traumatisme ou d'ecchymose à l'anamnèse ni de prise de médicament anticoagulant.
- Ensuite, le clinicien consulté en premier recours peut aisément négliger une masse asymptomatique présente depuis plusieurs années ou supposée post traumatique et ce d'autant plus qu'il est impossible de faire la différence cliniquement entre une tumeur maligne et une tumeur bénigne.
- Par ailleurs, ce retard est parfois dû à un délai important pour obtenir une consultation en centre spécialisé ou à un retard pour obtenir les examens d'imagerie nécessaires (Imagerie par Résonance Magnétique par exemple).
- Enfin, il arrive parfois que ce retard soit dû à une première prise en charge chirurgicale inadaptée du patient, le chirurgien ayant opéré une lésion qu'il pensait bénigne et en découvre fortuitement la malignité sur le compte rendu anatomopathologique.

Dans une étude de Clark et Thomas (2) réalisée entre 2003 et 2004 dans un hôpital britannique était défini comme retard de prise en charge tout patient ayant mis plus de 3 mois avant d'être vu dans une unité spécialisée dans la prise en charge des sarcomes après la première constatation médicale de la tumeur. Ainsi, sur une série de 159 patients suivi dans ce centre spécialisé dans la prise en charge des sarcomes, 31 patients (20 %) avaient eu un retard

dans leur prise en charge spécialisée ; les médecins généralistes étaient responsables de ce délai dans 13 cas sur 31, le patient lui-même dans 2 cas sur 31, ce retard était dû à une prise en charge hospitalière ou spécialisée dans 7 cas sur 31 et était multifactoriel pour 9 cas. Le délai médian de retard de référence en centre spécialisé était de 14 mois pour cette série (4 mois au minimum et 96 mois au maximum).

Dans une autre étude Britannique, George et Grimer en 2012 (1) ont publié des résultats une dizaine d'années après la diffusion de recommandations aux médecins généralistes sur la prise en charge des tumeurs des parties molles (avec publication d'un certain nombre de signes cliniques inquiétants à rechercher). 49 patients soit 74% d'une série de patients suivis pour un sarcome des tissus mous s'étaient présentés à leur médecin généraliste avec au moins un signe clinique inquiétant qui aurait nécessité que le patient soit adressé de manière urgente en centre spécialisé. Seulement 2 patients (soit 4%) avaient été adressés de manière urgente en centre spécialisé, tandis que 21 autres patients (soit 43%) avaient été adressés immédiatement à un spécialiste.

Dans une étude réalisée en Suède en 2012 (29), 3/4 des patients pris en charge dans un centre Suédois spécialisé dans la prise en charge des sarcomes avaient été vus en premier recours par un médecin généraliste. Parmi ces patients, 1/4 furent adressés directement en centre spécialisé dans la prise en charge des sarcomes permettant une prise en charge deux fois plus rapide par comparaison aux patients adressés à l'hôpital local.

D'une façon générale, on estime qu'environ 1/5ème des patients pour lesquels une tumeur sarcomateuse a été diagnostiquée en Grande Bretagne et en Suède ont eu un retard de prise en charge initiale (1, 2, 29).

## **I-5-2 Conséquences du retard de diagnostic des tumeurs sarcomateuses ou de la mauvaise orientation initiale du patient**

### **I-5-2-1 Conséquences d'une prise en charge retardée**

Les conséquences d'une prise en charge tardive en matière de sarcomes sont multiples (3) :  
La première conséquence est l'augmentation du volume tumoral pouvant impliquer une prise en charge chirurgicale ou médicale plus lourde (amputation, radiothérapie) (11).  
Ensuite, un retard de diagnostic ou de traitement peut théoriquement permettre l'apparition de métastases le plus souvent pulmonaires modifiant à la fois la prise en charge et le pronostic.  
Enfin, les conséquences psychologiques peuvent être majeures, notamment chez un patient faussement rassuré lors d'une première consultation médicale pour une tuméfaction qui l'inquiétait et s'avérant après plusieurs mois d'errance diagnostique être un sarcome, ou chez un patient qui doit être opéré une seconde fois du fait de marges tumorales non saines (R1 ou R2) après une première excision d'une tumeur maligne que le chirurgien a pris pour un simple lipome.

### **I-5-2-2 Conséquence d'une prise en charge non spécialisée**

Les patients atteints par une TPM maligne non adressés en première intention en centre spécialisé ne bénéficient pas toujours d'une prise en charge optimale du fait d'une expérience insuffisante, d'une erreur diagnostique (la grande diversité des tumeurs des parties molles

nécessitant un examen anatomopathologique et d'imagerie eux aussi spécialisés), de marges chirurgicales insuffisantes ou de l'absence de traitement néo adjuvant (radiothérapie ou chimiothérapie).

Il n'a pas été démontré qu'un traitement local inadéquat ou une prise en charge dans un centre non spécialisé avait un effet sur la survie ou la survenue de métastases (42).

En revanche, un traitement local inadéquat tel une excision marginale est souvent responsable de l'apparition de récurrences locales (43). Dans une étude suédoise datant de 1996, on retrouve 3 fois plus de récurrences locales chez les patients traités en dehors d'un centre spécialisé (44).

Il a aussi été démontré qu'une biopsie réalisée par un chirurgien non expérimenté et un prélèvement analysé par un anatomopathologiste non spécialisé dans les TPM était associé à un risque considérablement plus important d'erreur diagnostique, de dissémination locale, de mauvaise localisation de l'incision rendant plus compliquée la reprise chirurgicale et pouvant parfois conduire à une amputation et/ou radicalement changer le pronostic (11, 28, 29, 45, 46).

Seule une planification préopératoire et chirurgicale spécialisée permet de limiter au maximum le risque de résections inadéquates (marges positives microscopiquement R1 ou macroscopiquement et microscopiquement R2 ou contamination malencontreuse des tissus adjacents) (47).

L'orientation vers un centre de référence des patients pour lesquels on suspecte une tumeur maligne des parties molles, dans les meilleurs délais, est donc fondamentale avant tout geste invasif.

## **I-6 Objectifs de notre travail**

Objectif principal : Evaluer les connaissances et pratiques professionnelles des médecins généralistes concernant la prise en charge des TPM.

Ont été analysés :

- La connaissance des signes cliniques inquiétants à relever lors de l'examen initial
- Les pratiques concernant les prescriptions d'examens biologiques et radiologiques
- La connaissance par les praticiens des réseaux de soin spécialisés dans la prise en charge des TPM ainsi que les modalités d'orientation vers ces réseaux.

Objectifs annexes :

Déterminer la fréquence des consultations pour TPM en médecine générale.

## **PARTIE II : MATERIEL ET METHODE**

Il s'agit d'une étude quantitative, transversale, observationnelle sur des pratiques professionnelles.

Elle a pu être réalisée sur la base d'un auto questionnaire (Annexe 1) adressé à des médecins exerçant la médecine générale dont les coordonnées ont été obtenues via la participation gracieuse d'un organisme proposant des études de marché auprès des professionnels de santé et qui disposait d'une liste d'adresses e-mail de 10 000 médecins généralistes, les médecins n'étaient pas rémunérés pour leurs réponses.

Cet auto-questionnaire était accompagné d'un courrier de présentation du sujet de la thèse avec possibilité de joindre l'auteur du questionnaire en cas de besoin.

Le questionnaire était anonyme et à remplir via un lien internet envoyé dans le mail adressé aux médecins généralistes.

Afin de motiver les médecins à répondre au questionnaire, un résumé sur les dernières recommandations internationales en matière de prise en charge des tumeurs des parties molles était proposé aux répondants qui le souhaitaient (Annexe 2), il était envoyé dans un second mail après avoir obtenu les réponses au questionnaire.

Les médecins généralistes ont été sollicités par un e-mail envoyé le 02/03/2016 afin de répondre au questionnaire ; nous avons réussi à obtenir 542 réponses complètes au questionnaire soit un taux de répondants satisfaisant d'environ 5.42% en 48 heures.

Le questionnaire était composé de différentes questions fermées pour la plupart et présentait les axes suivants :

- ✓ Dans une première partie, le questionnaire comprenait une mise en situation via un cas clinique permettant de recueillir quels types d'examen paracliniques sont habituellement demandés par les médecins généralistes devant une tuméfaction suspecte des parties molles. Les réponses à ce cas clinique permettent aussi de recueillir les habitudes des médecins généralistes quant à l'orientation d'un patient présentant une tuméfaction suspecte des parties molles dans le parcours de soins.
- ✓ La deuxième partie du questionnaire permettait de recueillir :
  - Les caractéristiques de la population étudiée (médecins généralistes ayant répondu au questionnaire)
  - Des données épidémiologiques sur la fréquence de survenue du motif de consultation " découverte d'une tuméfaction des parties molles" en médecine générale
  - Des données sur les prescriptions d'examen paracliniques
  - Les connaissances des médecins généralistes en matière de prise en charge des tumeurs des parties molles (signes cliniques inquiétants et réseaux de soins nationaux existants) et leur éventuel besoin de formation.

Les données qualitatives ont été rapportées par des nombres et des pourcentages.

## **PARTIE III : RESULTATS**

Durant la période de recueil au cours du mois de mars 2016 nous avons obtenu 542 réponses complètes au questionnaire soit 5.42 % des 10 000 médecins contactés par mail envoyé le 02/03/2016.

Une centaine de médecins nous ont recontactés par mail pour nous informer qu'ils n'exerçaient pas ou plus pas la médecine générale et n'avaient donc pas répondu au questionnaire.

### **III-1 Caractéristiques des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire**

L'échantillon étudié comprenait des médecins généralistes dont l'âge était principalement situé entre 30 et 40 ans ainsi qu'entre 50 et 60 ans ce qui est plutôt représentatif de la démographie médicale actuelle en médecine générale.

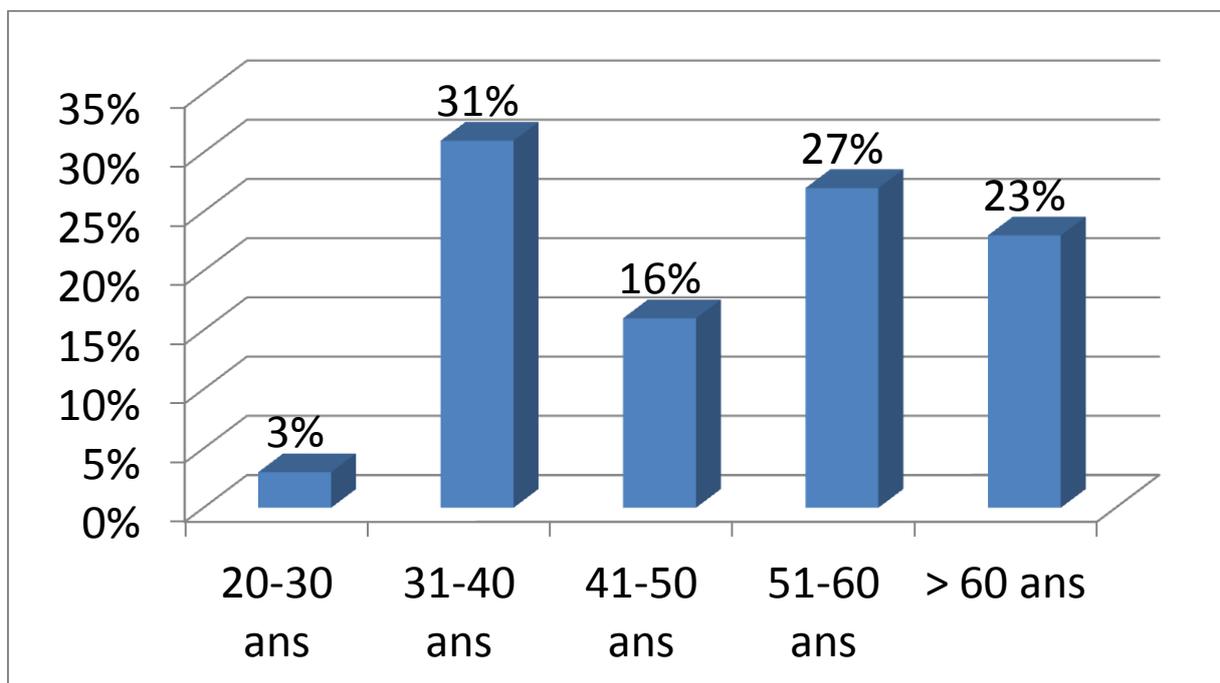
3% des médecins généralistes interrogés avaient entre 20 et 30 ans.

31% des médecins généralistes interrogés avaient entre 30 et 40 ans.

16% des médecins généralistes interrogés avaient entre 40 et 50 ans.

27% des médecins généralistes interrogés avaient entre 50 et 60 ans.

23% des médecins généralistes interrogés avaient plus de 60 ans.



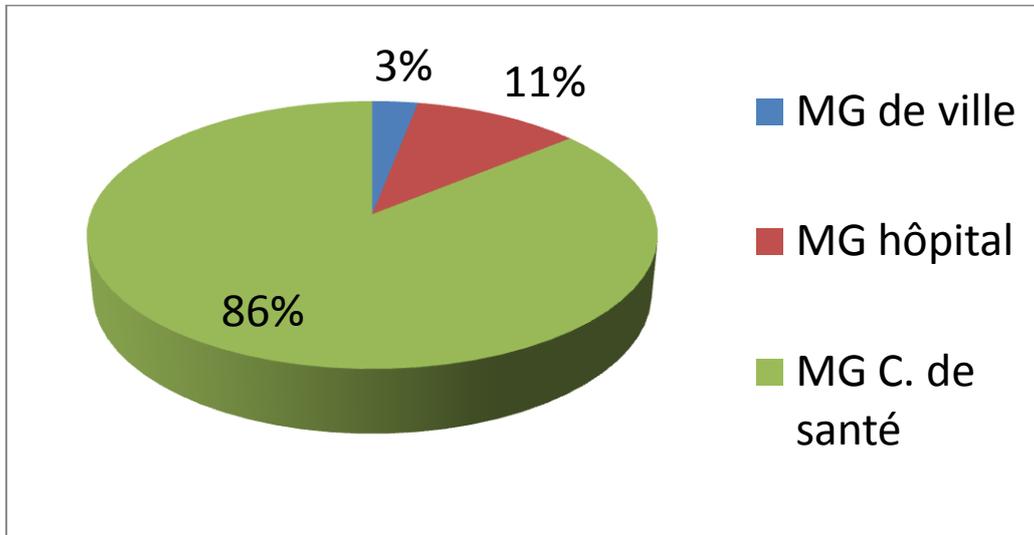
**Répartition suivant l'âge des praticiens ayant répondu au questionnaire**

La majorité des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire exerçaient la médecine générale en ville.

467 médecins soit 86% exerçaient la médecine générale en ville.

57 médecins soit 11% exerçaient la médecine générale en milieu hospitalier.

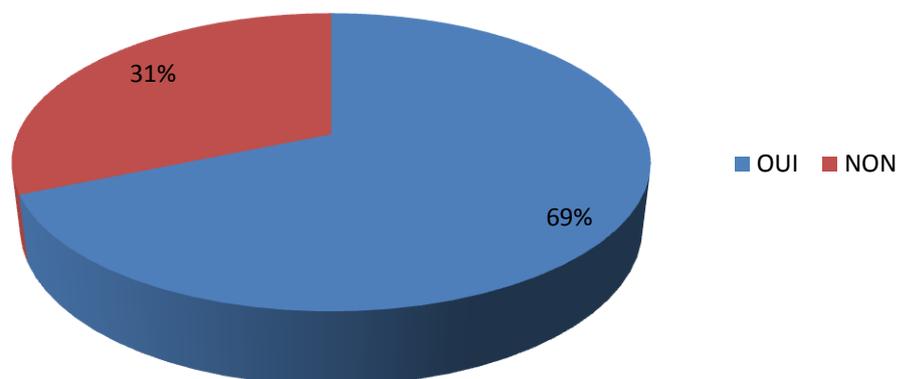
18 médecins soit 3% exerçaient la médecine générale en centre de santé.



Lieu d'exercice des médecins ayant répondu

### III-2 Fréquence du motif de consultation « tumeur des parties molles » en médecine générale

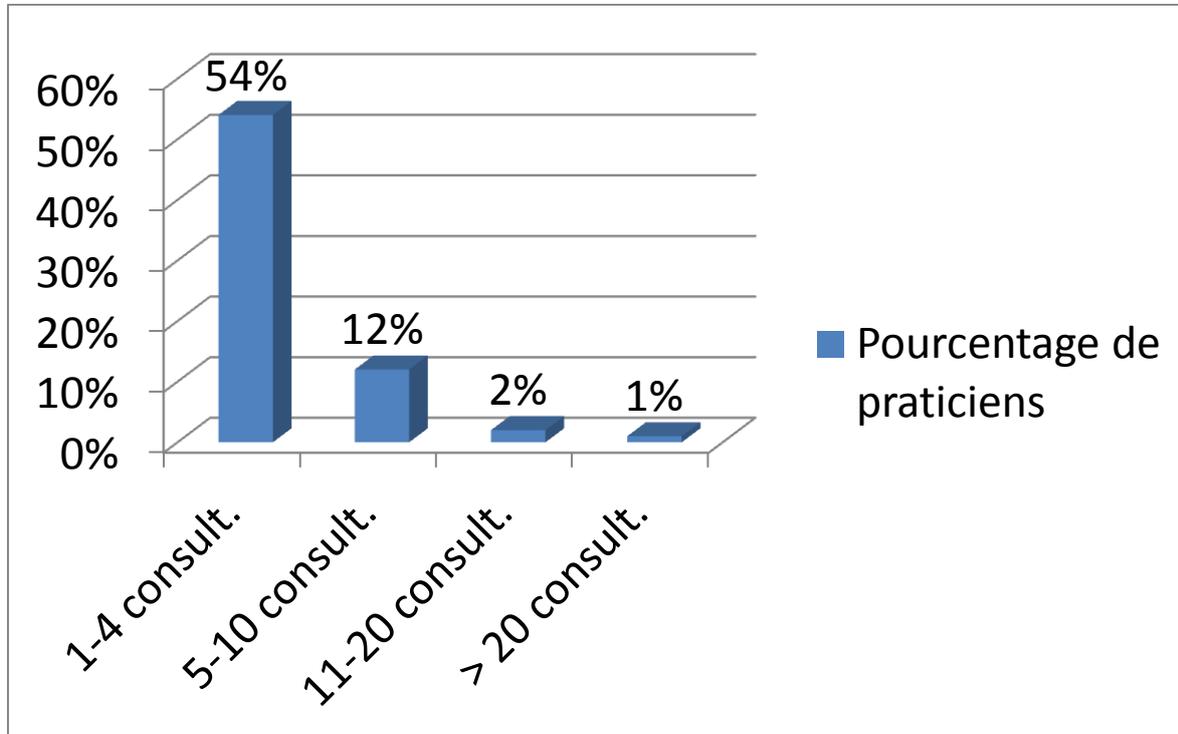
372 médecins sur les 542 médecins généralistes interrogés avaient été confrontés au cours de l'année écoulée à au moins un patient présentant une tumeur (maligne ou bénigne) des parties molles (sein et peau exclus) soit environ 69%.



Existence d'au moins 1 consultation pour TPM dans l'année écoulée (question 11)

En ce qui concerne le nombre de consultations pour TPM au cours de l'année écoulée, il était estimé à :

- 1 à 4 pour 54% des praticiens
- 5 à 10 pour 12 % des praticiens
- 11 à 20 pour 2% des praticiens
- Supérieur à 20 pour 0.7% des praticiens



**Estimation par les médecins généralistes du nombre de consultations pour TPM au cours de l'année écoulée (Question 12)**

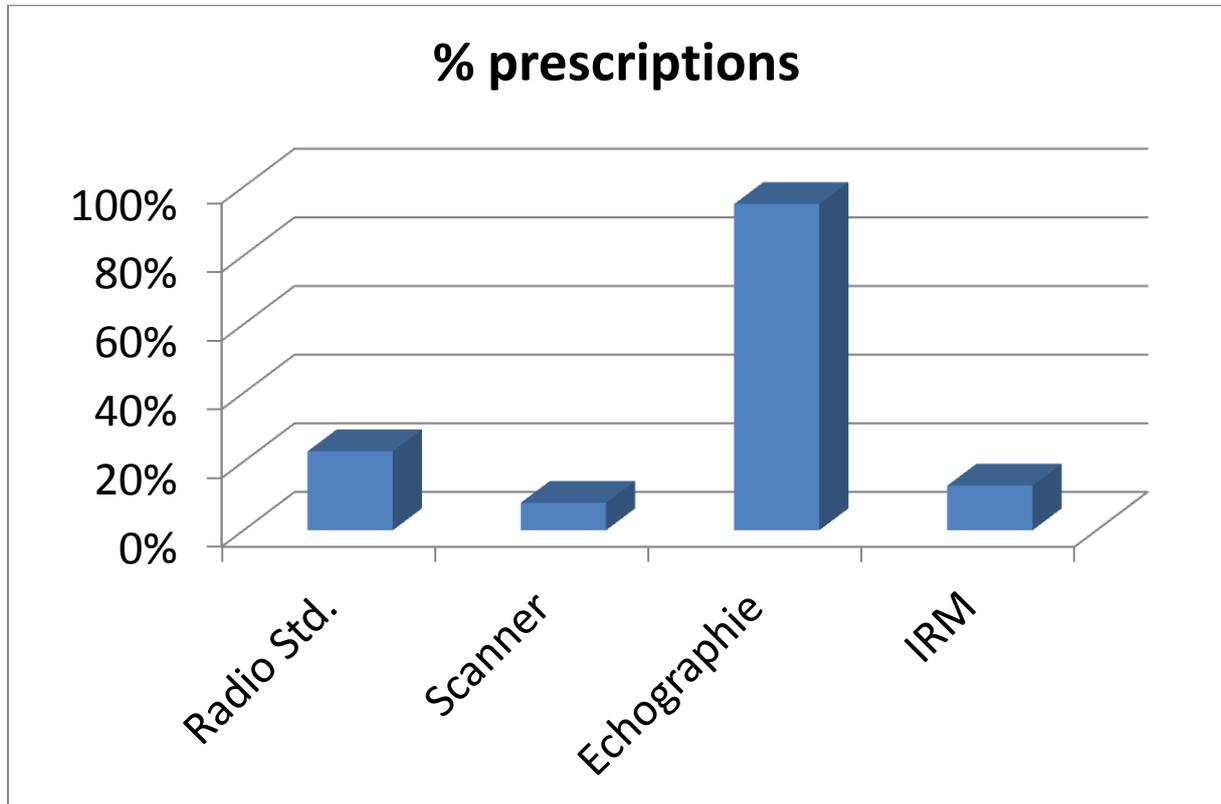
### III-3 Examens paracliniques prescrits par les médecins généralistes en cas de tumeur des parties molles présentant un ou plusieurs signes cliniques inquiétants

Le cas clinique proposé aux médecins généralistes évoquait le diagnostic d'une tumeur des parties molles siégeant sur un membre et qui présentait 2 signes cliniques inquiétants (taille de plus de 5 cm et localisation profonde).

#### III-3-1 Imagerie

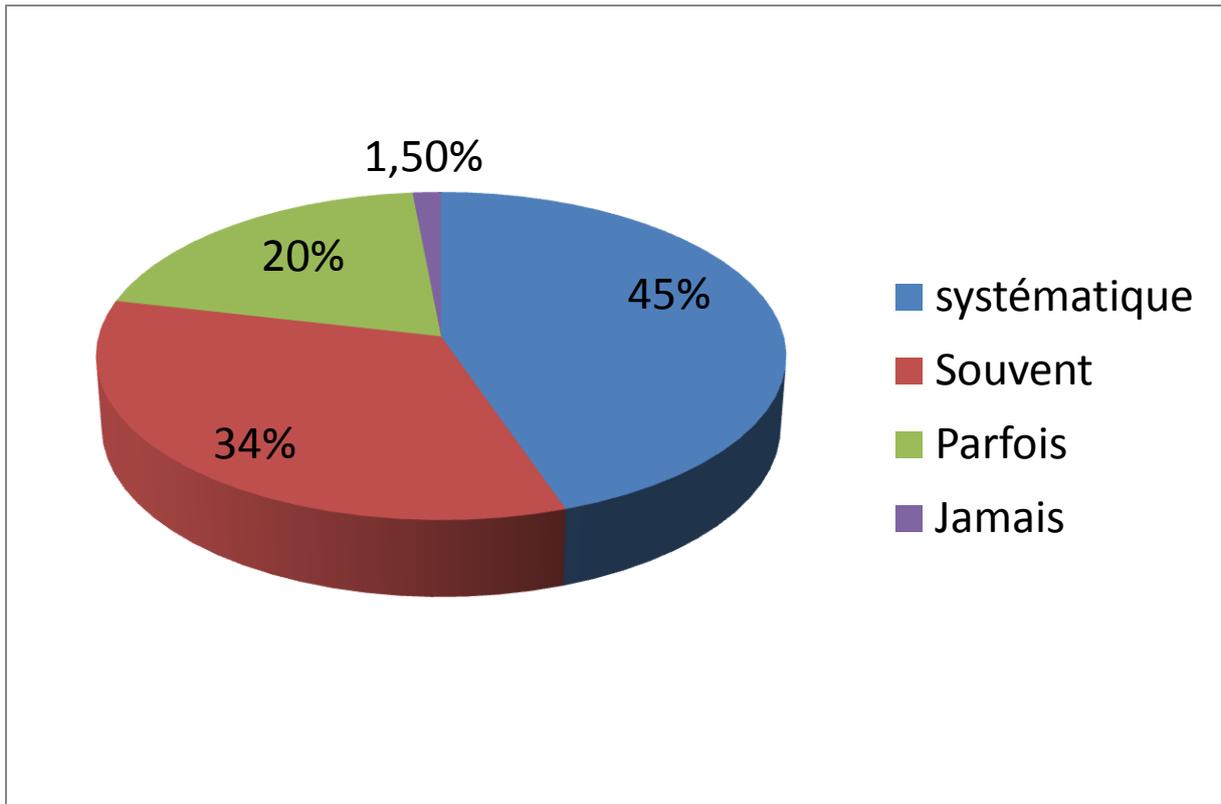
- Seulement 124 médecins sur 542 soit 23% des médecins généralistes interrogés ont décidé de prescrire une radiographie standard de la zone de siège de la tuméfaction à l'issue de la première consultation.
- 41 médecins sur 542 soit 7% ont déclaré prescrire un scanner.

- La quasi-totalité des médecins généralistes : 515 sur 542 soit 95% ont prescrit une échographie des parties molles.
- Seulement 73 médecins sur 542 soit 13% ont prescrit une IRM.



**Examens d'imagerie prescrits en cas de TPM avec signes cliniques inquiétants  
(Questions 1-4)**

Devant une TPM en général, 45% des médecins généralistes prescrivent systématiquement un examen d'imagerie médicale, 34% prescrivent souvent au moins un examen complémentaire d'imagerie, 20% des médecins en prescrivent parfois et ils ne sont que 1.5% à ne jamais en prescrire.



**Prescriptions d'examens d'imagerie par les médecins généralistes devant une TPM en général (Question 14)**

### III-3-2 Biologie

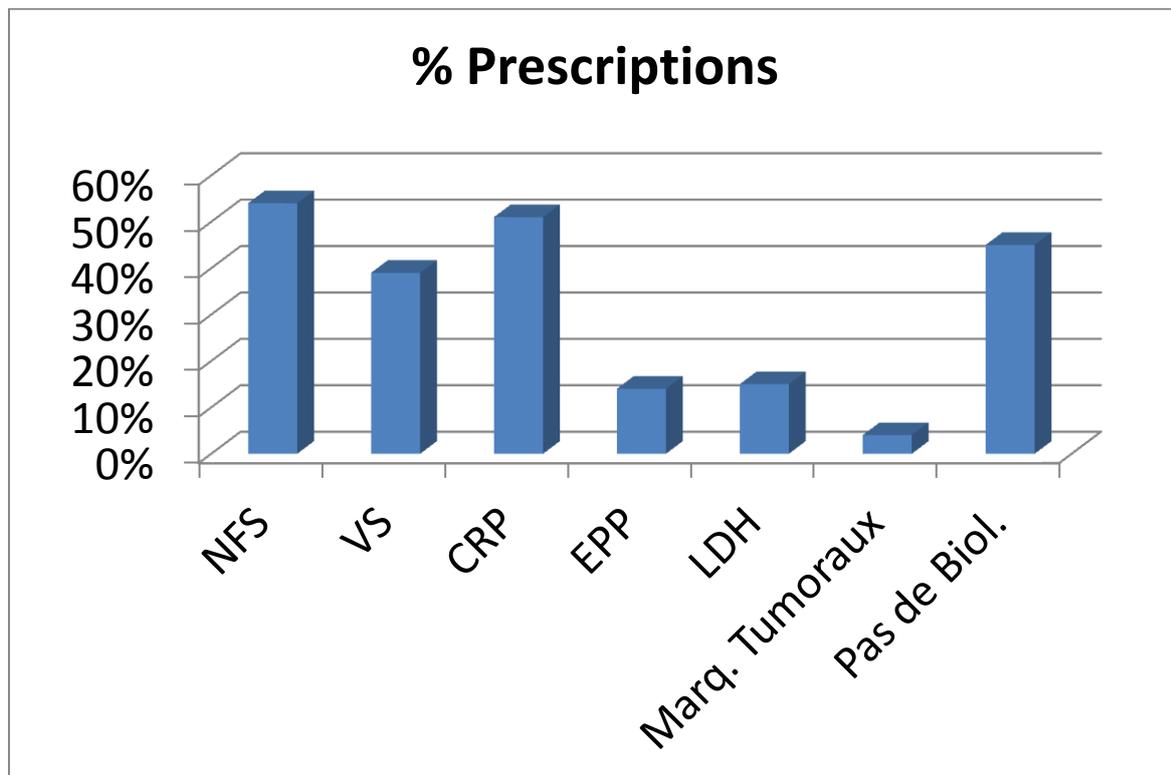
Sur le plan biologique, les marqueurs les plus fréquemment prescrits ont été la Numération Formule Sanguine (citée par 54% des médecins), la Vitesse de Sédimentation (40%) et la protéine C réactive (CRP) (51%).

14% des médecins ont demandé une électrophorèse des protéines plasmatiques.

15% des médecins ont demandé le dosage de la Lactodeshydrogénase ou LDH.

4% ont demandé le dosage de marqueurs tumoraux (non identifiés)

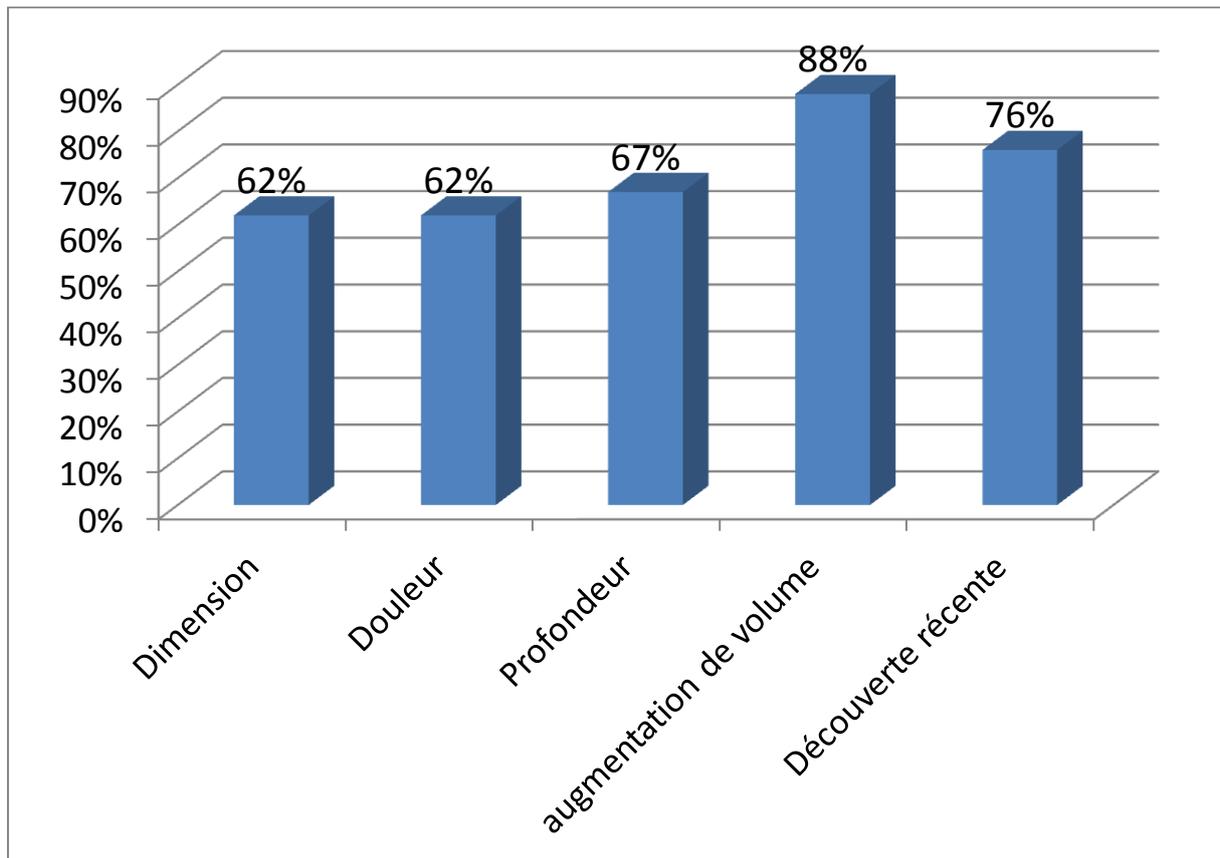
45% ont également déclaré avoir pu ne pas prescrire de bilan biologique complémentaire à l'issue de la première consultation.



**Examens biologiques prescrits devant une TPM présentant des signes cliniques inquiétants (Question 5)**

### III-4 Signes cliniques inquiétants lors de l'examen d'une TPM déclenchant la prescription d'un bilan d'imagerie par les médecins généralistes

La majorité des médecins généralistes interrogés avaient connaissance des signes cliniques inquiétants d'une tumeur des parties molles impliquant la prescription d'un bilan d'imagerie complémentaire, ils sont notamment 62% à évoquer le critère essentiel de taille importante.



**Signes cliniques inquiétants relevés lors de l'examen d'une TPM et susceptibles de déclencher la prescription d'un examen d'imagerie par les médecins généralistes (Question 16)**

### III-5 Formation initiale ou continue sur la prise en charge des tumeurs des parties molles en médecine générale

Une grande majorité des médecins interrogés (78%) ont déclaré n'avoir jamais reçu de formation initiale ou continue sur le thème tumeur des parties molles et 83% d'entre eux ont sollicité la mise à jour de leurs connaissances. Enfin, plus de 88% des médecins interrogés ont souhaité recevoir la synthèse des recommandations ESMO.

### III-6 Type de spécialiste ou réseaux sollicités pour avis en cas de doute sur caractère bénin ou malin d'une tumeur des parties molles :

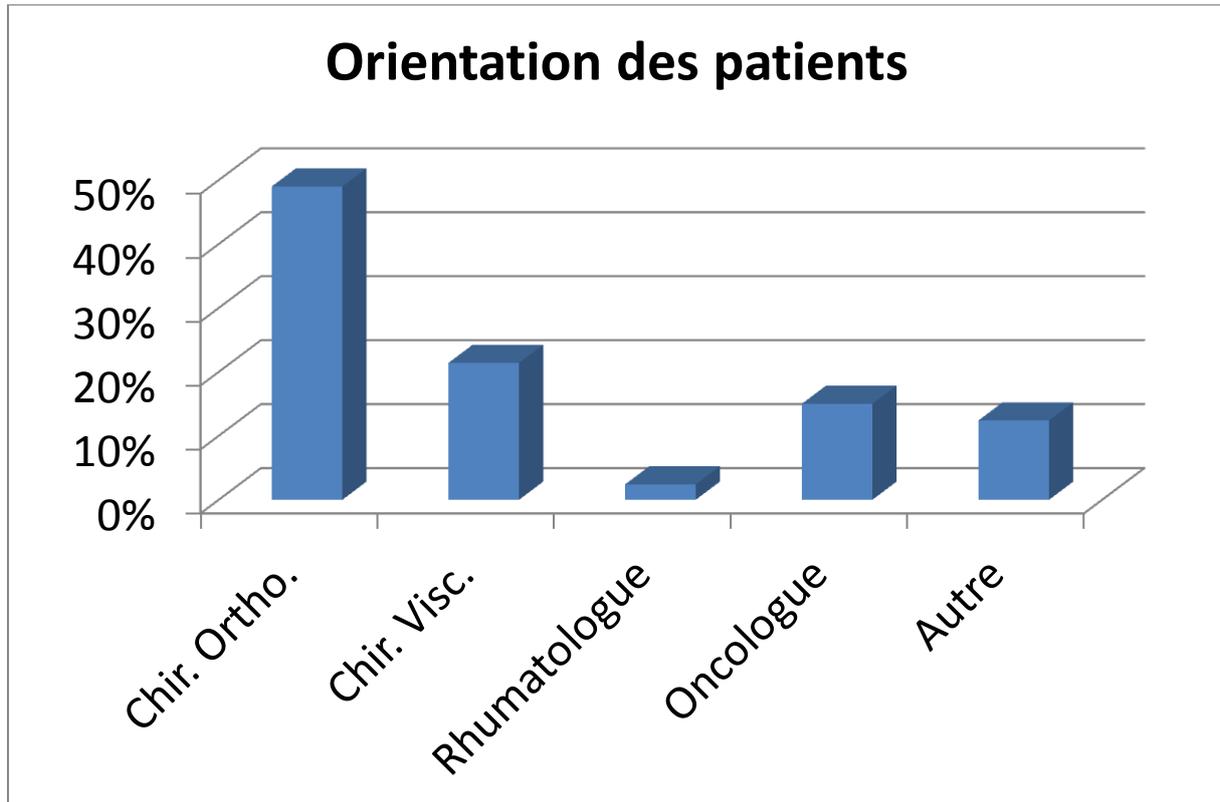
49% des généralistes adressent leurs patients à un chirurgien orthopédiste en cas de doute sur une tumeur des parties molles

21% des généralistes interrogés adressent préférentiellement leur patient vers un spécialiste en chirurgie viscérale

2% vers un spécialiste en rhumatologie

15% vers un spécialiste en oncologie médicale

13% vers un autre spécialiste ou réseau autre que les spécialistes précédemment cités



#### Spécialistes sollicités par les médecins généralistes en cas de TPM suspecte (Question 6)

La majorité des généralistes interrogés soit 72% adressent préférentiellement leur patient en cas de doute vers le centre hospitalier public ou privé le plus proche.

Seuls 26% des médecins généralistes interrogés adressent leur patient vers un centre spécifiquement adapté à la prise en charge des tumeurs des parties molles

Moins de 2% des médecins généralistes interrogés ont affirmé avoir connaissance des réseaux spécialisés dans la prise en charge des tumeurs des parties molles NetSarc, RRePS et ResOs.

## **PARTIE IV : DISCUSSION**

La prise en charge en premier recours par les médecins généralistes des tumeurs des parties molles est un sujet qui n'a jamais été abordé dans la littérature médicale française.

Il arrive pourtant fréquemment (et même de plus en plus souvent du fait du parcours de soins imposé par l'assurance maladie) que les patients consultent un médecin généraliste en premier lieu devant la découverte d'une TPM ; ceci justifie ce travail qui proposait d'évaluer la prise en charge par les médecins généralistes de cette pathologie ainsi que leur sentiment vis-à-vis de leur formation sur ce thème.

Notre questionnaire a bénéficié d'une large diffusion (base de 10 000 adresses e-mail obtenue gracieusement via un organisme de sondages spécialisé dans les sondages ciblant les professionnels de santé) ce qui nous a permis d'obtenir un nombre de réponses important puisque 542 réponses ont été obtenues, largement au-delà de ce que nous nous étions fixé comme objectif de 250 réponses. L'analyse des réponses a été stoppée au bout de 48 heures à partir de la diffusion du mail avec le questionnaire.

La population des répondeurs est plutôt représentative des médecins généralistes nationaux sur la base de l'âge et du mode d'exercice avec une majorité de médecins ayant plus de 50 ans malgré un mode de diffusion par internet qui aurait pu exclure les médecins les plus âgés (certains maîtrisant peut être moins bien l'outil informatique), la majorité des médecins interrogés exerçaient la médecine générale en ville (86%).

Néanmoins, certaines adresses e-mail étaient erronées et on peut noter qu'une centaine de destinataires ont répondu qu'ils n'exerçaient pas ou plus la médecine générale de consultation et avaient donc été ciblés par erreur. Il est également possible que des non médecins généralistes aient pu répondre au questionnaire bien que le déroulé de ce dernier ne permette pas de répondre pertinemment pour un destinataire ne pratiquant pas la médecine générale de consultation.

Les résultats obtenus via le questionnaire sur la prise en charge en médecine générale des tumeurs des parties molles ont permis :

De confirmer que le motif de consultation « tumeur des parties molles » est un motif rencontré de manière régulière en médecine générale puisque la majorité des médecins estiment qu'ils doivent traiter ce problème de santé de 1 à 4 fois dans l'année et que près de 15% des médecins en voient plus de 5 par an.

Néanmoins, cette fréquence paraît nettement sous-estimée dans ces résultats puisque selon l'observatoire de la médecine générale, chaque médecin généraliste a reçu une moyenne annuelle de 22.5 patients pour le motif de consultation « Tuméfaction ». Cette sous-évaluation s'explique peut-être par le fait que le terme tumeur ou tuméfaction est souvent perçu comme attaché à un caractère malin alors que sur le plan médical une tumeur peut être bénigne ou maligne mais aussi car le terme de « tuméfaction » est plus large que le terme « tumeur des parties molles » et englobe par exemple les tumeurs mammaires et les abcès.

La majorité des médecins généralistes interrogés semblaient avoir connaissance des signes cliniques inquiétants évoquant une malignité des TPM dont la modification récente de la masse en volume, la découverte récente de la masse, la taille importante de la masse, sa profondeur ou son caractère douloureux puisque la majorité des médecins interrogés ont demandé un bilan d'imagerie complémentaire devant chacun de ces signes inquiétants. Néanmoins, on peut noter que devant une masse des parties molles de taille importante qui est

pourtant un signe inquiétant majeur, 38% des médecins généralistes ne prescrivent pas de bilan d'imagerie complémentaire.

En ce qui concerne les examens complémentaires d'imagerie demandés devant une TPM suspecte, les médecins généralistes interrogés ont été minoritaires à prescrire directement une exploration par IRM (13%) alors qu'il s'agit de l'examen de référence ; ils ont été à l'inverse très nombreux à prescrire une échographie (95%) accessible bien plus rapidement et moins coûteuse que l'IRM mais qui ne permet d'assurer le diagnostic positif que des kystes synoviaux.

De même, peu de médecins généralistes pensent à réaliser une radiographie standard en cas de tumeur suspecte des parties molles d'un membre (23%) alors que la radiographie conventionnelle, très accessible, est indispensable au bilan d'imagerie initial afin d'éliminer une tumeur de nature osseuse ou des calcifications intra tumorales.

Sur le plan de leur formation, la grande majorité des médecins généralistes interrogés (environ 78%) déclarent ne jamais avoir été formés de manière initiale ou dans le cadre de la formation continue sur la prise en charge des tumeurs des parties molles et plus de 4 médecins sur 5 ont estimé qu'une formation sur ce sujet serait utile à leur pratique.

Les réponses au questionnaire ont aussi montré que les médecins généralistes ne connaissent pas pour la plupart (à plus de 98%) les réseaux spécialisés dans la prise en charge diagnostique et thérapeutiques des tumeurs suspectes des parties molles ; ce qui explique qu'en cas de doute, les médecins généralistes pour 70% d'entre eux adressent au spécialiste au plus près du cabinet ou du domicile du patient et non au spécialiste de leur connaissance le plus compétent dans ce domaine.

Il découle de ces données qu'un renforcement de la formation des médecins généralistes sur la prise en charge des tumeurs des parties molles pourrait être utile pour une meilleure prise en charge des patients ayant une tumeur suspecte des parties molles.

Elle permettrait d'améliorer les compétences diagnostiques des médecins généralistes en les aidant à mieux maîtriser les signes cliniques inquiétants d'une TPM afin de réaliser un diagnostic plus rapide et plus précis en cas de pathologie tumorale s'avérant maligne.

Ainsi, la plupart des tumeurs des parties molles profondes et/ou mesurant plus de 5 cm de diamètre devraient conduire les médecins généralistes à demander un bilan radiographique conventionnel (en cas de siège tumoral sur les membres) et une IRM : examen le plus sensible et le plus spécifique.

Des recommandations reprenant les signes cliniques inquiétants à rechercher lors de l'examen des TPM et la conduite à tenir en cas de positivité existent en Suède depuis une trentaine d'années (29) ainsi qu'en Grande Bretagne depuis un dizaine d'années à l'intention des médecins généralistes (36).

Lorsque le médecin généraliste adresse son patient pour avis spécialisé, il est important que celui-ci soit le plus compétent pour gérer la pathologie du patient surtout si cette dernière nécessite une prise en charge diagnostique et thérapeutique multidisciplinaire très spécialisée comme c'est le cas pour les tumeurs des parties molles.

Cette prise en charge spécialisée et multidisciplinaire concerne les patients porteurs d'un sarcome confirmé mais également tout patient présentant une masse des tissus mous inexploquée, profonde et ou superficielle avec un diamètre supérieur à 5 cm (4, 6, 28, 48).

La connaissance des réseaux de soins spécialisés par les médecins généralistes est essentielle à l'exercice de leur compétence de coordination des soins.

Une information sur les réseaux de soins spécialisés existants paraît indispensable afin d'éviter les errances diagnostiques, les retards de prise en charge thérapeutiques et les traitements chirurgicaux inadaptés.

L'efficacité de l'élaboration et de la diffusion de recommandations aux médecins généralistes sur la prise en charge des TPM a été démontrée en Suède dans l'étude de Styring en 2012 (29). Dans cette étude, a été évaluée l'adhésion aux recommandations Suédoises sur les tumeurs des parties molles profondes ou superficielles de plus de 5 cm et notamment l'adhésion à la recommandation de référence (« referral pathway ») selon laquelle toute tumeur des parties molles profonde ou superficielle mesurant plus de 5 cm doit être adressée vers un centre spécialisé.

L'étude concluait à l'efficacité des recommandations de référence vers un centre spécialisé devant une tumeur suspecte des parties molles puisque la quasi-totalité des patients atteints par un sarcome avaient fini par être pris en charge en centre spécialisé ; elle concluait également que ces recommandations n'avaient pas conduit à un surcroît de travail inacceptable puisqu'un quart des patients adressés selon les critères d'alarme s'étaient vus diagnostiquer un sarcome. Néanmoins, cette étude soulignait que la référence directe en centre spécialisé pouvait être sérieusement améliorée.

En France, à l'inverse de la Suède et d'autres pays Européens, il n'existe pas de recommandations sur la prise en charge des tumeurs des parties molles en médecine générale. Les médecins généralistes ne sont pour la plupart pas informés de l'existence de réseaux spécialisés comme l'a confirmé notre étude, ni des principaux examens d'imagerie à réaliser en première intention en cas de doute.

L'élaboration de recommandations nationales aurait pour intérêt de faciliter et d'optimiser le diagnostic et la prise en charge des tumeurs des parties molles afin d'en optimiser la prise en charge diagnostique et thérapeutique et ainsi de limiter les situations d'errance diagnostique fréquentes en la matière.

## **CONCLUSION**

Notre étude a permis de confirmer que la prise en charge des tumeurs des parties molles était une question abordée de manière régulière (même si non quotidienne) en médecine générale.

Elle a également pu établir que si les médecins généralistes reconnaissent dans leur majorité les signes cliniques inquiétants lors de l'examen d'une tumeur des parties molles, les recommandations internationales ne sont pas appliquées s'agissant notamment des examens complémentaires d'imagerie à prescrire après identification d'une tumeur suspecte des parties molles. De même, les médecins généralistes interrogés ont déclaré pour la plupart ne pas connaître les réseaux spécialisés dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique des tumeurs des parties molles alors qu'adresser le patient au plus vite vers ces réseaux est fondamental pour améliorer la prise en charge des patients touchés par un sarcome des parties molles : une pathologie rare mais grave.

L'exposition de recommandations françaises et des réseaux spécialisés dans la prise en charge des tumeurs des parties molles serait souhaitable auprès des médecins généralistes français par le biais de la formation médicale initiale et/ou continue.



## Annexe 1

### PRISE EN CHARGE DES TUMEURS DES PARTIES MOLLES EN MEDECINE GENERALE

#### D) CAS CLINIQUE :

Un patient âgé de 40 ans, sans antécédents médicaux notables, vient consulter au cabinet au sujet d'une tuméfaction siégeant sur le haut de la cuisse gauche qui l'inquiète. Il a remarqué la présence de cette masse sous la douche il y a quelques semaines maintenant. A l'examen clinique, la masse mesure environ 6 cm de diamètre, elle n'est pas douloureuse ni d'allure inflammatoire, elle est plutôt molle, profonde, mobile par rapport au plan aponévrotique.

Vous décidez à l'issue de cette première consultation de compléter votre examen clinique par un ou des examens paracliniques d'imagerie de la zone sur laquelle siège la tumeur.

**1- Prescrivez-vous une radiographie standard du fémur gauche ?**

- Oui
- Non

**2 - Prescrivez-vous un scanner ?**

- Oui
- Non

**3- Prescrivez-vous une échographie ?**

- Oui
- Non

**4- Prescrivez-vous une IRM ?**

- Oui
- Non

**5- Parmi les examens biologiques suivants, le ou lesquels seriez-vous susceptibles de prescrire à l'issue de cette première consultation :**

- NFS
- VS
- CRP
- EPP
- LDH
- Marqueurs tumoraux
- Aucun

**6- Le patient a finalement eu une imagerie qui ne permet pas de conclure au caractère bénin ou malin de la lésion : vous décidez de prendre un avis spécialisé :**

**A quel(s) spécialiste(s) vous adressez-vous ? (1 seule réponse)**

- Un(e) spécialiste en chirurgie orthopédique
- Un(e) spécialiste en chirurgie viscérale
- Un(e) spécialiste en rhumatologie
- Un(e) spécialiste en oncologie médicale
- Autre Spécialiste ou réseau de votre connaissance

**7- Vers quel type de structure adressez-vous préférentiellement votre patient ?**

- Vers le centre hospitalier, public ou privé, le plus proche ou celui avec lequel vous avez l'habitude de travailler
- Vers un centre hospitalier, public ou privé, dont vous avez connaissance de la spécialisation dans la prise en charge des tumeurs des parties molles

**II) QUESTIONNAIRE (SUITE)**

**8-Etes-vous médecin généraliste ?**

- Oui
- Non

**9- Dans quel milieu exercez-vous la médecine générale ?**

- En ville
- En milieu hospitalier
- En centre de santé

**10- Dans quelle tranche d'âge vous situez vous ?**

- Entre 20 et 30 ans
- Entre 30 et 40 ans
- Entre 40 et 50 ans
- Entre 50 et 60 ans
- 60 ans et plus

**11-Avez-vous été confronté(e) au cours de l'année écoulée à un patient présentant une tumeur (maligne ou bénigne) des parties molles (sein et peau exclus) ?**

- Oui
- Non

**12- Au cours de l'année écoulée à combien de reprises estimez-vous avoir été confronté(e) au cours de vos consultations à la prise en charge en premier recours d'une tumeur des parties molles ?**

- 0

- 1 à 4
- 5 à 10
- 11 à 20
- Plus de 20 fois

**13- Vous sentez-vous à l'aise dans la prise en charge des tumeurs des parties molles en premier recours ?**

- Tout à fait à l'aise
- En partie à l'aise
- Peu à l'aise
- Pas du tout à l'aise

**14- Devant une tumeur des parties molles, prescrivez-vous systématiquement un ou plusieurs examens complémentaires d'imagerie médicale ?**

- Jamais
- Parfois
- Souvent
- Toujours

**15- Parmi ces différents examens le ou lesquels prescrivez-vous systématiquement en première intention ?**

- Bilan biologique
- Radiographie
- Echographie
- Scanner
- IRM
- Aucun

**16- Parmi les caractéristiques cliniques suivantes d'une masse des parties molles, la ou lesquelles vous incitent à demander une imagerie ? (Une ou plusieurs réponses possibles)**

- Une masse de taille importante
- Une masse douloureuse
- Une masse profonde
- Une modification récente de la masse en volume/consistance
- Une découverte récente de la masse

**17- Avez-vous déjà reçu dans le cadre de votre formation initiale ou continue une formation spécifique sur la prise en charge des tumeurs des parties molles ?**

- Non, jamais
- Oui, une fois
- Oui, à plusieurs reprises

**18- Ressentez-vous un besoin de mise à jour de vos connaissances sur la prise en charge des tumeurs des parties molles ?**

- Oui  
 Non

**19- Connaissez-vous le réseau de soin NetSarc?**

- Oui  
 Non

**20-Connaissez-vous le réseau de soin RRePS?**

- Oui  
 Non

**21-Connaissez-vous le réseau de soin ResOs ?**

- Oui  
 Non

**Si vous souhaitez accéder à la synthèse des recommandations sur la prise en charge des sarcomes des parties molles selon l'ESMO (European Sarcoma Network Working Group), cliquez [ici](#).**

**Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.**



## Annexe 2

### **SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS SUR LES SARCOMES DES TISSUS MOUS SELON L'ESMO (European Sarcoma Network Working Group)**

#### **Epidémiologie**

- leur incidence est rare : 4-5/100 000 habitants/an en Europe
- les sarcomes des parties molles sont ubiquitaires
- la prise en charge est multidisciplinaire, dans un centre de référence

#### **Prise en charge**

- les patient(e)s atteint(e)s ou suspect(e)s de sarcome doivent être adressé(e)s vers un centre de référence
- en pratique, toute masse des parties molles non expliquée, profonde, ou superficielle de plus de 5cm, doit être référée

#### **Imagerie**

- l'IRM est l'examen de choix pour l'imagerie des masses des parties molles des extrémités, et du tronc
- l'échographie peut être réalisée mais devrait être suivie d'une IRM ou d'un scanner
- la radiographie peut être utile pour éliminer une tumeur osseuse ou rechercher des calcifications dans la masse
- le scanner est utile pour analyser les masses calcifiées et pour les sarcomes rétro-péritonéaux

#### **Biopsie**

- une biopsie (micro biopsie ou chirurgicale) est nécessaire avant l'initiation du traitement
- une biopsie exérèse peut-être réalisée pour les masses superficielles, de moins de 3cm, dans un centre de référence, avec une imagerie
- la biopsie doit être réalisée dans un centre de référence après discussion en réunion de concertation pluridisciplinaire

#### **Examens complémentaires**

- le scanner thoracique sans injection est nécessaire au bilan d'extension
- d'autres examens peuvent être utiles dans le bilan d'extension (scanner abdomino-pelvien, TEP-scanner, etc.)

#### **Traitement d'un sarcome des parties molles localisé**

- la chirurgie large est le traitement de référence pour un sarcome des parties molles localisé
- la radiothérapie peut être utilisée dans certains cas pour diminuer le risque de récurrence locale
- il n'existe pas de consensus sur l'utilisation de la chimiothérapie. La chimiothérapie peut être utilisée chez les patients présentant un haut risque de récurrence

#### **Suivi**

- le suivi des patients dépend du grade de la tumeur.
- un suivi tous les 4 mois pendant 2 ans, tous les ans jusqu'à 5 ans, puis tous les ans jusqu'à 10 ans est souvent proposé
- le suivi comporte souvent un examen clinique local à la recherche d'une récurrence locale, et un examen radiographique des poumons
- l'utilisation d'une IRM du site opéré et d'un scanner sans injection du thorax est habituelle

### **Référence**

Soft tissue and visceral sarcomas : ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up.

The ESMO/European Sarcoma Network Working Group. Annals of Oncology 25 (Supplement 3), 2014

### **Les réseaux en France**

- le réseau RRePS (réseau de référence en Pathologie des Sarcomes des Tissus Mous et des Viscères) : <https://rreps.sarcomabcb.org/>

- le réseau NetSarc (réseau de référence clinique des sarcomes) :

<https://netsarc.sarcomabcb.org/>

- le réseau ResOs (réseau de référence clinique des sarcomes osseux) :

<https://resos.sarcomabcb.org/>

## **BIBLIOGRAPHIE :**

1. George A, Grimer R. Early symptoms of bone and soft tissue sarcomas: could they be diagnosed earlier? *Annals of the Royal College of Surgeons of England*. 2012;94(4):261-6.
2. Clark MA, Thomas JM. Delay in referral to a specialist soft-tissue sarcoma unit. *European journal of surgical oncology : the journal of the European Society of Surgical Oncology and the British Association of Surgical Oncology*. 2005;31(4):443-8.
3. Nakamura T, Matsumine A, Matsubara T, Asanuma K, Uchida A, Sudo A. The symptom-to-diagnosis delay in soft tissue sarcoma influence the overall survival and the development of distant metastasis. *Journal of surgical oncology*. 2011;104(7):771-5.
4. Group ESESNW. Soft tissue and visceral sarcomas: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology / ESMO*. 2014;25 Suppl 3:iii102-12.
5. Jo VY, Fletcher CD. WHO classification of soft tissue tumours: an update based on the 2013 (4th) edition. *Pathology*. 2014;46(2):95-104.
6. Honore C, Meeus P, Stoeckle E, Bonvalot S. Soft tissue sarcoma in France in 2015: Epidemiology, classification and organization of clinical care. *Journal of visceral surgery*. 2015;152(4):223-30.
7. Damron TA, Beauchamp CP, Rougraff BT, Ward WG, Sr. Soft-tissue lumps and bumps. *Instructional course lectures*. 2004;53:625-37.
8. Ducimetiere F, Lurkin A, Ranchere-Vince D, Decouvelaere AV, Peoc'h M, Istier L, Chalabreysse P, Muller C, Alberti L, Bringuier PP, Scoazec JY, Schott AM, Bergeron C, Cellier D, Blay JY, Ray-Coquard I. Incidence of sarcoma histotypes and molecular subtypes in a prospective epidemiological study with central pathology review and molecular testing. *PLoS one*. 2011;6(8):e20294.
9. Siegel R, Ma J, Zou Z, Jemal A. Cancer statistics, 2014. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2014;64(1):9-29.
10. Biau DJ, Ferguson PC, Turcotte RE, Chung P, Isler MH, Riad S, Griffin AM, Catton CN, O'Sullivan B, Wunder JS. Adverse effect of older age on the recurrence of soft tissue sarcoma of the extremities and trunk. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2011;29(30):4029-35.
11. Clark MA, Thomas JM. Amputation for soft-tissue sarcoma. *The Lancet Oncology*. 2003;4(6):335-42.
12. Maretty-Nielsen K, Aggerholm-Pedersen N, Keller J, Safwat A, Baerentzen S, Pedersen AB. Relative mortality in soft tissue sarcoma patients: a Danish population-based cohort study. *BMC cancer*. 2014;14:682.
13. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2016. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2016;66(1):7-30.
14. Babinet A. *Prise en charge des sarcomes des tissus mous Maîtrise Orthopédique*. 2004;136.
15. Gronchi A, Miceli R, Colombo C, Collini P, Stacchiotti S, Olmi P, Mariani L, Bertulli R, Fiore M, Casali PG. Primary extremity soft tissue sarcomas: outcome improvement over time at a single institution. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology / ESMO*. 2011;22(7):1675-81.
16. Johnson CJ, Pynsent PB, Grimer RJ. Clinical features of soft tissue sarcomas. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*. 2001;83(3):203-5.
17. [www.oncopathologie.com](http://www.oncopathologie.com).
18. Alho A, Alvegard TA, Berlin O, Ranstam J, Rydholm A, Rooser B, Stener B. Surgical margin in soft tissue sarcoma. The Scandinavian Sarcoma Group experience. *Acta orthopaedica Scandinavica*. 1989;60(6):687-92.
19. Enneking WF, Spanier SS, Malawer MM. The effect of the Anatomic setting on the results of surgical procedures for soft parts sarcoma of the thigh. *Cancer*. 1981;47(5):1005-22.

20. Adjuvant chemotherapy for localised resectable soft-tissue sarcoma of adults: meta-analysis of individual data. Sarcoma Meta-analysis Collaboration. *Lancet*. 1997;350(9092):1647-54.
21. Gustafson P, Dreinhofer KE, Rydholm A. Soft tissue sarcoma should be treated at a tumor center. A comparison of quality of surgery in 375 patients. *Acta orthopaedica Scandinavica*. 1994;65(1):47-50.
22. SR Babin PS, JP Bergerat, JM Jung, JC Dosch, L Marcellin. Tumeurs des tissus mous des membres Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Paris: Elsevier ; 1999. 1999;14-030-L-10:1-10.
23. Singer S, Corson JM, Gonin R, Labow B, Eberlein TJ. Prognostic factors predictive of survival and local recurrence for extremity soft tissue sarcoma. *Annals of surgery*. 1994;219(2):165-73.
24. Biau DJ, Ferguson PC, Chung P, Griffin AM, Catton CN, O'Sullivan B, Wunder JS. Local recurrence of localized soft tissue sarcoma: a new look at old predictors. *Cancer*. 2012;118(23):5867-77.
25. Mariani O, Brennetot C, Coindre JM, Gruel N, Ganem C, Delattre O, Stern MH, Aurias A. JUN oncogene amplification and overexpression block adipocytic differentiation in highly aggressive sarcomas. *Cancer cell*. 2007;11(4):361-74.
26. Institut Curie. Découverte du gène responsable de l'agressivité des liposarcomes <http://curiefr/sites/default/files/cancer-liposarcome-decouverte-Jun-agressivitepdf>. 2007.
27. <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Prise-en-charge-des-cancers-rares>.
28. P. Bonnevalle AG-B, A. Ponsot , N. Sans , M. Delannes , C. Chevreau. Les tumeurs malignes des parties molles, le chirurgien orthopédiste et l'équipe pluridisciplinaire. *Maîtrise Orthopédique*. 2011;N°205.
29. Styring E, Billing V, Hartman L, Nilbert M, Seinen JM, Veurink N, Vult von Steyern F, Rydholm A. Simple guidelines for efficient referral of soft-tissue sarcomas: a population-based evaluation of adherence to guidelines and referral patterns. *The Journal of bone and joint surgery American volume*. 2012;94(14):1291-6.
30. Frassica FJ, Khanna JA, McCarthy EF. The role of MR imaging in soft tissue tumor evaluation: perspective of the orthopedic oncologist and musculoskeletal pathologist. *Magnetic resonance imaging clinics of North America*. 2000;8(4):915-27.
31. Datir A, James SL, Ali K, Lee J, Ahmad M, Saifuddin A. MRI of soft-tissue masses: the relationship between lesion size, depth, and diagnosis. *Clinical radiology*. 2008;63(4):373-8; discussion 9-80.
32. Taieb S, Ceugnart L, Gauthier H, Penel N, Vanseymortier L. [Soft tissue sarcoma: role of imaging for initial diagnosis and treatment]. *Cancer radiothérapie : journal de la Société française de radiothérapie oncologique*. 2006;10(1-2):22-33.
33. Lakkaraju A, Sinha R, Garikipati R, Edward S, Robinson P. Ultrasound for initial evaluation and triage of clinically suspicious soft-tissue masses. *Clinical radiology*. 2009;64(6):615-21.
34. Thevenin FS, Drape JL, Biau D, Campagna R, Richarme D, Guerini H, Chevrot A, Larousserie F, Babinet A, Anract P, Feydy A. Assessment of vascular invasion by bone and soft tissue tumours of the limbs: usefulness of MDCT angiography. *European radiology*. 2010;20(6):1524-31.
35. Anract P LF, Feydy A, Babinet A, Biau D. . Stratégies et techniques de biopsie pour suspicion de tumeurs des os. *EMC- Techniques chirurgicales- Orthopédie-Traumatologie*. 2015([Article 44-089]):1-12.
36. Grimer R, Judson I, Peake D, Seddon B. Guidelines for the management of soft tissue sarcomas. *Sarcoma*. 2010;2010:506182.
37. Dyrop HB, Vedsted P, Safwat A, Maretty-Nielsen K, Hansen BH, Jorgensen PH, Baad-Hansen T, Keller J. Alarm symptoms of soft-tissue and bone sarcoma in patients referred to a specialist center. *Acta orthopaedica*. 2014;85(6):657-62.
38. Bauer HC, Trovik CS, Alvegard TA, Berlin O, Erlanson M, Gustafson P, Klepp R, Moller TR, Rydholm A, Saeter G, Wahlstrom O, Wiklund T. Monitoring referral and treatment in soft tissue sarcoma: study based on 1,851 patients from the Scandinavian Sarcoma Group Register. *Acta orthopaedica Scandinavica*. 2001;72(2):150-9.

39. Observatoire de la médecine générale. Résultats du motif de consultation Tuméfaction. <http://omgsmgorg/content/donnees/donneesphp?sid=f0843d0a40c20c06ca96b9aaa8>.
40. Société Française de Médecine Générale. Dictionnaire des résultats de consultation en médecine générale. 2010:263.
41. Brouns F, Stas M, De Wever I. Delay in diagnosis of soft tissue sarcomas. *European journal of surgical oncology : the journal of the European Society of Surgical Oncology and the British Association of Surgical Oncology*. 2003;29(5):440-5.
42. Zacherl M, Kastner N, Glehr M, Scheipl S, Schwantzer G, Koch H, Leithner A, Windhager R. Influence of prereferral surgery in soft tissue sarcoma: 10 years' experience in a single institution. *Orthopedics*. 2012;35(8):e1214-20.
43. Gustafson P. Soft tissue sarcoma. Epidemiology and prognosis in 508 patients. *Acta orthopaedica Scandinavica Supplementum*. 1994;259:1-31.
44. Pisters PW, Leung DH, Woodruff J, Shi W, Brennan MF. Analysis of prognostic factors in 1,041 patients with localized soft tissue sarcomas of the extremities. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 1996;14(5):1679-89.
45. Mankin HJ, Mankin KP, Harmon DC. Liposarcoma: a soft tissue tumor with many presentations. *Musculoskeletal surgery*. 2014;98(3):171-7.
46. Mankin HJ, Mankin CJ, Simon MA. The hazards of the biopsy, revisited. *Members of the Musculoskeletal Tumor Society. The Journal of bone and joint surgery American volume*. 1996;78(5):656-63.
47. Biau DJ, Weiss KR, Bhumbra RS, Davidson D, Brown C, Griffin A, Wunder JS, Ferguson PC. Monitoring the adequacy of surgical margins after resection of bone and soft-tissue sarcoma. *Annals of surgical oncology*. 2013;20(6):1858-64.
48. Dujardin F, Debled M, Guillemet C, Simonet J, Hamidou H, Cambon-Michot C, Dubray B, Vera P. [Diagnosis and treatment of soft-tissue tumors]. *Revue de chirurgie orthopedique et reparatrice de l'appareil moteur*. 2006;92(7):637-50.

## Prise en charge des tumeurs des parties molles en médecine générale

### Résumé :

Le médecin généraliste est souvent consulté en premier recours lorsqu'un patient se découvre une tumeur des parties molles. Il n'existe actuellement aucune recommandation française sur la prise en charge des tumeurs des parties molles en médecine générale. Parmi ces tumeurs, il existe les sarcomes, une pathologie rare mais grave dont la prise en charge est très spécialisée.

Notre étude a eu pour objectif principal de déterminer quelles sont les pratiques actuelles des médecins généralistes en matière de prise en charge des tumeurs des parties molles afin de les comparer aux recommandations internationales existantes ; l'objectif secondaire était de déterminer s'il existe un besoin de formation sur ce sujet auprès des médecins généralistes.

Il s'agit d'une étude quantitative, transversale, observationnelle sur les pratiques professionnelles des médecins généralistes lors de la prise en charge des tumeurs des parties molles réalisée via un auto questionnaire envoyé par e-mail en mars 2015 à des médecins généralistes français figurant dans une base de données comportant plus de 10 000 e-mail.

542 réponses au questionnaire ont été obtenues. Devant une masse des parties molles de taille importante, 38% des médecins généralistes ne prescrivent pas de bilan d'imagerie complémentaire. Ils ne sont que 13% à prescrire une IRM en cas de masse suspecte et ne connaissent pas, pour la plupart (98%), les réseaux spécialisés dans la prise en charge des tumeurs malignes des parties molles.

La prise en charge des tumeurs des parties molles en médecine générale pourrait être améliorée grâce à l'élaboration et à la diffusion de recommandations nationales auprès des médecins généralistes.

Mots clés : Tumeurs des parties molles ; médecin généraliste ; diagnostic ; prise en charge

Titre en anglais : Management of patients with soft tissue tumors by general practionners

**Université Paris Descartes**  
**Faculté de Médecine Paris Descartes**  
**15, rue de l'École de Médecine**  
**75270 Paris cedex 06**