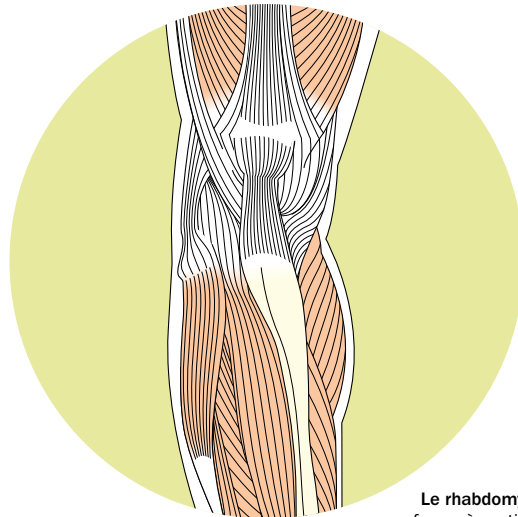
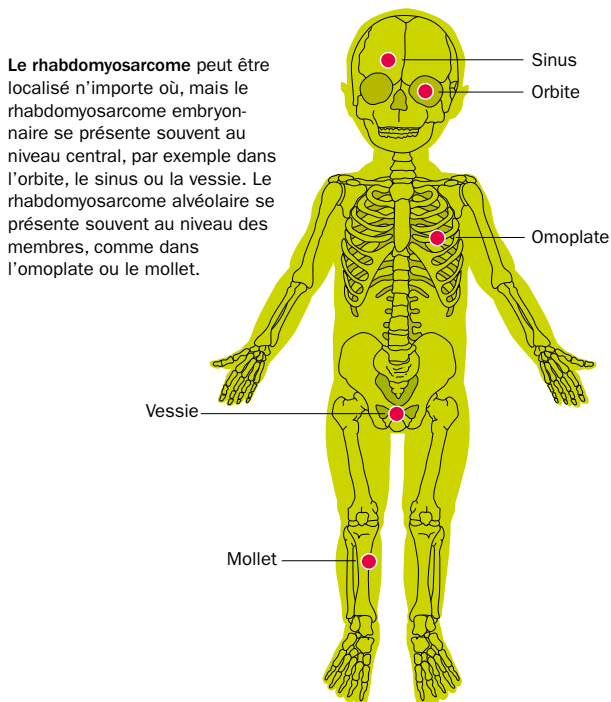


INFORMATIONS SUR LE RHABDOMYOSARCOME

Le rhabdomyosarcome, ou RMS, a son origine dans les muscles. C'est le type de sarcome le plus courant chez l'enfant. En Suède, quelque six à dix enfants sont touchés chaque année.



RHABDOMYOSARCOME

Le rhabdomyosarcome peut en principe survenir à n'importe quel endroit du corps où les muscles – surtout les muscles squelettiques – sont en cours de développement. Environ 60 pour cent de tous les rhabdomyosarcomes se situent au niveau de la tête et de la région du cou. L'emplacement le plus courant est l'orbite, où la tumeur se situe dans dix pour cent des cas. Un autre emplacement courant se situe autour de la vessie.

SYMPTÔMES

Un rhabdomyosarcome peut se manifester de plusieurs manières différentes. Un nodule qui se développe ou ne disparaît pas peut provoquer une lésion au niveau des nerfs ou avoir une incidence sur différents organes. Par exemple, il peut devenir difficile d'uriner.

La tumeur proprement dite ne fait pas mal, mais les tissus qui l'entourent peuvent être douloureux. Sous l'effet d'une tumeur dans l'orbite, l'œil peut présenter un gonflement et une tumeur dans l'oreille peut apparaître dans le conduit auditif.

Un saignement spontané peut être un premier signe de rhabdomyosarcome.

DIAGNOSTIC

Afin d'établir un diagnostic correct, les médecins prélèvent un échantillon cellulaire ou du tissu de la tumeur. Le secteur autour de la tumeur suspecte est étudié par examen radiologique.

Une éventuelle propagation est le plus souvent constatée dans les poumons, qui font également l'objet d'un examen radio-

logique. Les médecins font aussi un examen radiologique du squelette et prennent un échantillon de la moelle osseuse pour vérifier la présence de cellules cancéreuses dans le squelette.

Si la tumeur est proche du cerveau ou de la moelle épinière, un échantillon est également prélevé dans le liquide céphalo-rachidien. De nombreux sarcomes peuvent être identifiés avec précision par analyse de leurs anomalies génétiques.

PRINCIPAUX TYPES

Il existe deux catégories de rhabdomyosarcomes : les embryonnaires et les alvéolaires. Le type de traitement et le pronostic dépendent en grande partie du type de RMS.

Le rhabdomyosarcome embryonnaire »

se forme à partir de cellules musculaires restées très immatures après le stade embryonnaire. Elles ont en général un emplacement central dans le corps, par exemple dans l'orbite, le sinus ou la vessie.

Cette forme de RMS touche essentiellement les enfants en bas âge.

Le RMS alvéolaire se forme à partir de cellules musculaires plus matures et se situe plus généralement dans les membres, par exemple dans l'omoplate ou le mollet.

Le sarcome alvéolaire, plus fréquent chez les enfants plus âgés et les adolescents, est plus agressif et résiste plus fortement au traitement.

TRAITEMENT

Les enfants atteints de rhabdomyosarcome sont presque toujours traités par une combinaison de chimiothérapie, chirurgie et/ou radiothérapie.

La plupart de ces enfants suivent d'abord des séances de chimiothérapie afin de réduire la tumeur.

Les RMS alvéolaires ont le plus souvent besoin de radiothérapie, quel que soit le résultat du traitement chirurgical. Le plus souvent, il est alors prescrit à l'enfant une nouvelle série de séances de chimiothérapie. Le traitement dure généralement six mois, mais dans certains cas, il est suivi d'un traitement d'entretien de six mois.

PRONOSTIC

Quel que soit le type de RMS, le taux de survie s'est amélioré de manière radicale durant ces dernières années. Deux facteurs sont cependant très importants, à savoir depuis quelles cellules la tumeur s'est développée, ainsi que l'emplacement de celle-ci. Entre 70 et 90 pour cent des enfants atteints de RMS retrouvent aujourd'hui une bonne santé. Entre 20 et 30 pour cent subissent cependant une rechute.

D'une manière générale, les RMS alvéolaires sont plus difficiles à traiter que les embryonnaires, ainsi que les tumeurs

chez les enfants de plus de dix ans. Il en est de même pour les tumeurs qui font plus de cinq centimètres de diamètre ainsi que si la tumeur s'est déjà diffusée à l'établissement du diagnostic, ce qui est le cas pour un enfant sur cinq.

L'emplacement de la tumeur joue également un rôle sur l'importance du traitement local pratiqué par les médecins, c'est-à-dire s'il est possible d'opérer sans endommager les tissus et organes sains, ou d'appliquer un traitement de radiothérapie sans trop risquer de complications ultérieures.

Si l'on traite par exemple des tumeurs à proximité de la vessie ou des organes sexuels, on risque d'affecter la fonction de la vessie, la vie sexuelle future de l'enfant ainsi que sa possibilité d'avoir des enfants.

Données vérifiées par Gustaf Ljungman, maître de conférences et médecin-chef à l'hôpital académique pour enfants «Akademiska barnsjukhuset» d'Uppsala, Suède, septembre 2017.