

# Sarcomes de l'utérus

Ce référentiel, dont l'utilisation s'effectue sur le fondement des principes déontologiques d'exercice personnel de la médecine, a été élaboré par un groupe de travail pluridisciplinaire de professionnels des réseaux régionaux de cancérologie de Lorraine (ONCOLOR), d'Alsace (CAROL), de Bourgogne (ONCOBOURGOGNE), de Champagne-Ardenne (ONCOCHA) et de Franche-Comté (ONCOLIE), en tenant compte des recommandations nationales, et conformément aux données acquises de la science au **17 mai 2013**.

## ■ Généralités

- ▶ Les sarcomes utérins sont des **tumeurs rares**, représentant moins de 3 % des tumeurs malignes du tractus génital féminin et entre 3 et 7 % des tumeurs malignes du corps utérin.
- ▶ Il s'agit d'un groupe de tumeurs, comprenant différents **sous-types histologiques** avec des tumeurs pouvant être d'origine conjonctive pure comme les léiomyosarcomes (LMS) ; les autres sous-types sont les sarcomes du stroma endométrial (ESS) et les sarcomes indifférenciés.
  - La majorité des sarcomes utérins sont les léiomyosarcomes (60 %), avec une forme myxoïde et une variété épithélioïde, tumeurs souvent volumineuses, dont la survie est de 25 à 40 % à 5 ans quelque soit le stade.
  - Les ESS et les sarcomes indifférenciés sont rares. Les ESS sont de meilleur pronostic que les autres sarcomes utérins avec une survie à 5 ans de 57 à 70 %.
  - On distingue des sarcomes du stroma endométrial de bas grade survenant chez des femmes plus jeunes avec souvent une expression des récepteurs hormonaux de bon pronostic et des sarcomes du stroma endométrial indifférenciés survenant à un âge plus tardif, avec une activité mitotique élevée et/ou une nécrose tumorale. Ce sont des tumeurs de très mauvais pronostic.
- ▶ Les **définitions pathologiques** ont été revues : les ESS étaient antérieurement les sarcomes de bas grade et les sarcomes indifférenciés étaient les sarcomes de haut grade indifférenciés.
- ▶ Le **diagnostic** repose sur des critères morphologiques, immunohistochimiques voire de biologie moléculaire. Dans l'éventualité où des analyses en biologie moléculaire seraient nécessaires, il est important que les prélèvements soient rapidement acheminés en anatomo-pathologie à l'état frais (prélèvement pour congélation dans les 15 à 30 minutes).
- ▶ Parmi les **tumeurs musculaires lisses du corps utérin**, les **STUMP** présentent des caractéristiques morphologiques qui ne permettent pas de les classer de façon formelle en

tumeur bénigne ou en tumeur maligne. Les critères histopronostiques validés par l'OMS 2003 sont la présence ou non de nécrose tumorale\*, les atypies nucléaires\*\*, l'index mitotique\*\*\*. Le diagnostic de STUMP est retenu lorsque la tumeur musculaire lisse présente :

- une vraie nécrose tumorale
  - un des deux critères et que le second soit difficile à évaluer :
    - présence d'atypies modérées à sévères diffuses et un index mitotique difficile à évaluer ou « borderline » entre 8 et 9 mitoses/10 hpf
    - présence d'atypies modérées à sévères et une nécrose dont la nature tumorale ou ischémique est difficile à évaluer
  - tumeurs musculaires lisses myxoïdes ou à cellules épithélioïdes avec des atypies nucléaires, 2 à 5 mitoses/10 hpf.
- ▶ Le diagnostic de léiomyosarcome est posé lorsque deux de ces trois critères sont présents.
- ▶ La bénignité est retenue lorsqu'un des trois critères est présent, à l'exception de la nécrose ; il s'agit alors d'une variante de léiomyome.

**\* nécrose en carte de géographie à contours nets, avec une transition abrupte entre la zone vivace et la zone de nécrose.**

**Les vaisseaux au sein de la nécrose sont épargnés et peuvent être entourés par des cellules tumorales vivaces.**

**\*\* évaluées à l'objectif x 10, elles sont significatives si elles sont modérées à sévères**

**\*\*\* compte mitotique évalué sur 10 champs consécutifs au x 40. Il est significatif au-delà de 10 mitoses/10 hpf.**

- ▶ En cas de **sarcomes du stroma endométrial**, une recherche d'expression des récepteurs hormonaux à l'œstrogène et à la progestérone doit être faite.
- ▶ Les tumeurs associant une composante conjonctive à une composante épithéliale, c'est-à-dire les **tumeurs mixtes malignes (carcinosarcomes)** sont considérées comme des carcinomes dédifférenciés et traitées dans le chapitre correspondant.
- ▶ Les adénosarcomes sont classés soit dans les adénocarcinomes (tumeurs mixtes mülleriennes), soit dans les sarcomes. Ce sont des tumeurs très rares, mal connues, de pronostic intermédiaire (Cf. **classification FIGO ci-dessous**).
- ▶ La **classification** des sarcomes utérins la plus communément admise est celle de la Fédération Internationale des Gynécologues-Obstétriciens (FIGO), dérivée de celles des **cancers épithéliaux de l'endomètre**.
- ▶ Au contraire des tumeurs épithéliales utérines, et mis à part les sarcomes du stroma endométrial de bas grade, les sarcomes utérins sont des tumeurs de mauvais

**pronostic.** Le stade est le principal facteur pronostique. D'autres facteurs décrits dans chaque sous-groupe histologique ne sont pas retrouvés de manière constante.

- ▶ Plus d'information sur le [site de l'INCa](#).

**La relecture des lames doit être systématique au sein d'un centre expert du réseau de référence en pathologie des sarcomes RRePS labellisé par l'INCa : [NetSarc/RRePS](#)**

**Discussion systématique du dossier en réunion de concertation pluridisciplinaire gynécologie ou sarcome dans un centre expert régional du réseau de référence clinique des sarcomes NetSarc labellisé par l'INCa.**

- ▶ A télécharger en format PDF :
  - [listing des centres experts](#)
  - [coordonnées des RCP Netsarc/Grand Est](#)

## ■ Classifications FIGO 2009 et TNM 2009 (7<sup>ème</sup> édition) des sarcomes utérins

### Léiomyosarcome, sarcome du stroma endométrial

Catégorie T	Catégorie N	Catégorie M	Stades FIGO	Définition
<b>T1</b>	<b>N0</b>	<b>M0</b>	<b>Stade I</b>	<b>Tumeur limitée au corps utérin</b>
T1a	N0	M0	Stade I A	tumeur limitée à l'utérus et ≤ 5 cm
T1b	N0	M0	Stade I B	tumeur limitée à l'utérus et >5 cm
<b>T2</b>	<b>N0</b>	<b>M0</b>	<b>Stade II</b>	<b>Tumeur étendue au pelvis</b>
T2a	N0	M0	Stade II A	atteinte annexielle
T2b	N0	M0	Stade II B	extension au tissu pelvien extra-utérin
<b>T3</b>	<b>N0</b>	<b>M0</b>	<b>Stade III</b>	<b>Tumeur étendue à l'abdomen*</b>
T3a	N0	M0	Stade III A	extension abdominale sur 1 seul site
T3b	N0	M0	Stade III B	extension abdominale plus de 1 site
T1. T2. T3	N1	M0	Stade III C	métastase ganglionnaire pelvienne et/ou lombo-aortique
<b>T4</b>	<b>Tous N</b>	<b>M0</b>	<b>Stade IV</b>	<b>Localisation ou métastases à distance</b>
T4	Tous N	M1	Stade IV A	extension à la vessie et/ou au rectum métastase à distance
Tous T	Tous N	M1	Stade IV B	incluant les ganglions extra-abdominaux y compris les ganglions inguinaux

\* Dans ce stade, les lésions doivent infiltrer les tissus de l'abdomen et non juste faire protrusion dans la cavité abdominale.

## Adénosarcome

Catégories TNM	Stade FIGO	Définition
<b>T1</b>	<b>Stade IA</b>	<b>Tumeur limitée au corps utérin</b>
T1a	Stade IA	tumeur limitée à la muqueuse de l'endomètre ou l'endocol
T1b	Stade IB	tumeur ne dépassant pas la moitié du myomètre
T1c	Stade IC	tumeur envahissant la moitié ou plus du myomètre
<b>T2</b>	<b>Stade II</b>	<b>Tumeur étendue au pelvis</b>
T2a	Stade IIA	atteinte annexielle
T2b	Stade IIB	extension au tissu pelvien extra-utérin
<b>T3</b>	<b>Stade III</b>	<b>Tumeur étendue à l'abdomen</b>
T3a	Stade IIIA	extension abdominale sur 1 seul site
T3b	Stade IIIB	extension abdominale sur plus de 1 site
N1	Stade IIIC	métastase ganglionnaire pelvienne et/ou lombo-aortique
<b>T4</b>	<b>Stade IV</b>	<b>Localisation ou métastases à distance</b>
T4	Stade IVA	extension à la vessie et/ou au rectum
M1	Stade IVB	métastases à distance incluant les ganglions extra-abdominaux y compris les ganglions inguinaux

## ■ Bilan

### Bilan initial

- ▶ Il n'existe pas de symptomatologie fonctionnelle spécifique pour les sarcomes utérins (métrorragie, douleurs pelviennes). Assez souvent, on peut noter une augmentation rapide d'un fibrome ou tumeur nécrotique accouchée par le col.
- ▶ Les facteurs de risque de sarcome sont :
  - les antécédents de prise de tamoxifène (dose cumulative de 15 g)
  - radiothérapie pelvienne.
- ▶ Toute métrorragie, notamment après la ménopause, nécessite une exploration.
- ▶ Pour ce type de tumeur il y a une faible sensibilité de la biopsie endométriale car elle ne permet qu'une abrasion de la muqueuse endométriale, ne permettant pas le diagnostic des

sarcomes dérivant du muscle utérin ou du mésoenchyme (sauf si envahissement de l'endomètre associé).

- ▶ Sur le plan radiologique, aucun examen ne permet à l'heure actuelle d'orienter vers la nature de la maladie et le type histologique. Il sert donc essentiellement au bilan d'extension de la maladie.

## Bilan d'extension

---

- ▶ Examen gynécologique, abdominal et des aires ganglionnaires.
- ▶ **IRM lombo-pelvienne** avec pour objectifs d'apprécier :
  - l'infiltration du myomètre
  - l'appréciation du volume tumoral
  - la présence d'adénopathies iliaques
  - l'atteinte éventuelle du col
  - la taille de l'utérus
  - l'atteinte des organes du voisinage
  - les aires ganglionnaires lombo-aortiques.
- ▶ Scanner thoraco-abdomino-pelvien.
- ▶ Contre-indication des biopsies percutanées.
- ▶ Le PET-Scan n'a pas d'indication en première intention.

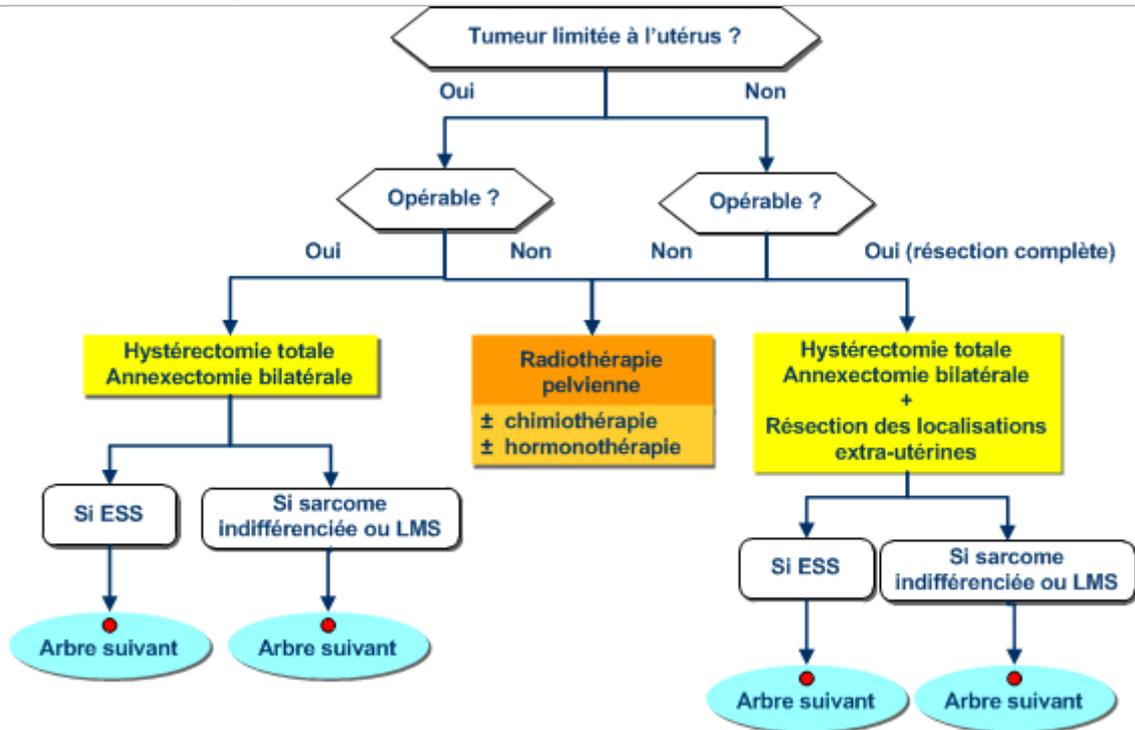
## Bilan d'opérabilité

---

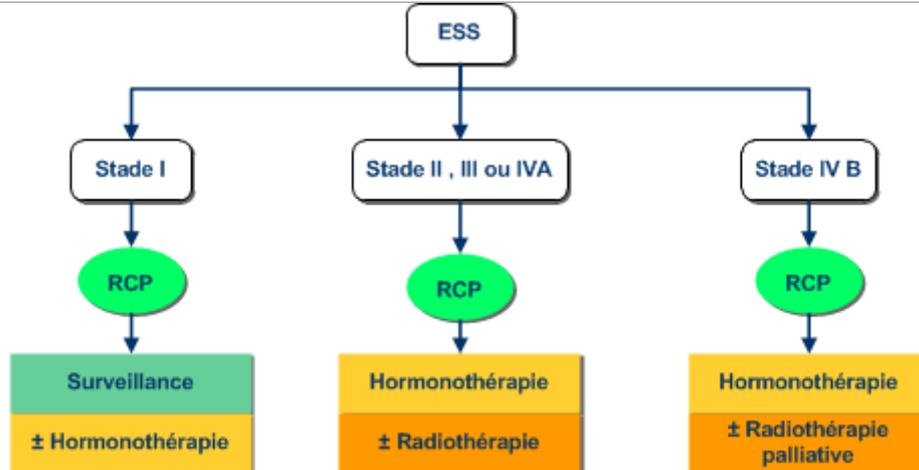
- ▶ Examen général, consultation d'anesthésie et bilan cardiaque.
- ▶ Bilan biologique comprenant : NFS, plaquettes, bilan de coagulation, bilan hépatique, bilan rénal.
- ▶ Bilan oncogériatrique en fonction de l'âge et/ou comorbidités (score de Balducci) (Cf. référentiel [Oncogériatrie](#)).
- ▶ Bilan nutritionnel en cas d'obésité.
- ▶ Le diagnostic anatomo-pathologique est souvent établi sur la pièce opératoire.
- ▶ Les biopsies percutanées de la lésion initiale sont contre-indiquées.
- ▶ Dans les stades métastatiques, on peut réaliser une microbiopsie des métastases pour obtenir un diagnostic histologique.

## Traitement

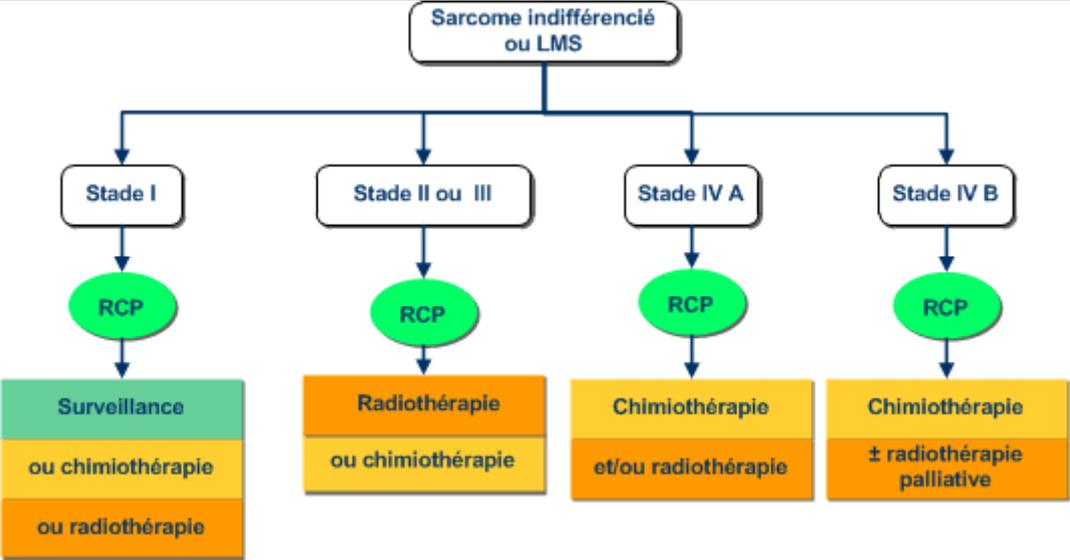
### Prise en charge initiale



### Sarcomes du stroma endométrial (ESS)



# Léiomyosarcomes (LMS) et sarcomes indifférenciés



### Chirurgie

---

- ▶ Le **diagnostic** est souvent porté *a posteriori* sur une pièce d'exérèse faite pour suspicion de fibrome par exemple ; la réintervention doit se rediscuter après bilan d'imagerie d'extension et discussion en réunion de concertation pluridisciplinaire ; en l'absence d'envahissement ganglionnaire macroscopique, il n'y a pas d'indication de curage ganglionnaire.
- ▶ Le traitement consensuel des sarcomes localisés reste la **chirurgie** et comporte une colpohystérectomie totale avec annexectomie bilatérale, par laparotomie. La voie vaginale doit être évitée car elle ne permet pas de réaliser la stadification péritonéale.
- ▶ Le morcellement de la pièce opératoire doit être évité.

#### Standard :

Diagnostic suspecté avant l'intervention, abord privilégié par laparotomie

l'hystérectomie totale par voie haute est l'intervention de référence (éviter la morcellation)

en cas de sarcome du stroma endométrial de bas grade, une annexectomie bilatérale est préconisée du fait de la sensibilité hormonale de ces tumeurs

en revanche, en cas de léiomyosarcome ou de sarcome indifférencié de haut grade, l'annexectomie bilatérale n'a pas démontré son intérêt. En l'absence d'atteinte macroscopique, elle n'est pas systématique chez la femme non ménopausée.

#### Options à discuter en RCP :

Lorsque le diagnostic histologique est fait en postopératoire, une réintervention peut se discuter (totalisation d'une hystérectomie subtotale, annexectomie)

dans les formes évoluées, une chirurgie large doit être discutée en fonction des arguments d'imagerie  
en cas de récurrence métastatique, la chirurgie des métastases devra être discutée.

### Radiothérapie

---

- ▶ Pour les **ESS** : la radiothérapie n'a pas montré d'intérêt certain.
- ▶ Pour les **léiomyosarcomes et sarcomes peu différenciés** : la radiothérapie pelvienne (50 Gy en 25 fractions sans curiethérapie) pourrait diminuer les récurrences pelviennes mais n'augmente pas la survie globale. Elle est optionnelle, à discuter en fonction des risques de toxicité (âge, antécédents et chimiothérapie adjuvante).
- ▶ En postopératoire, une radiothérapie peut être proposée lorsque l'exérèse est incomplète du fait de l'extension de la maladie.
- ▶ Lorsque le geste chirurgical est contre-indiqué ou refusé par la patiente, une radiothérapie exclusive peut également être discutée.

### En situation adjuvante

- ▶ La chimiothérapie adjuvante n'a pas démontré pour l'instant de bénéfice clair.

### En situation métastatique ou récidivante

- ▶ En phase métastatique, la chimiothérapie a montré son intérêt même si la survie globale reste faible. En fonction des différentes molécules utilisées, les taux de réponse varient entre 17 et 42 %. En monothérapie, les drogues les plus efficaces sont :
  - la doxorubicine à la dose de 60 ou 75 mg/m<sup>2</sup> (10 à 25 % de réponse)
  - l'ifosfamide (17 à 32 % de réponse)
  - le cisplatine (3 à 42 % de réponse)
  - le vépéside (6 à 11 % de réponse).
- ▶ Pour les **léiomyosarcomes**, 2 drogues ont montré des résultats intéressants en plus de la doxorubicine, la gemcitabine (18 % de réponse) et la trabectedine (7,7 % de réponse objective et 36,6 % de stabilisation, et surtout un contrôle tumoral prolongé). En 2<sup>ème</sup> ligne de traitement des léiomyosarcomes, on peut discuter du témozolomide avec un taux de réponse de 17 % et un taux de stabilisation de la maladie de 27 %.
- ▶ Pour les **ESS de haut grade**, les protocoles de chimiothérapies principalement utilisés comportent de l'ifosfamide. Plusieurs études montrent un avantage à la polychimiothérapie en termes de taux de réponse.
- ▶ Dans ce contexte, le choix entre l'un ou l'autre des protocoles se fera en RCP en fonction de l'état général, des comorbidités associées et de l'évolutivité de la maladie. Il faudra au mieux favoriser l'inclusion dans des protocoles thérapeutiques.
- ▶ **Aucun argument scientifique formel ne peut être retenu dans le choix des protocoles de chimiothérapie.**
- ▶ **Les indications devront en être discutées au cas par cas en RCP, en fonction des caractéristiques de la tumeur, de l'âge, de l'état général et des souhaits de la patiente.**
- ▶ **Dans tous les cas, une inclusion dans un essai thérapeutique devra être privilégiée.**

### Hormonothérapie

- ▶ Dans les **ESS de bas grade**, beaucoup de patients rechutent mais il y a peu de décès. Plusieurs études rapportent des réponses parfois longues avec des hormonothérapies par acétate de médroxyprogésterone, acétate de mégéstronol. Les anti-aromatases et analogues de la LHRH ont aussi été testés.
- ▶ Le tamoxifène est contre-indiqué. Le THS est aussi contre-indiqué après traitement.

- ▶ Pour les **léiomyosarcomes** avec récepteurs hormonaux positifs, possibilité d'hormonothérapie.

## Thérapies ciblées

- ▶ Les anti-angiogéniques ont un intérêt. Le pazopanib a montré un intérêt dans le sous-groupe de patientes avec des léiomyosarcomes dans l'étude PALETTE : pazopanib versus placebo en situation de rechute.

## Autres traitements

- ▶ Les traitements de radiologie interventionnelle (radiofréquence et cryoablation) peuvent être envisagés si une chirurgie des métastases est impossible lorsque la lésion est de petite taille.

### Soins de support - Radiologie Interventionnelle - Douleur - RCP de Recours

Le 1<sup>er</sup> et 3<sup>ème</sup> vendredi de chaque mois, de 8h30 à 9h30.

Coordinateur(s) : Pr Ivan KRAKOWSKI : 03.83.59.84.86 et Dr Denis BAYLOT : 04.77.12.11.80

Nancy, Besançon, Saint-Etienne, Hôpital de Röttschild à Paris, Lyon, Nantes et Strasbourg.

Spécialité(s) : Traitements de support

Lieu(x) : WebConférence

Couverture : Régionale

## ■ Surveillance

- ▶ **Examen clinique** tous les 6 mois.
- ▶ **Scanner TAP** tous les 6 mois les 2 premières années puis annuel.

## ■ Essais cliniques

- ▶ **TH 302** : a randomized phase 3, multicenter, open label study comparing TH-302 in combination with doxorubicin vs doxorubicin alone in subjects with locally advanced unresectable or metastatic soft tissue sarcoma.
  - Centres ouverts sur Dijon et Strasbourg.
- ▶ **REGO-SARC-1214** : essai de phase 2 randomisé, évaluant l'activité et la tolérance du régorafénib suite à une chimiothérapie à base d'anthracycline, chez des patients ayant un sarcome métastatique des tissus mous.
  - Etablissements participants en Lorraine : Institut de Cancérologie de Lorraine (Vandœuvre-lès-Nancy).

- ▶ **Sarcome 11 LMS 03** : étude de phase II multicentrique étudiant l'efficacité de la gemcitabine en association avec le pazopanib en traitement de seconde ligne dans les léiomyosarcomes utérins ou des tissus mous métastatiques et/ou en rechute.
  - Etablissements participants en Lorraine : Institut de Cancérologie de Lorraine (Vandœuvre-lès-Nancy).

## Listing des centres experts

	Sites	Structures anapath	Spécificité
<b>Site Coordonnateur Institut Bergonié</b>	Institut Bergonié	Département de Pathologie	tout sarcome
	Hôpital Pellegrin Bordeaux	Service d'anatomie pathologique	tout sarcome
	Hôpital Haut-Lévêque Pessac	Service d'anatomie pathologique	tout sarcome
<b>Site Coordonnateur Centre Léon Bérard</b>	Centre Léon Bérard	Département d'anatomie pathologique	tout sarcome
	Hôpital Edouard Herriot	Laboratoire d'anatomie pathologique	GIST*
	Hôpital de la Croix Rousse	Service d'anatomie pathologique	gynécopathologie**
<b>Site Coordonnateur Institut G. Roussy</b>	Institut Gustave Roussy	Service de Pathologie Morphologique	tout sarcome
<b>CRE AP-HP Ile de France</b>	Hôpital Ambroise Paré	Service d'anatomie pathologique	GIST*
	Hôpital Cochin	Service d'anatomie pathologique	tout sarcome
	Hôpital Pitié-Salpêtrière	Service d'anatomie pathologique	tout sarcome
	Hôpital Saint-Antoine	Service d'anatomie pathologique	tout sarcome
	Hôpital Saint-Louis	Service d'anatomie pathologique	sarcomes cutanés***
	Hôpital Bichat - Claude Bernard	Service d'anatomie pathologique	tout sarcome
	Hôpital Henri Mondor	Service d'anatomie pathologique	sarcomes cutanés***
	CHU d'Amiens	Service d'anatomie pathologique	gynécopathologie**
<b>CRE Institut Curie</b>	Institut Curie	Service de Pathologie	tout sarcome
<b>CRE Strasbourg</b>	Centre Paul Strauss	Service d'anatomie pathologique	tout sarcome
	Hôpital de Hautepierre	Département de Pathologie	tout sarcome
	Hôpital Civil	Laboratoire d'histopathologie cutanée	sarcomes cutanés***
<b>CRE Clermont Ferrand</b>	Centre Jean Perrin	Service d'anatomie pathologique	tout sarcome
	Hôpital Gabriel Montpied	Service de Pathologie	tout sarcome
<b>CRE Caen</b>	CHRU de Caen	Service d'anatomie pathologique	tout sarcome
	Centre François Baclesse	Service d'anatomie pathologique	tout sarcome
<b>CRE Dijon</b>	Centre Georges François Leclerc	Service d'anatomie pathologique	tout sarcome
	CHRU de Dijon	Service d'anatomie pathologique	GIST*
	CHRU de Besançon	Service d'anatomie pathologique	tout sarcome
<b>CRE Rennes</b>	Hôpital Pontchaillou	Service d'anatomie pathologique	tout sarcome
<b>CRE Tours</b>	Hôpital Trousseau	Service d'anatomie pathologique	tout sarcome
<b>CRE Brest</b>	Hôpital Morvan	Service d'anatomie pathologique	tout sarcome
<b>CRE Rouen</b>	Hôpital Charles Nicolle	Service d'anatomie pathologique	tout sarcome
	Centre Henri Becquerel	Service d'anatomie pathologique	tout sarcome
<b>CRE Montpellier</b>	Centre Val d'Aurelle	Service d'anatomie pathologique	tout sarcome
	Hôpital Gui de Chauliac	Laboratoire d'anatomie pathologique	tout sarcome
<b>CRE Limoges</b>	Hôpital Dupuytren	Laboratoire de Pathologie	tout sarcome
<b>CRE Nancy</b>	Institut Cancérologie Lorraine	Service d'anatomie pathologique	tout sarcome
	Hôpital Central de Nancy	Laboratoire d'anatomie pathologique	tout sarcome
<b>CRE Toulouse</b>	Institut Claudius Regaud	Service d'anatomie pathologique	tout sarcome
	Hôpital Rangueil	Service d'anatomie pathologique	tout sarcome
	Hôpital Purpan	Laboratoire d'anatomie pathologique	GIST*
<b>CRE Lille</b>	Centre Oscar Lambret	Laboratoire d'anatomie pathologique	tout sarcome
	CHRU de Lille	Centre de Biologie Pathologie	tout sarcome
<b>CRE Nantes</b>	Hôtel Dieu	Service d'anatomie pathologique	tout sarcome
<b>CRE Angers</b>	Centre Paul papin	Service d'anatomie pathologique	tout sarcome
	CHRU d'Angers	Département de Pathologie	tout sarcome
<b>CRE Marseille</b>	Institut Paoli Calmettes	Département de Bio-Pathologie	tout sarcome
	Hôpital La Timone	Service d'anatomie pathologique	tout sarcome
	Hôpital Nord Marseille	Laboratoire d'anatomie pathologique	gynécopathologie**
<b>CRE Nice</b>	Centre Antoine Lacassagne	Unité d'anatomie pathologique	tout sarcome
	Hôpital Pasteur	Laboratoire d'anatomie pathologique	tout sarcome

GIST\* : structure ne pouvant relire que des GIST

Gynécopathologie\*\* : structure ne pouvant relire que des sarcomes de la sphère gynécologique

Sarcomes cutanés\*\*\* : structure ne pouvant relire que des sarcomes cutanés



# Réseau NetSarc – RCP spécialisées

Sarcomes des tissus mous et des viscères  
GIST  
Desmoïdes

## Coordonnées des RCP NetSarc / Grand Est

### Alsace

#### RCP Sarcomes - STRASBOURG CHRU

RCP 2 mercredi par mois de 14h15 à 16h15

##### Lieu RCP

CHU Strasbourg  
1, Av. Molière  
67098 Strasbourg

##### Responsables

Pr Jean-Emmanuel KURTZ  
Dr Antonio DI MARCO

##### Soumission dossiers :

RCP\_sarcomes@chru-strasbourg.fr  
Antonio.di.marco@chru-strasbourg.fr

##### Personnes présentes

Anatomopathologistes : Dr Ghnassia  
Chirurgiens :  
• orthopédiste : Dr Di Marco, Pr Gicquel,  
• plasticien : Dr Bodin  
Oncologues : Pr Kurtz, Dr Asmane, Dr Litique, Dr Edel  
Oncologues/hématologues pédiatriques : Pr Entz-Werlé  
Radiothérapeutes : Dr Jung, Pr Noel  
Radiologues : Dr Bierry

### Bourgogne

#### RCP Sarcomes - DIJON CRLCC

RCP le mercredi 2 fois / mois à partir de 17h30

##### Lieu RCP

Centre Georges François Leclerc  
1, Rue Pr Marion  
BP 77980  
21079 DIJON

##### Responsable

Dr Nicolas ISAMBERT

##### Soumission dossiers :

Dr Nicolas ISAMBERT  
Tél : 03 80 73 75 06

##### Personnes présentes

Anatomopathologistes : Dr COLLIN Françoise Dr CHARON BARRA Céline  
Chirurgiens : Dr CAUSERET Sylvain  
Oncologues : Dr ISAMBERT Nicolas, Dr DESMOULINS Isabelle  
Radiologues : Dr GUY France, Dr FEUTRAY Sylvaine  
Radiothérapeutes : Dr TRUC Gilles, Dr MARTIN Etienne  
Secrétaire RCP : Mme ISSARTEL Nadine

## Champagne-Ardenne

### RCP digestive GIST - REIMS CHU

RCP le mardi 2 fois / mois à partir de 18h30

#### Lieu RCP

Hôpital Robert Debré  
Avenue du Général Koenig  
51092 Reims Cedex

#### Responsables

Pr Olivier BOUCHE

#### Soumission dossiers :

rcp@chu-reims.fr  
Secrétariat :  
Tel 03 26 78 76 10  
Fax : 03 26 78 88 36

#### Personnes présentes

Anatomopathologistes : Pr DIEBOLT, Dr CAHN  
Chirurgiens : Dr MEFFERT, Pr AVISSE, Pr  
DELATTRE, Pr PALOT, Pr KIANMANESH , Dr  
GOJA, Dr COUSSINET, Dr DEGUELTE-  
LARDIERE, Dr PALLADINO, Dr DIAZ-CIVES, Dr  
GRENIER, Dr KERE  
Oncologues digestif : Pr BOUCHE, Dr LAGARDE,  
Dr BRIXI-BENMANSOUR, Dr HEURGUE, Dr  
DESOT, Dr SCAGILA  
Gastroentérologues : Dr FREMOND, Dr BAULE,  
Dr OSSENDZA, Pr CADIOT, Pr THIEFN, Dr  
RAMAHOLIMIHASO, Dr BERNARD-  
CHABERT,  
Radiothérapeutes : Pr NGUYEN, Dr GUILBERT  
Radiologues : Pr MARCUS, Pr HOFFEL, Dr PIOT-  
VERON

### RCP Sarcomes - REIMS CRLCC

RCP les 2<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> lundi du mois à partir de 16h

#### Lieu RCP

CRLCC  
Institut Jean Godinot  
1, Rue general Koenig  
BP 171  
51056 REIMS Cedex

#### Responsable

Dr Jean-Christophe EYMARD

#### Soumission dossiers :

secretariat.CONSLT2@reims.unicancer.fr  
tel : 03 26 50 43 82

#### Personnes présentes

Anatomopathologistes : E BRABENCOVA, C  
GARBAR  
Chirurgiens :  
• Tissus Mous et viscères : D KERE,  
• Orthopédiste : C MENSA  
Oncologues : JC EYMARD  
Radiologues : LM CAQUOT, F BONNERAVE  
Radiothérapeutes : TD NGUYEN  
Médecin généraliste : B BILLEMONT

## Franche-Comté

RCP Sarcomes - BESANCON CHU	
RCP le vendredi 2 fois / mois de 15h30 à 17h	
<b><u>Lieu RCP</u></b> Hôpital Jean Minjoz Boulevard Fleming 25030 BESANCON	<b><u>Personnes présentes</u></b> Anatomopathologistes : Dr S VALMARY-DEGANO Chirurgiens : <ul style="list-style-type: none"><li>• Tissus mous et viscères : Dr J PAUCHOT, Dr D DELROUEUX, Dr B HEYD</li><li>• Os : Dr P GARBUIO,</li></ul> Oncologues : Dr CHAIGNEAU, Dr KALBACHER Radiologues : Dr B BARBIER-BRION, Dr S AUBRY, Dr C PEYRON Radiothérapeutes : Pr JF BOSSET, Dr S SERVAJ-VERNAT Autres médecins : Dr M. MOUILLET
<b><u>Responsable</u></b> Dr Loïc CHAIGNEAU	
<b><u>Soumission dossiers :</u></b> 3c@chu-besancon.fr Tel : 03 81 21 85 45	

## Lorraine

RCP Sarcomes - NANCY (CRLCC , CHU, Centre Chirurgical Emile Galle)	
RCP le mercredi de 17h à 19h	
<b><u>Lieu RCP</u></b> CRLCC Nancy Centre Alexis Vautrin Avenue de Bourgogne 54511 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex	<b><u>Personnes présentes</u></b> Anatomopathologistes : Dr LEROUX, Dr MARIE, Pr VIGNAUD Chirurgiens : <ul style="list-style-type: none"><li>• Tissus mous et viscères : Dr VERHAEGHE, Pr MARCHAL</li><li>• Orthopédiste : Pr SIRVEAUX</li></ul> Oncologues : Dr RIOS, Pr KRAKOWSKI Radiologues : Dr OLDRINI, Dr HENROT, Pr BLUM Radiothérapeutes : Dr BECKENDORF, Dr V BERNIER , Dr S RENARD-OLDRINI
<b><u>Responsables</u></b> Dr Maria RIOS Dr Jean-Luc VERHAEGHE	
<b><u>Soumission dossiers :</u></b> secrcp@nancy.unicancer.fr Tel : 03 83 59 84 08 accès eRCP sur site Oncolor ( <a href="http://www.oncolor.org">www.oncolor.org</a> ) ou <a href="https://e-rcp.sante-lorraine.fr/eRcp/">https://e-rcp.sante-lorraine.fr/eRcp/</a> )	