



**Informations générales sur le patient**

**Consentement :**  OUI  NON

Identifiant patient INSC visible : .....

NOM D'USAGE : .....

**NOM DE NAISSANCE :** .....

**PRENOM :** .....

**Date de naissance :** |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_| Age : .....

Ville de naissance : .....

**Sexe :**  HOMME  FEMME

Adresse : .....

Ville de résidence : .....

Code Postal : |\_|\_|\_|\_|

Téléphone : .....

Précédent passage en RCP :  OUI  NON

Représentant du patient : .....

Commentaires : .....

**Liste des participants et présents à la RCP**

- *Titre, nom, prénom, profession, spécialité*
- *Titre, nom, prénom, profession, spécialité*
- *Titre, nom, prénom, profession, spécialité*
- *Titre, nom, prénom, profession, spécialité*
- *Titre, nom, prénom, profession, spécialité*

**Contexte de la RCP**

**RCP du** |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|

RCP de recours (avis expert) :  OUI  NON

**Cas discuté en RCP :**  OUI  NON

Lieu de la RCP :

FINES : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Visio conférence :  OUI  NON (par défaut)

**Intitulé de la RCP (choix multiple):**

Sarcome  Os  Tissus mous  Viscères

**Légende :**

- En noir les items communs aux deux RCP
- En orange les items spécifiques à la RCP Sarcome
- En vert les items spécifiques aux RCP tumeur primitive de l'os, tissus mous et viscères

**Motif de la RCP :**

Liste déroulante (Choix unique)

Démarche diagnostique  Surveillance après traitement  Recours (2<sup>ème</sup> avis)  
 Proposition de traitement  Ajustement thérapeutique  Autre : .....

Commentaires : .....



**Médecin responsable de la séance** : .....

**Médecin référent** (demandeur): .....

Etablissement du médecin référent: .....

Médecin présentant le dossier (si différent du médecin référent du dossier) : .....

**Médecin traitant** : .....  Pas de Médecin traitant connu

**Informations cliniques (TNM) et paracliniques**

**Circonstances de découverte** (du cancer primitif)

(Choix unique)

- Dépistage organisé                       Circonstance non connue  
 Dépistage individuel                       Manifestation clinique

Commentaires : .....

**Cas présenté en RCP ce jour :**

(Choix unique)

- Phase initiale                       Rechute                       Progression                       Suspicion                       NA

(Choix multiple)

Locorégionale                      Date :  /  /

Métastases localisation                      Date :  /  /

Osseuse                       Hépatique                       Pulmonaire                       Pleurale

Péritonéale                       Méningée                       Ovarienne                       Autre .....

Commentaires : .....

Informations paracliniques :

.....  
.....  
.....

**Co morbidités :**

Pour chaque comorbidité cochée, indiquer une date de début

**Pathologie cardiovasculaire**

- Artérite des membres inférieurs  
HTA  
Insuffisance coronarienne  
Valvulopathie  
Trouble du rythme  
Insuffisance cardiaque

**Pathologie métabolique**

- Diabète  
Obésité  
Hyperlipidémie  
Autre .....

**Pathologie hépato-digestive**

- Insuffisance hépatique  
Cirrhose  
Autre .....



Autre . . . . .

**Pathologie rénale**

Insuffisance rénale  
Autre . . . . .

**Pathologie respiratoire**

Insuffisance respiratoire  
Asthme  
BPCO  
Autre . . . . .

**Pathologie neuropsychiatrique**

Polynévrite  
Syndrome démentiel  
Autre . . . . .

**Grossesse**

**Traitements associés**

Anticoagulant  
Antiagrégant  
Autre . . . . .

**Autres : . . . . .**

**Etat général** Onglet ouvert par défaut (car items obligatoires) mais qui peut se refermer

**Capacité de vie OMS :**  0  1  2  3  4  NSP  NA Date de l'OMS :  /  /

<b>0 : Activité extérieure normale sans restriction</b>	<b>3 : Doit être alité plus de 50 % de la journée</b>
<b>1 : Réduction des efforts physiques intenses</b>	<b>4 : Incapacité totale, alitement fréquent ou constant</b>
<b>2 : Doit parfois s'aliter mais moins de 50% de la journée</b>	

**Lansky :**  0  10  20  30  40  50  60  70  80  90  100  NA

Date du Lansky :  /  /

**Menu déroulant**

<b>100</b>	<i>Pleinement actif</i>
<b>90</b>	<i>Des restrictions mineures à l'activité physique intense</i>
<b>80</b>	<i>Actif mais se fatigue plus vite</i>
<b>70</b>	<i>Une plus grande restriction de jeu</i>
<b>60</b>	<i>Un jeu minimal</i>
<b>50</b>	<i>Traine une grande partie de la journée, ne peut pas jouer activement</i>
<b>40</b>	<i>Principalement dans le lit et participe à des activités tranquilles</i>
<b>30</b>	<i>Alité et a besoin d'aide même pour un jeu calme</i>
<b>20</b>	<i>Dort souvent et limité à des activités très passifs</i>
<b>10</b>	<i>Ne joue pas reste au lit</i>

Poids actuel : . . . . . Poids habituel : . . . . .

Score G8 : . . . . . (uniquement si l'âge du patient >= à 75ans) Date du G8 :  /  /

Evaluation Onco-gériatrique :  OUI  NON (Si oui, afficher) Date :  /  /

**Informations cliniques (TNM) et paracliniques [SUITE]**

**Antécédents**

Antécédents personnels carcinologiques

Antécédents familiaux carcinologiques

Antécédents personnels carcinologiques : . . . . .

Antécédents familiaux carcinologiques : . . . . .

**Siège de la tumeur primitive**

Membre inférieur

Membre supérieur

Tête et cou

Paroi du tronc

Tronc interne

Tractus gastro-intestinal



# FICHE RCP

## SARCOME - TISSUS MOUS - OS



- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Région gynécologique     | <input type="checkbox"/> Colonne vertébrale | <input type="checkbox"/> Bassin, sacrum, coccyx |
| <input type="checkbox"/> Côte                     | <input type="checkbox"/> Sternum            | <input type="checkbox"/> Clavicule              |
| <input type="checkbox"/> Autre (precisez) : ..... |   |   |
| <input type="checkbox"/> Inconnu                  |   |   |

	Localisation	Droit	Gauche	Médian
Membre inférieur	Genou			
	Orteil			
	Fémur			
	Rotule			
	Tibia			
	Péroné			
	Os du pied SAI			
	Os du pied tarse			
	Os du pied métatarse			
	Os du pied phalange			
	Autre			
	Membre supérieur	Ceinture scapulaire		
Omoplate				
Humérus				
Cubitus				
Radius				
Os de la main SAI				
Os de la main carpe				
Os de la main métacarpe				
Os de la main phalange				
Autre				
Paroi du tronc	Paroi thoracique			
	Paroi axillaire			
	Paroi abdominale			
	Tronc paraspinal			
	Fesse			
	Inguinal			
	Autre			
Tronc interne	Rétropéritoine			
	Péritoine			
	Pelvis			
	Thorax interne			
	Gros vaisseaux			
	Paratesticulaire			
	Autre			
Tête et cou	Crâne SAI			
	Ethmoïde			
	Maxillaire supérieur			
	Mandibule			
	Os de la face			
	Tissus mous tête et cou			
Autre				



# FICHE RCP SARCOME - TISSUS MOUS - OS



Colonne vertébrale	Colonne cervicale			
	Colonne Dorsale			
	Colonne lombaire			
	Autre			
Bassin, sacrum, coccyx	Bassin			
	Sacrum			
	Coccyx			
	Autre			
Côte				
Sternum				
Clavicule				
Autre : .....				

**Os :**

- |                                    |   |                                 |  |                                  |
|------------------------------------|---|---------------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Humérus   | <input type="checkbox"/> Omoplate                   | <input type="checkbox"/> Péroné | <input type="checkbox"/> Os du pied    | <input type="checkbox"/> Face    |
| <input type="checkbox"/> Radius    | <input type="checkbox"/> Os de la main              | <input type="checkbox"/> Pelvis | <input type="checkbox"/> Crâne         | <input type="checkbox"/> Rachis  |
| <input type="checkbox"/> Cubitus   | <input type="checkbox"/> Fémur                      | <input type="checkbox"/> Sacrum | <input type="checkbox"/> Maxillaire    | <input type="checkbox"/> Côte    |
| <input type="checkbox"/> Clavicule | <input type="checkbox"/> Tibia                      | <input type="checkbox"/> Coccyx | <input type="checkbox"/> Orbite        | <input type="checkbox"/> Sternum |
| <input type="checkbox"/> Non connu | <input type="checkbox"/> Extra-squelettique : ..... |                                 | <input type="checkbox"/> Autre : ..... |                                  |

**Tissus mous :**

- |                                 |  |                                     |                                  |                                 |
|---------------------------------|--|-------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cuisse | <input type="checkbox"/> Jambe         | <input type="checkbox"/> Cheville   | <input type="checkbox"/> Pied    | <input type="checkbox"/> Epaule |
| <input type="checkbox"/> Bras   | <input type="checkbox"/> Coude         | <input type="checkbox"/> Avant-bras | <input type="checkbox"/> Poignet | <input type="checkbox"/> Main   |
| <input type="checkbox"/> Doigt  | <input type="checkbox"/> Autre : ..... |                                     |                                  |                                 |

**Viscères :**

- |                                   |  |                                   |   |                                |
|-----------------------------------|--|-----------------------------------|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Œsophage | <input type="checkbox"/> Estomac       | <input type="checkbox"/> Duodénum | <input type="checkbox"/> Intestin grêle | <input type="checkbox"/> Côlon |
| <input type="checkbox"/> Rectum   | <input type="checkbox"/> Utérus        | <input type="checkbox"/> Ovaire   | <input type="checkbox"/> Trompe utérine | <input type="checkbox"/> Vagin |
| <input type="checkbox"/> Vulve    | <input type="checkbox"/> Autre : ..... |                                   |   |                                |

**Ajouter**  *profond*  *superficiel (choix multiple)*

Commentaires : .....

Latéralité : **Ajouter**  *droit*  *gauche*  *médian*

Date de diagnostic de la pathologie (mois/année) : .....

**Classification TNM**

**Stade T :**  TX  T0  T1  T1a  T1b  T2  T2a  T2b  T3

**Stade N :**  NX  N0  N1  N2  N3

**Stade M :**  MX  M0  M1

Non connu

Autre système de classification : .....



Taille tumorale maximale initiale (mm) : .....

**Statut thérapeutique de la maladie**

*(Choix multiples)*

Non traitée antérieurement  En cours de traitement  déjà traité

Traitements antérieurs réalisés : *(Possibilité de dupliquer les traitements)*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Chimiothérapie néo-adjuvante               | Date de début de traitement :  _  /  _  /  _ _ _ |
|   | Date de fin de traitement :  _  /  _  /  _ _ _   |
| <input type="checkbox"/> Chimiothérapie adjuvante                   | Date de début de traitement :  _  /  _  /  _ _ _ |
|   | Date de fin de traitement :  _  /  _  /  _ _ _   |
| <input type="checkbox"/> Chimiothérapie métastatique                | Date de début de traitement :  _  /  _  /  _ _ _ |
|   | Date de fin de traitement :  _  /  _  /  _ _ _   |
| <input type="checkbox"/> Perfusion de membre isolée                 | Date de fin de traitement :  _  /  _  /  _ _ _   |
| <input type="checkbox"/> Autres traitements systémiques             | Date de fin de traitement :  _  /  _  /  _ _ _   |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie de la tumeur primitive           | Date de fin de traitement :  _  /  _  /  _ _ _   |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie des métastases                   | Date de fin de traitement :  _  /  _  /  _ _ _   |
| <input type="checkbox"/> Radiothérapie pré-opératoire               | Date de début de traitement :  _  /  _  /  _ _ _ |
|   | Date de fin de traitement :  _  /  _  /  _ _ _   |
| <input type="checkbox"/> Radiothérapie post-opératoire              | Date de début de traitement :  _  /  _  /  _ _ _ |
|   | Date de fin de traitement :  _  /  _  /  _ _ _   |
| <input type="checkbox"/> Radiothérapie exclusive (tumeur primitive) | Date de début de traitement :  _  /  _  /  _ _ _ |
|   | Date de fin de traitement :  _  /  _  /  _ _ _   |
| <input type="checkbox"/> Radiothérapie palliative (métastases)      | Date de début de traitement :  _  /  _  /  _ _ _ |
|   | Date de fin de traitement :  _  /  _  /  _ _ _   |
| <input type="checkbox"/> Immunothérapie                             | Date de traitement :  _  /  _  /  _ _ _          |
| <input type="checkbox"/> Thérapie ciblée                            | Date de traitement :  _  /  _  /  _ _ _          |

Traitements antérieurs réalisés : *(Possibilité de dupliquer les traitements)*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Chimiothérapie néo-adjuvante               | Date de début de traitement :  _  /  _  /  _ _ _ |
|   | Date de fin de traitement :  _  /  _  /  _ _ _   |
| <input type="checkbox"/> Chimiothérapie adjuvante                   | Date de début de traitement :  _  /  _  /  _ _ _ |
|   | Date de fin de traitement :  _  /  _  /  _ _ _   |
| <input type="checkbox"/> Chimiothérapie métastatique                | Date de début de traitement :  _  /  _  /  _ _ _ |
|   | Date de fin de traitement :  _  /  _  /  _ _ _   |
| <input type="checkbox"/> Perfusion de membre isolée                 | Date de fin de traitement :  _  /  _  /  _ _ _   |
| <input type="checkbox"/> Autres traitements systémiques             | Date de fin de traitement :  _  /  _  /  _ _ _   |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie de la tumeur primitive           | Date de fin de traitement :  _  /  _  /  _ _ _   |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie des métastases                   | Date de fin de traitement :  _  /  _  /  _ _ _   |
| <input type="checkbox"/> Radiothérapie pré-opératoire               | Date de début de traitement :  _  /  _  /  _ _ _ |
|   | Date de fin de traitement :  _  /  _  /  _ _ _   |
| <input type="checkbox"/> Radiothérapie post-opératoire              | Date de début de traitement :  _  /  _  /  _ _ _ |
|   | Date de fin de traitement :  _  /  _  /  _ _ _   |
| <input type="checkbox"/> Radiothérapie exclusive (tumeur primitive) | Date de début de traitement :  _  /  _  /  _ _ _ |
|   | Date de fin de traitement :  _  /  _  /  _ _ _   |
| <input type="checkbox"/> Radiothérapie palliative (métastases)      | Date de début de traitement :  _  /  _  /  _ _ _ |
|   | Date de fin de traitement :  _  /  _  /  _ _ _   |



Ligne de traitement : ..... Nombre de cures : .....

Classification RECIST :  Réponse complète  Réponse partielle  Progression  stabilisation

Immunothérapie

Date de traitement :  /  /

Thérapie ciblée

Date de traitement :  /  /

**EXAMENS ANATOMOPATHOLOGIQUES**

**Prélèvements**  OUI  NON (si oui date obligatoire)  NSP

**Tableau de synthèse des prélèvements**

Biopsie **Date :**  /  /   NSP

Biopsie **Date :**  /  /   NSP

Chirurgie **Date :**  /  /   NSP

Chirurgie **Date :**  /  /   NSP

**Possibilité de dupliquer autant de prélèvements que l'on souhaite.**

**Prélèvement**

Type de prélèvement :  biopsie  chirurgie

Type histologique : .....(Cf. annexe)

**Relecture nationale**  OUI  NON  NSP

Grade histologique :  0  1  2  3  NA  NSP  Bon répondeur  Mauvais répondeur

Prélèvement adressé à une tumorothèque :  OUI  NON

Qualité de la chirurgie (si pièce opératoire) :

0 : Absence de lésion tumorale sur limites d'exérèse

1 : Limites d'exérèse tumorale à l'examen microscopique

2 : Résidu tumoral macroscopique

**Classification pTNM**

PT – Classification :  pTx  pT0  pT1  pT2  pT3

PN – Classification :  pNx  pN0  pN1  pN2  pN3

PM – Classification :  pMx  pM0  pM1

NSP

**Biologie moléculaire**.....  
.....  
.....

**Proposition de prise en charge**

Résumé pré-thérapeutique (synthèse/commentaire) : .....  
.....



.....

Dossier complet  OUI  NON (si non commentaires)

---

Commentaires : .....

.....

**Nature de la proposition :**

- Recours à une RCP régionale ou nationale**
- Nécessité d'examens complémentaires** (si oui préciser autant de fois que nécessaire)
  - Type d'examen (texte libre)
  - Date souhaitée
  - Date au + tard
- Surveillance (si oui description en texte libre)**
- Proposition de traitement**
- Décision reportée**
- A représenter en RCP**
- Arrêt des traitements**

**Type de proposition :**

- Application d'un référentiel**
  - Référentiel COL (2004)*
  - SOR Cancer de primitif inconnu (2002)*
  - SOR Mélanome (2001)*
  - SOR Sarcome (2006)*
  - SOR Sarcome (1994)*
  - Référentiel COL (2008)*
  - ESMO 2012 – Sarcomes des tissus mous*
  - ESMO 2012 – Sarcomes osseux*
  - ESMO 2012 – GIST*
- Traitement hors référentiel**





**Plan de traitement par ordre chronologique** : Onglet ouvert par défaut mais qui peut se refermer (items obligatoires)

Type de traitement (choix multiple)	Type de traitement détaillé	Date de début envisagée	Commentaires	Structure/Professionnel
<input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Curiethérapie <input type="checkbox"/> Immunothérapie <input type="checkbox"/> Chimiothérapie <input type="checkbox"/> Chimiothérapie conventionnelle <input type="checkbox"/> Hormonothérapie <input type="checkbox"/> Radiothérapie <input type="checkbox"/> Thérapies ciblées <input type="checkbox"/> Radiologie interventionnelle <input type="checkbox"/> Radiothérapie / <input type="checkbox"/> Chimiothérapie simultanée <input type="checkbox"/> Rééducation fonctionnelle <input type="checkbox"/> Endoscopie interventionnelle <input type="checkbox"/> Autres traitements médicamenteux spécifiques <input type="checkbox"/> Soins palliatifs <input type="checkbox"/> Surveillance <input type="checkbox"/> A représenter <input type="checkbox"/> Autre : .....				

### Préservation de la fertilité

OUI  NON

**Femmes**

[Onco\\_Fertilite.oscar-lambret@apicrypt.fr](mailto:Onco_Fertilite.oscar-lambret@apicrypt.fr)

Tel : +33 (0)3 20 29 59 18

Fax +33 (0)3 20 29 58 96

**Hommes**

[cecos@chru-lille.fr](mailto:cecos@chru-lille.fr)

Tel : +33 (0)3 20 44 66 33

Fax : +33 (0)3 20 44 69 48

### Cadre de la Proposition de prise en charge (V.02 2015 Inca)

**Type de proposition :**

Application d'un référentiel

- Référentiel COL (2004)*
- SOR Cancer de primitif inconnu (2002)*
- SOR Mélanome (2001)*
- SOR Sarcome (2006)*
- SOR Sarcome (1994)*
- Référentiel COL (2008)*
- ESMO 2012 – Sarcomes des tissus mous*
- ESMO 2012 – Sarcomes osseux*
- ESMO 2012 – GIST*

Traitement hors référentiel

Essai clinique :  OUI  NON si oui préciser lequel .....

Description de la proposition thérapeutique : .....



ANNEXE : Types histologiques

Liste déroulante n°1	Liste déroulante n°2	Liste déroulante n°3
Sarcome	Liposarcome	<ul style="list-style-type: none"> <li>tumeur adipeuse atypique/liposarcome bien différencié</li> <li>liposarcome dédifférencié</li> <li>liposarcome myxoïde</li> <li>liposarcome à cellules rondes</li> <li>liposarcome mixte</li> <li>liposarcome pléomorphe</li> <li>liposarcome SAI</li> </ul>
	Leiomyosarcome	<ul style="list-style-type: none"> <li>leiomyosarcome différencié</li> <li>sarcome peu différencié avec phénotique musculaire lisse incomplet</li> </ul>
	Rhabdomyosarcome	<ul style="list-style-type: none"> <li>rhabdomyosarcome embryonnaire - type conventionnel</li> <li>rhabdomyosarcome embryonnaire - type botryoïde</li> <li>rhabdomyosarcome embryonnaire - type à cellules fusiformes</li> <li>rhabdomyosarcome alvéolaire</li> <li>rhabdomyosarcome sclérosant</li> <li>rhabdomyosarcome pléomorphe</li> <li>rhabdomyosarcome à cellules fusiformes</li> <li>rhabdomyosarcome SAI</li> </ul>
	Synoviosarcome	<ul style="list-style-type: none"> <li>synoviosarcome monophasique</li> <li>synoviosarcome biphasique</li> <li>synoviosarcome peu différencié</li> <li>synoviosarcome SAI</li> </ul>
	Myxofibrosarcome	
	Tumeur maligne des gaines des nerfs périphériques	
	Sarcome peu différencié	
	Sarcomes divers	<ul style="list-style-type: none"> <li>sarcome fibromyxoïde de bas grade</li> <li>fibrosarcome sclérosant épithélioïde</li> <li>tumeur maligne à cellules granuleuses</li> <li>hémangioendothéliome épithélioïde</li> <li>angiosarcome</li> <li>sarcome de Kaposi, tumeur glomique</li> <li>maligne, tumeur fibreuse solitaire maligne / hémangiopéricytome malin</li> <li>chondrosarcome myxoïde extra-squelettique</li> <li>chondrosarcome dédifférencié</li> <li>chondrosarcome mésenchymateux</li> <li>chondrosarcome SAI</li> <li>chondrosarcome à cellules claires</li> <li>chondrosarcome périosté</li> <li>chondrosarcome conventionnel</li> <li>chondrosarcome conventionnel central</li> <li>chondrosarcome conventionnel périphérique</li> <li>ostéosarcome extra-squelettique</li> <li>ostéosarcome SAI, ostéosarcome conventionnel</li> <li>ostéosarcome parostéal</li> <li>ostéosarcome parostéal dédifférencié</li> </ul>



# FICHE RCP

## SARCOME - TISSUS MOUS - OS

**ONCO**

HAUTS-DE-FRANCE  
RESEAU REGIONAL DE CANCEROLOGIE



		<ul style="list-style-type: none"> <li>• ostéosarcome de bas grade de type central</li> <li>• ostéosarcome de bas grade de type central dédifférencié</li> <li>• ostéosarcome périosté, ostéosarcome de haut grade de surface</li> <li>• ostéosarcome télangiectasique</li> <li>• ostéosarcome à petites cellules</li> <li>• ewing / pnet, sarcome épithélioïde</li> <li>• sarcome alvéolaire des parties molles, sarcome à cellules claires</li> <li>• mésoenchymome malin</li> <li>• tumeur rhabdoïde extra-rénale</li> <li>• tumeur desmoplastique à cellules rondes</li> <li>• sarcome intimal</li> <li>• sarcome du stroma endométrial de bas grade</li> <li>• sarcome endométrial indifférencié, adénosarcome</li> <li>• sarcome phyllode</li> <li>• chordome</li> <li>• adamantinome</li> <li>• tumeur neuroectodermique mélanotique de l'enfant</li> <li>• Suspicion de sarcome</li> <li>• GIST Tumeur stromale du tube digestif</li> </ul>
<p>Tumeurs à malignité intermédiaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• lipofibromatose</li> <li>• fibrome desmoplastique des os</li> <li>• fibromatose superficielle</li> <li>• tumeur fibreuse solitaire</li> <li>• fibrosarcome infantile</li> <li>• sarcome myofibroblastique de bas grade</li> <li>• sarcome fibroblastique myxo-inflammatoire</li> <li>• fibroxanthome atypique</li> <li>• tumeur myofibroblastique inflammatoire</li> <li>• dermatofibrosarcome de Darier Ferrand</li> <li>• fibrosarcome sur dermatofibrosarcome de Darier Ferrand</li> <li>• fibroblastome à cellules géantes</li> <li>• histiocytofibrome angiomaïde</li> <li>• tumeur fibro-histiocytaire plexiforme</li> <li>• tumeur à cellules géantes des tissus mous</li> <li>• tumeur à cellules géantes des os</li> <li>• tumeur à cellules géantes des os maligne/dédifférenciée</li> <li>• tumeur à cellules géantes des os métastatique</li> <li>• hémangioendothéliome kaposiforme</li> <li>• hémangioendéthéliome rétifforme</li> <li>• angioendothéliome papillaire intra-lymphatique</li> <li>• hémangioendothéliome composite</li> <li>• hémangioendothéliome pseudomyogénique</li> <li>• tumeur fibrolipomateuse hémosidérotique</li> <li>• tumeur fibromyxoïde ossifiante</li> <li>• tumeur mésoenchymateuse phosphaturiante</li> <li>• myoépithéliome</li> <li>• nodule du stroma endométrial</li> <li>• leiomyome métastasant</li> <li>• STUMP tumeur musculaire lisse à potentiel de malignité incertaine</li> <li>• UTROSCT tumeur utérine ressemblant aux tumeurs de l'ovaire des cordons sexuels</li> <li>• PECOME tumeur à cellules épithélioïdes périvasculaires</li> </ul>	



## FICHE RCP SARCOME - TISSUS MOUS - OS

ONCO

HAUTS-DE-FRANCE  
RESEAU REGIONAL DE CANCEROLOGIE



	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tumeur desmoïde</li></ul>	
Lésions bénignes (ouverture texte libre)	<i>Texte libre</i>	