

CANCÉROLOGIE

La prise en charge des cancers cutanés de la face : un impératif esthétique mais avant tout carcinologique

RÉSUMÉ : Les tumeurs cutanées de la face doivent répondre à deux types d'impératifs le plus souvent opposés : les impératifs carcinologiques, d'une part, et ceux de la reconstruction, d'autre part.

En carcinologie, l'obtention de berges saines est le principal critère de guérison. Le risque majeur est d'étendre l'exérèse au détriment parfois du tissu sain. À l'inverse, en reconstruction, la préservation d'un maximum de tissu sain permet un plus large choix de reconstruction.

Les nouvelles techniques de réduction des marges apportent une solution aux contraintes esthétiques et carcinologiques dans certains cas particuliers.



→ A. LEDUEY
Institut Curie, PARIS.

Les cancers de la face et du cou ont des origines multiples. Le point de départ peut être une tumeur cutanée avec un envahissement locorégional plus ou moins étendu, mais il peut également s'agir d'une extension tumorale des sinus maxillaires, ethmoïdaux, des cavités nasale ou orale. La majorité des cas peuvent être traités aisément par une exérèse chirurgicale limitée puis reconstruits par des greffes ou des lambeaux locaux. Les résections n'intéressant qu'une unité esthétique entraînent peu de séquelles, et les reconstructions sont simples. Toutefois, certaines tumeurs se comportent de manière agressive et peuvent nécessiter une intervention chirurgicale plus importante, entraînant l'exérèse de plusieurs unités esthétiques et de structures sous-jacentes.

L'importance de l'exérèse carcinologique conditionne le pronostic fonctionnel et esthétique. Les larges exérèses compromettent la qualité de vie du patient en mutilant la face, organe de l'identité et de la reconnaissance sociale. Elles requièrent des reconstructions plus

complexes, faisant intervenir des lambeaux locorégionaux et libres.

L'objectif de la chirurgie réparatrice est le rétablissement d'une apparence normale, et doit toujours et avant tout s'adapter aux exigences de l'exérèse carcinologique.

Les principes généraux

La prise en charge des tumeurs cutanées de la face est avant tout chirurgicale. Il s'agit de la première question à se poser lors des réunions pluridisciplinaires avec les dermatologues. Est-ce chirurgicalement possible ? La chirurgie doit s'assurer de l'exérèse complète et suffisante de la lésion. Les traitements médicaux (chimiothérapie et la radiothérapie) sont des recours en cas d'inopérabilité du patient, et ils n'apportent pas la preuve histologique nécessaire pour réduire au maximum le risque de récurrence.

L'exérèse ne doit en aucune façon tenir compte du mode de reconstruction.

Son caractère complet et suffisant est vérifié par l'examen histologique extemporané fiable (technique verticale modifiée ou technique de Mohs) et/ou définitive, ce qui conditionne les possibilités de reconstruction, notamment l'utilisation immédiate ou retardée de lambeaux locorégionaux. En l'absence d'examen histologique extemporané, la fermeture cutanée doit se limiter à une suture directe, une cicatrisation dirigée ou au maximum à une greffe de peau. La pièce opératoire est orientée afin de permettre les reprises chirurgicales dirigées en cas d'exérèse incomplète à l'histologie définitive. L'utilisation d'un lambeau locorégional avant l'obtention de l'histologie définitive fait perdre l'orientation de l'exérèse tumorale, et nécessite le sacrifice entier de la reconstruction parfois complexe aux dépens des structures adjacentes en cas d'exérèse incomplète. Le dogme est donc le suivant : aucun lambeau sans histologie fiable.

Enfin, il est fondamental devant toute exérèse, même la plus bénigne cliniquement, de recourir à une histologie systématique. Cette dernière est un point essentiel et détermine les modalités de surveillance et de traitements ultérieurs (rythme des consultations, échographie, dépistage des récurrences, traitements adjuvants).

L'histologie : contraintes d'exérèse et du calendrier de reconstruction

1. Les carcinomes basocellulaires

Les carcinomes basocellulaires ont une extension continue, locale et lente, très rarement métastatique. L'exérèse consiste en une prise de marge clinique la plus limitée possible afin de réduire le sacrifice tissulaire tout en assurant des marges histologiques de sécurité. Il est important de bien différencier les marges histologiques (mesurées sous microscope après exérèse) et chirurgicales (dessinées après

repérage macroscopique de la lésion). Ces deux marges peuvent difficilement être corrélées l'une à l'autre. L'exérèse est guidée par des examens anatomopathologiques extemporanés, orientés et fiables, permise par le caractère continu de la lésion. La reconstruction par lambeau locorégional est dans ce cas autorisée, avec un risque de discordance à l'histologie définitive très faible. Pour les carcinomes sclérodermiformes et térébrants, les limites ne sont pas toujours très claires avec des prolongements tumoraux microscopiques infiltrant le derme et les structures adjacentes. Dans ces circonstances, le but est d'obtenir une analyse exhaustive de toutes les berges, ce qui impose une étroite collaboration entre chirurgien et anatomopathologiste [1].

Les techniques requises pour une analyse histologique exhaustive extemporanée sont : les techniques verticales modifiées de Muffin et de Mohs [2-6].

L'équipe d'anatomopathologistes doit être entraînée et spécialisée [7]. En l'absence d'un tel plateau technique, il est préférable pour de telle lésion à contours irréguliers et spiculés, toujours continues, de reconstruire dans un

second temps chirurgical après l'analyse histologique définitive. Le risque de discordance entre l'histologie définitive et l'examen histologique extemporané simple non exhaustive est trop élevé.

2. Les carcinomes épidermoïdes

Leur mode d'extension tumorale discontinue (engainement périnerveux, embolies vasculaires) ne permet pas de se fier à une analyse anatomopathologique extemporanée ; des marges systématiques sont prises de 0,5 cm à 2 cm en fonction de la taille tumorale. La reconstruction par lambeau est donc différée sans hésitation quand la taille le permet et quand l'exérèse ne compromet pas les organes fonctionnels (œil par exemple). La fermeture primaire est réduite à une suture directe ou à une greffe de peau, sacrifiée dans un deuxième temps en cas d'exérèse incomplète à l'histologie définitive.

En revanche, l'analyse histologique extemporanée permet de contrôler les zones où une prise de marge n'est pas possible, par exemple la région oculopalpébrale ou nasale (correspondant à des structures tridimensionnelles) (*fig. 1*). Dans ce cas, des recoupes orien-



FIG. 1 : Exérèse d'un carcinome épidermoïde du nez, pièce opératoire orientée avec de nombreuses recoupes permettant des reprises ciblées en exérèse incomplète lors de l'analyse histologique extemporanée.

CANCÉROLOGIE

tées sont réalisées en peropératoire ; le résultat anatomopathologique extemporané n'a pas pour but de permettre une reconstruction immédiate en toute sécurité, mais de limiter l'exérèse en zone saine en évitant au maximum les organes vitaux et fonctionnels. Compte tenu de l'absence de marges suffisantes dans ces cas bien particulier, un traitement adjuvant par radiothérapie s'impose. La problématique du ganglion sentinelle n'est pas développée dans cet article. Cependant, la technique est indiquée dans les carcinomes épidermoïdes à haut risque sans ganglion palpable pour déterminer le statut lymphatique avec moins de morbidité que le curage [8].

3. Les mélanomes

Dépister à l'examen clinique par les dermatologues, l'exérèse de la lésion est réalisée sans marge à visée diagnostique quand la taille le permet. L'histologie définitive rend un indice de Breslow correspondant à l'épaisseur de l'envahissement dermique. Les marges d'exérèse sont alors étroitement liées à cet indice [9]. Une reprise de la cicatrice est donc nécessaire. Le mélanome est une lésion également discontinue (mélanome dit en transit) qui ne permet pas l'analyse extemporanée d'autant également qu'une immunohistochimie est indispensable pour confirmer sa présence dans la reprise de cicatrice. Cette analyse n'étant jamais rendue immédiatement, la technique impose un délai.

La reprise se fait toujours jusqu'au fascia sous-jacent en le respectant. Le décollement des berges est déconseillé au risque de disséminer la maladie en profondeur et à distance. La fermeture est souvent limitée à une greffe de peau, prise systématiquement en controlatéral à la lésion initiale par souci de sécurité carcinologique et par contrainte des modalités de surveillance.

Récemment, les recommandations limitent la reprise chirurgicale à 2 cm de

part et d'autre de la cicatrice pour tous les indices de Breslow supérieures à 2 mm. Il n'est plus nécessaire de prendre au-delà.

Concernant la technique du ganglion sentinelle, elle est indiquée pour les lésions à l'indice de Breslow supérieur à 1 mm sans adénopathie palpable ou radiologique, et est uniquement pronostique sans valeur thérapeutique. Le curage complémentaire est toujours réalisé dans un deuxième temps.

Il faut cependant garder à l'esprit que pour les carcinomes épidermoïdes ou les mélanomes centraux de la face, le drainage lymphatique est le plus souvent bilatéral et complexe. Le risque de faux négatif est par conséquent important [10].

4. Les tumeurs rares

Le dermatofibrosarcome de Darier-Ferrand présente comme caractéristiques une extension tumorale continue à l'instar du carcinome basocellulaire, une absence d'engainement périnerveux, une absence d'embolies intravasculaires et lymphatiques et une agressivité purement locale. Tous ces points font de cette tumeur rare une candidate aux techniques de réduction des marges d'exérèse. Habituellement,

le contrôle local est assuré avec un taux de 85 % à 100 % pour des marges cliniques allant de 2,5 cm à 5 cm selon les études [11-13].

Plus de 19 études entre 1951 et 2003 avec au moins 3 ans de recul et plus de 674 malades ont montré un taux de récurrence de 18,4 % en moyenne pour des marges larges. Entre 1978 et 2004, 25 études toujours avec un recul de 3 ans ont prouvé qu'une réduction des marges avec une analyse exhaustive conduit à un taux de récurrence de 1,84 % en moyenne. Le protocole chirurgical de réduction des marges est le suivant :

- des marges initiales de 1,5 cm sont imposées ;
- l'exérèse est faite au carré, orientée et numérotée emportant une première barrière anatomique profonde saine (*fig. 2*) ;
- l'étude anatomopathologique est réalisée sur une pièce fixée avec une étude exhaustive et des berges et séquentielle de la profondeur de type vertical modifié ;
- une coloration standard et un marquage des CD34 sont effectués en 48 heures ;
- la plaie est laissée ouverte pendant ce temps ;
- la reprise des marges orientées et non totales, ou la fermeture, a lieu 48 heures plus tard après les résultats définitifs histologiques.

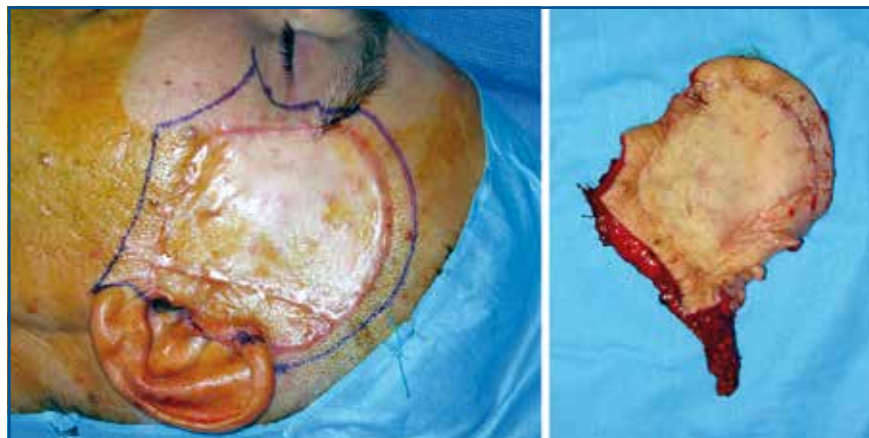


FIG. 2 : Exérèse d'une récurrence de dermatofibrosarcome temporal, pièce opératoire orientée pour une analyse histologique de type verticale modifiée (équivalent Mohs semi-lent).

POINTS FORTS

- ➞ Les tumeurs cutanées sont toujours de première intention chirurgicales.
- ➞ L'exérèse ne tient jamais compte de la réparation.
- ➞ Jamais de lambeau sans histologie.
- ➞ L'histologie est systématique.
- ➞ Les techniques de réduction des marges sont particulièrement adaptées pour les tumeurs cutanées de la face, mais nécessite une étroite collaboration entre les chirurgiens et les anatomopathologistes et dépendent étroitement de la nature histologique de la lésion.

Les tumeurs de Merkel ont des limites irrégulières, infiltrantes avec des embolus vasculaires et des métastases en transit. Les marges d'exérèse habituelles sont de 2 à 3 cm. Dans l'étude de O'Connor, une réduction des marges de 3 cm conduit à un taux de récurrence de 15 % comparée à des marges d'exérèse supérieure à 3 cm où le taux est de 0 % [14]. Compte tenu du taux de récurrence locale élevé, la radiothérapie postopératoire est préconisée. L'attitude la plus sûre est la réalisation de marges systématiques de 2 à 3 cm sans réduction, tout en s'adaptant à la localisation. La tumeur étant extrêmement lymphophile, il est recommandé d'effectuer un curage et une parotidectomie superficielle en cas d'adénopathie pour les tumeurs de la face. En l'absence de ganglion palpable ou radiologique, la technique du ganglion sentinelle se heurte aux mêmes problématiques abordées ci-dessus.

Conclusion

La chirurgie des tumeurs de la face évolue. Premièrement, la réduction des marges permet de réduire le sacrifice

cutané avec une sécurité carcinologique conservée. Les séquelles sont limitées. Cette technique impose une étroite collaboration entre les chirurgiens et les anatomopathologistes. La prise en charge des aires ganglionnaires avec l'avènement de la technique du ganglion sentinelle a évolué et est toujours en cours d'évaluation.

Bibliographie

1. BENATAR M, DUMAS P, CARDIO-LECCIA N *et al.* Interest and reliability of frozen section biopsy in the treatment of skin tumors. *Ann Chir Plast Esthet*, 2012;57:125-131.
2. MOEHRLE M, BREUNINGER H, TAÏEB A *et al.* 3D histology: a micrographic surgical technique suitable for French dermatologists and pathologists in private and hospital practice. *Ann Dermatol Vénéréol*, 2007;134:87-93.
3. OTLEY CC. Cost-effectiveness of Mohs micrographic surgery vs surgical excision for basal cell carcinoma of the face. *Arch Dermatol*, 2006;142:1235; author reply 1235-1236.
4. BENTKOVER SH, GRANDE DM, SOTO H *et al.* Excision of head and neck basal cell carcinoma with a rapid, cross-sectional, frozen-section technique. *Arch Facial Plast Surg*, 2002;4:114-119.
5. BREUNINGER H, CASTANET P. Method of histological control of the edges of surgical specimens of basal cell epitheliomas. *Ann Dermatol Vénéréol*, 1987;114:511-514.
6. MOSTERD K, KREKELS GAM, NIEMAN FH *et al.* Surgical excision versus Mohs' micrographic surgery for primary and recurrent basal-cell carcinoma of the face: a prospective randomised controlled trial with 5-years' follow-up. *Lancet Oncol*, 2008;9:1149-1156.
7. Prise en charge diagnostique et thérapeutique du carcinome basocellulaire de l'adulte – Argumentaire – HAS, 2004.
8. Prise en charge diagnostique et thérapeutique du carcinome épidermoïde cutané (spinocellulaire) et de ses précurseurs. Recommandations. http://www.e-cancer.fr/v1/fichiers/public/carcinome-epidermoide-cutane_recommandations.pdf.
9. Recommandations pour la Pratique Clinique: Standards, Options et Recommandations 2005 pour la prise en charge des patients adultes atteints d'un mélanome cutané MO Actualisation de la Conférence de Consensus de 1995 et des SOR de 1998.
10. MAMELLE G, TEMAM S, CASIRAGHI O *et al.* Role and perspectives of sentinel node biopsy in head and neck tumors. *Cancer Radiothérapie J Société Fr Radiothérapie Oncol*, 2006;10:349-353.
11. AH-WENG A, MARSDEN JR, SANDERS DSA *et al.* Dermatofibrosarcoma protuberans treated by micrographic surgery. *Br J Cancer*, 2002;87:1386-1389.
12. DAWES KW, HANKE CW. Dermatofibrosarcoma protuberans treated with Mohs micrographic surgery: cure rates and surgical margins. *Dermatol Surg Off Publ Am Soc Dermatol Surg Al*, 1996;22:530-534.
13. RATNER D, THOMAS CO, JOHNSON TM *et al.* Mohs micrographic surgery for the treatment of dermatofibrosarcoma protuberans. Results of a multiinstitutional series with an analysis of the extent of microscopic spread. *J Am Acad Dermatol*, 1997;37:600-613.
14. O'CONNOR WJ, BRODLAND DG. Merkel cell carcinoma. *Dermatol Surg Off Publ Am Soc Dermatol Surg Al*, 1996;22:262-267.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.