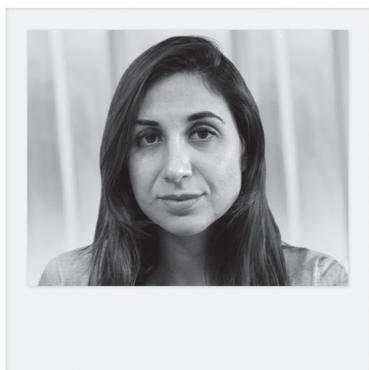


# Les curages inguino-iliaques dans la prise en charge du mélanome

**RÉSUMÉ :** Le traitement du mélanome est chirurgical. En effet, les traitements complémentaires ne sont ni supérieurs ni équivalents à la chirurgie. Le chirurgien plasticien est un des acteurs principaux de cette prise en charge.

Les indications du curage sont les ganglions sentinelles métastatiques, un ganglion palpable, un ou des ganglions suspects à l'imagerie au cours du bilan d'extension ou de surveillance. L'HAS recommande un curage inguino-iliaque dans ce type d'indications, sans détailler la localisation précise du curage qui reste controversée entre les écoles.

Les seuls arguments issus de la littérature qui font discuter le choix d'un curage uniquement inguinal et non iliaque en RCP sont le terrain du patient (comorbidité) et la taille des micrométastases du ganglion sentinelle atteint (inférieure à 1 mm).



→ **B. HERSANT**  
Service de chirurgie plastique,  
Hôpital Henri-Mondor, PARIS.

**L**ongtemps, le curage ganglionnaire a été considéré comme uniquement pronostic dans la prise en charge du mélanome. Depuis quelques années, certaines études montrent que le curage inguino-iliaque peut avoir un effet thérapeutique bénéfique en cas de métastases ganglionnaires avérées. Cet effet est faible ; mais étant donné le terrain (souvent jeune) des patients, l'HAS recommande un curage inguino-iliaque ou axillaire en cas de métastase ganglionnaire dans ces régions.

Les données de la littérature permettent au chirurgien d'intervenir, de comprendre et de ne pas subir les décisions prises en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Étant donnée la morbidité de cette chirurgie, la balance bénéfique/risque doit être comprise par le chirurgien de façon à mieux interagir avec son patient.

**Retrouvez la vidéo relative à cet article :**

– à partir du flashcode\* suivant



– en suivant le lien :

<http://tinyurl.com/curageinguinoiliaque>

*\* Pour utiliser le flashcode, il vous faut télécharger une application sur votre smartphone, puis tout simplement photographier notre flashcode. L'accès au film est immédiat.*



## CANCÉROLOGIE

### Quand recherche-t-on un ganglion sentinelle en prise dans la charge du mélanome ?

Le ganglion sentinelle (GS) est le premier ganglion recevant le drainage lymphatique d'une tumeur. La technique d'exérèse du GS a pour objectif d'identifier ce ou ces ganglions par l'injection d'un colorant et/ou un colloïde radioactif. Ce ou ces ganglions sont envoyés en anatomopathologie. Les recommandations actuelles nationales en matière de technique d'exérèse du GS concernent les centres spécialisés (centres anti-cancéreux/centres hospitaliers), dans le cadre d'essais thérapeutiques ou de protocoles d'évaluation pour les mélanomes supérieurs à 1 mm d'épaisseur ou ulcérés sans envahissement ganglionnaire décelable [1]. L'exérèse du GS n'est pas recommandée de façon systématique.

Le taux de récurrence du mélanome semble plus élevé en cas de GS atteint.

Cet envahissement semble avoir une valeur péjorative sur la survie sans récurrence. Mais les données de la littérature sont contradictoires concernant la valeur du GS en survie globale.

### Indications du curage inguinal et/ou iliaque

L'indication du curage ganglionnaire est tout-à-fait claire dans la prise en charge du mélanome en France ; mais pas la localisation de ce curage. Cette décision est prise en RCP.

Le curage prophylactique systématique est contre-indiqué en l'absence de GS positif ou de ganglions suspects [1].

Le curage concerne les mélanomes de stade III (N+). Ses indications sont les GS métastatiques, un ganglion palpable dans l'aire de drainage du mélanome,

ou l'existence de ganglion(s) suspect(s) à l'imagerie au cours du bilan d'extension ou de surveillance.

En cas de doute sur une atteinte ganglionnaire inguinale (clinique négative mais imagerie suspecte), une biopsie par cytoponction sous échographie permet de confirmer le diagnostic.

La biopsie chirurgicale de type adénoïdectomie concerne uniquement le ganglion sentinelle. Elle ne doit pas retarder la prise en charge thérapeutique, ni compromettre la réalisation du futur curage.

Dans le mélanome avec atteinte ganglionnaire, le traitement est l'évidement cellulo-ganglionnaire de l'aire concernée. Le curage doit être complet et la totalité des ganglions doit être examinée avec la détermination du nombre de ganglions atteints et le repérage de l'effraction capsulaire [2].

### Quel type de curage réaliser : inguinal ou inguino-iliaque ?

Le type de curage à réaliser à la racine du membre inférieur est controversé. Les recommandations ne détaillent pas ce sujet. Cela entraîne des différences de prise en charge entre les centres et des "choix d'école". Pourtant, la commission HAS [3] est claire quoique non détaillée : en cas d'atteinte ganglionnaire inguinale dans le cadre d'un mélanome, un curage inguinal et iliaque est recommandé.

Donc, en cas de ganglions inguinaux palpés ou suspects à l'imagerie, un curage inguino-iliaque doit être réalisé. C'est le choix de nombreuses écoles de carcinologie cutanée. Mais, la décision de la RCP primant, le chirurgien doit y avoir sa place et faire valoir ses arguments pour orienter la prise en charge.

Les ganglions pelviens étant difficilement décelables par le scanner, les seuls arguments qui font discuter un curage uniquement inguinal et non iliaque en RCP sont : le terrain du patient (comorbidité) et la taille des micrométastases du GS atteint (inférieure à 1 mm). Dans le cas du GS inguinal atteint avec effraction capsulaire ou micrométastase supérieure à 1 mm, on peut réaliser un curage iliaque associé au curage inguinal.

**Le curage pelvien peut être iliaque externe, ilio-obturateur ou lombo-aortique.** En carcinologie cutanée, le curage pelvien correspond au curage iliaque externe (atmosphère cellulo-graisseuse pelvi-sous-péritonéale au-dessus des vaisseaux iliaques externes jusqu'à l'artère iliaque commune). En carcinologie des organes génitaux et du petit bassin, le curage pelvien est extensif et parfois bilatéral ; il correspond au curage ilio-obturateur (atmosphère cellulo-graisseuse se trouvant au-dessus et sous les vaisseaux iliaques externes jusqu'au cadre obturateur, également l'espace entre les vaisseaux iliaques externes et internes, et autour des vaisseaux iliaques internes) et parfois lombo-aortique.

Après la réalisation du curage iliaque externe par le chirurgien plasticien, le contrôle au doigt de l'espace pelvi-sous-péritonéal doit être systématique. Si un ganglion suspect est palpable en dehors du curage iliaque externe, il faut compléter ce curage ilio-obturateur et envoyer le ganglion à part en anatomopathologie.

### Pourquoi associer un curage iliaque au curage inguinal ? Une revue de la littérature récente

La sensibilité de l'imagerie est faible en détection des ganglions pelviens, contrairement aux ganglions ingui-

naux. Selon Glover [4], la présence de métastase(s) ganglionnaire(s) inguinale(s), associée à une imagerie douteuse des ganglions pelviens, est souvent associée à des métastases pelviennes ganglionnaires. De même, la palpation d'un ganglion inguinal métastatique doit faire envisager un curage inguinal et iliaque. Les métastases ganglionnaires pelviennes sont fréquemment associées aux ganglions inguinaux palpables [4].

Cependant, selon une grande série prospective de Glumac [5], il n'y a pas d'association entre ganglion métastatique inguinal micro ou macroscopique et ganglion métastatique pelvien iliaque ou obturateur. Il ne recommande donc pas d'associer un curage ilio-obturateur au curage inguinal.

Selon une étude prospective multicentrique de Egger *et al* [6], l'association d'un curage iliaque ou ilio-obturateur, n'améliore ni la survie globale ni la survie sans récurrence régionale ganglionnaire, quelle que soit l'atteinte macro ou microscopique. Le curage iliaque apporte cependant des renseignements importants en terme pronostic, mais il présente des risques opératoires pour de faibles taux de ganglions métastatiques. S'il existe des métastases ganglionnaires iliaques, la survie à 5 ans passe de 47 % à 19 % [7].

Les études concernant le statut du ganglion de Cloquet (ganglion inguinal le plus profond) sont contradictoires. L'atteinte du ganglion de Cloquet serait-elle le reflet de l'atteinte pelvienne (iliaque et obturatrice)? La littérature ne permet pas de répondre à cette question. Le ganglion de Cloquet ne serait pas le "sentinelle" du petit bassin.

La qualité et l'étendue du curage ganglionnaire représentent un facteur pronostique de survie dans le mélanome. Selon Chang [8], au stade N3 (supérieur à 4 ganglions métastatiques),

## POINTS FORTS

- ➔ L'exérèse du ganglion sentinelle (GS) n'est pas recommandée de façon systématique.
- ➔ L'indication du GS concerne les mélanomes supérieurs à 1 mm d'épaisseur ou ulcérés, sans atteinte ganglionnaire clinique ou radiologique, dans les centres spécialisés et dans le cadre d'essais thérapeutiques.
- ➔ Le curage prophylactique systématique dans le mélanome est contre-indiqué en l'absence de GS positif ou de ganglions suspects cliniques ou radiologiques.
- ➔ L'HAS recommande un curage inguino-iliaque dans ce type d'indications sans détailler la localisation du curage pelvien, qui reste controversée.
- ➔ Les seuls arguments issus de la littérature qui peuvent faire discuter le curage uniquement inguinal et non iliaque sont le terrain du patient (comorbidité) et la taille des micrométastases du GS atteint (inférieure à 1 mm).
- ➔ En carcinologie cutané, le curage pelvien correspond au curage iliaque externe, qui doit être complété d'un curage ilio-obturateur si le contrôle au doigt de l'espace pelvi-sous-péritonéal retrouve des ganglions suspects au cours de la chirurgie.

la survie est significativement améliorée avec les curages emportant un plus grand nombre de ganglions. En conclusion, un curage inguinal extensif (évidement de toute l'atmosphère cellulo-graisseuse du triangle de Scarpa et de l'aire crurale) aurait un intérêt thérapeutique.

### Complications et risques du curage inguino-iliaque

Selon Chang [9], les deux facteurs prédictifs de complications postopératoires sont l'obésité et la profondeur de la dissection du curage.

Les complications cicatricielles avec inflammation, sérome et désunion en regard du pli inguinal sont fréquentes, et quasi systématiques pendant le mois qui suit la chirurgie. Le patient doit être prévenu à l'avance de ce type de complication.

Dans les séries récentes, le taux de lymphœdème ("la grosse jambe") est élevé en postopératoire, de l'ordre de 45 % [10]. Le curage inguino-iliaque comporte une morbidité importante: 45 % de lymphœdèmes, 11 % de lymphorrhées, 5 % de lymphocèles, 8 % de nécroses cutanées, des troubles sensitifs et moteurs.

### Les autres traitements en cas d'atteinte ganglionnaire inguino-iliaque

Un traitement adjuvant à la chirurgie peut être proposé aux patients présentant un envahissement ganglionnaire histologique: l'interféron alpha à haute dose pendant 1 an [2]. En cas de métastase ganglionnaire non résécable, on peut s'orienter, comme pour les nodules de perméation, vers une chimiothérapie ou une vaccination [2]. Une radio-

## CANCÉROLOGIE

thérapie peut également être discutée en RCP (HAS 2012).

Un ganglion métastatique supérieur à 3 cm de diamètre a le même pronostic que les métastases en transit [9].

Il faut rechercher la mutation BRAF pour orienter la prise en charge thérapeutique adjuvante.

### Conclusion

Le curage inguinal extensif aurait un intérêt thérapeutique dans le mélanome. Bien que cet effet soit faible, le terrain jeune des patients et l'absence d'alternative thérapeutique équivalente sont des arguments en faveur de la chirurgie.

Le curage iliaque n'a pas une valeur thérapeutique mais pronostique. Il doit être associé systématiquement au curage inguinal selon les recommandations de l'HAS. Il est discuté dans le cas

des patients présentant des comorbidités importantes et quand la taille des micrométastases du ganglion sentinelle est faible.

Le curage pelvien à pratiquer est le curage iliaque externe. Cependant, si au cours de l'intervention des ganglions du territoire ilio-obturateur semblent suspects, ce curage doit être complété.

### Bibliographie

1. Recommandation de la Société française de Dermatologie, 2005.
2. Recommandations pour la pratique clinique : standards, options et recommandations 2005 pour la prise en charge des patients adultes atteints d'un mélanome cutané M0. *Ann Dermatol Vénérolog*, 2005;132:10-13.
3. Commission HAS, 2003.
4. GLOVER AR, ALAN CP, WILKINSON MJ *et al.* Outcomes of routine ilioinguinal lymph node dissection for palpable inguinal melanoma nodal metastasis. *Br J Surg*, 2014;101:811-819.
5. GLUMAC N, HOCEVAR M, ZADNIK V *et al.* Inguinal or inguino-iliac/obturator lymph node dissection after positive inguinal sentinel lymph node in patients with cutaneous melanoma. *Radiol Oncol*, 2012;46:258-264.
6. EGGER ME, BROWN RE, ROACH BA *et al.* Addition of an iliac/obturator lymph node dissection does not improve nodal recurrence or survival in melanoma. *J Am Coll Surg*, 2014;219:101-108.
7. HUGHES TMD, THOMAS JM. Combined inguinal and pelvic lymph node dissection for stage III melanoma. *Br J Surg*, 1999;86:1493-1498.
8. CHANG SB, ASKEW RL, XING Y *et al.* Prospective assessment of postoperative complications and associated costs following inguinal lymph node dissection (ILND) in melanoma patients. *Ann Surg Oncol*, 2010;17:2764-2772.
9. BUZOID AC, ROSS MI, BALCH CM *et al.* Critical analysis of the current American Joint Committee on Cancer staging system for cutaneous melanoma and proposal of a new staging system. *J Clin Oncol*, 1997;15:1039-1051.
10. ALLAN CP, HAYES AJ, THOMAS JM. Ilioinguinal lymph node dissection for palpable metastatic melanoma to the groin. *ANZ J Surg*, 2008;78:982-986.

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