

■ Cancérologie

Prise en charge chirurgicale du carcinome épidermoïde compliquant l'hydradénite suppurée de localisation périnéale : expérience d'un centre.

RÉSUMÉ : Le carcinome épidermoïde (CE) se développe sur des lésions d'hydradénite suppurée (HS) ou maladie de Verneuil chez 4,6 % des cas, presque exclusivement sur la zone glutéale. Il est particulièrement préoccupant car il survient chez des patients relativement jeunes et a un très mauvais pronostic. Le CE apparaissant sur le Verneuil ne doit pas être traité comme le CE classique car il se développe sur des lésions chroniques, constituées d'un réseau complexe de canaux sous-cutanés. L'objectif de cette étude est de présenter notre technique chirurgicale qui tient compte de la particularité du CE survenant sur le Verneuil. Cette technique a été appliquée avec succès sur cinq de nos patients.



S. LEVY, M. MEZI, B. HERSANT
Service de chirurgie plastique,
reconstructrice, esthétique et maxillo-
faciale
CHU Henri Mondor, CRÉTEIL.

Le carcinome épidermoïde (CE) peut se développer sur des lésions d'hydradénite suppurée (HS) chez jusqu'à 4,6 % [1] des patients atteints d'HS après environ 25 à 27 ans de maladie. L'âge moyen au diagnostic est de 52 à 54 ans [2, 3]. La localisation la plus fréquente est le périnée [3]. Cela peut être expliqué par la présence d'une jonction cutané-squameuse et l'implication du virus HPV-16 qui a été confirmée [1]. Le CE survenant sur l'HS est rare [4] mais particulièrement inquiétant. Il se développe chez des patients relativement jeunes et a un très mauvais pronostic avec une survie à deux ans de 57 % et seulement 19 % de patients.

La sévérité du pronostic du CE sur des lésions d'HS est due à la difficulté d'évaluation du diagnostic. Le CE peut imiter les changements verruqueux lymphoïdes de l'HS [5] ou se présenter sous forme d'ulcère [6]. Les patients sont souvent diagnostiqués pour un CE

et une HS en même temps, après avoir ignoré les lésions d'HS pendant de nombreuses années. Ce qui peut entraîner un diagnostic tardif et un traitement qui n'est plus curatif. L'HS est une maladie inflammatoire chronique qui touche entre 0,3 % et 4 % de la population [7]. Son expression clinique comprend des nodules folliculaires individuels, des abcès dermiques profonds, des sinus sous-cutanés drainants interconnectés et des cicatrices hypertrophiques [8]. Ces lésions chroniques sont responsables d'une altération importante de la qualité de vie [9, 10]. La pathogenèse de l'HS est encore controversée [3-5] et il n'y a pas de consensus sur l'implication des glandes apocrines dans la pathogénie [11]. La théorie la plus largement acceptée est que l'HS est déclenchée par l'obstruction de l'infundibulum folliculaire, ce qui entraîne une inflammation chronique [7]. Il n'y a pas non plus de procédure chirurgicale standardisée pour traiter les CE survenant sur l'HS, ce qui a mené

Cancérologie

à une récurrence de 48 % dans une série de 43 patients décrite par Constantinou *et al.* malgré une chirurgie curative avec des marges claires [12]. Les auteurs de cet article recommandent donc de ne pas traiter ce type de CE comme un CE classique, en raison de son développement sur des lésions chroniques complexes de canaux sous-cutanés. Ils recommandent également de cartographier les lésions et de prendre une marge de 1 cm sur les bords de la toile sous-cutanée pour le traitement. L'objectif de l'article est de présenter une technique chirurgicale qui tient compte des particularités des lésions de CE sur l'HS.

■ Procédure opératoire

1. Évaluation préopératoire

Nos patients présentant un CE survenant sur HS doivent bénéficier d'un dépistage scanographique à la recherche de ganglions métastatiques ou de lésions secondaires ainsi qu'une IRM pelvienne pour mettre en évidence les fistules et la profondeur des lésions. Chaque dossier doit ensuite être discuté en réunion pluridisciplinaire.

2. Description de la procédure

La technique de la bluectomie a été conçue par les chirurgiens seniors de notre département de chirurgie maxillo-faciale, plastique, reconstructrice et esthétique du CHU Mondor à Paris. La technique chirurgicale débute sous anesthésie générale avec l'identification de l'extension locale de l'HS. Nous utilisons l'injection de bleu patenté V dans tous les tissus manifestement malades : fistules, abcès, peau érythémateuse ou hyperpigmentée. Nous attendons ensuite dix minutes pour que la couleur bleue se propage dans les zones touchées par la maladie mais qui n'en ont pas l'air. On procède ensuite à une résection chirurgicale monobloc avec des marges macroscopiquement nettes de 1 cm. La profondeur de la résection s'arrête

généralement au-dessus du plan aponévrotique. Si le fascia est bleu ou semble envahi par le processus néoplasique, le chirurgien doit l'enlever en même temps que le reste de la tumeur. Le matériel est alors envoyé pour une analyse histologique. La reconstruction différée est réalisée par une greffe de peau d'épaisseur variable à partir du cuir chevelu. Une colostomie de dérivation est souvent nécessaire dans la localisation pelvienne pour éviter la contamination fécale du site opératoire. La lymphadénectomie n'est pas réalisée s'il n'y a pas d'extension tumorale clinique ou radiologique aux ganglions lymphatiques.

3. Illustration de cas

Nous avons traité avec cette technique un homme de 57 ans souffrant d'HS depuis l'âge de 35 ans mais sans aucun suivi médical et ne présentant aucun autre problème médical hormis un infarctus du myocarde. En juin 2014, il a été opéré pour un abcès scrotal associé à une fistule anale. L'examen histologique a montré une néoplasie intraépithéliale de haut grade avec des marges latérales peu claires. Il a été référé à notre centre. Nous avons réalisé une cartographie histologique montrant de multiples sites de carcinome *in situ*. Un examen clinique et un examen par ultrasons des ganglions lymphatiques ont été effectués avant la chirurgie et n'ont révélé aucune lésion secondaire. L'IRM a confirmé l'existence de la fistule intersphinctérienne conduisant à une collection de 3 cm située à côté de la peau scrotale. Aucun autre carcinome n'a été trouvé dans le tube digestif après coloscopie et anoscopie. Il a donc été décidé de procéder à une excision radicale de la zone carcinomateuse. L'intervention a été réalisée selon notre technique. La résection monobloc avec une marge de 1 cm des lésions HS s'est étendue à la muqueuse anale, à la peau scrotale et a exposé les muscles du bassin qui ont été laissés intacts. Une colostomie de dérivation a ensuite été réalisée par les chirurgiens généraux afin d'éviter toute contamination fécale du site opé-

ratoire. La plaie a été laissée en cicatrisation contrôlée avec des pansements d'alginate et le scrotum a été reconstruit par un lambeau cutané local. L'examen pathologique du matériel a révélé un carcinome épidermoïde bien différencié, présentant les caractéristiques suivantes : Breslow : 4,5 mm, indice de Clark : III, pas d'embolie vasculaire, pas d'invasion périneurale. Les marges libres latérales étaient de 2,5 mm au minimum et les marges libres profondes étaient de 1,5 mm au minimum. Une résection supplémentaire profonde n'a montré aucune cellule tumorale. La lésion a été classée pT40M0. L'évolution postopératoire s'est déroulée sans incident et la guérison a été satisfaisante. Quelques mois plus tard, il a été diagnostiqué un cancer colorectal, traité par chirurgie et chimiothérapie adjuvante. Après 42 mois de suivi, le patient n'a plus de maladie et ne souffre d'aucun trouble fonctionnel lié à la chirurgie.

■ Discussion et conclusion

Nous suggérons que la meilleure façon d'offrir aux patients un traitement curatif est de déterminer les marges en fonction des limites de l'HS et non de celles du CE macroscopiquement visible. Plusieurs traitements sont disponibles : traitements topiques, antibiotiques, anticorps monoclonaux et chirurgie [13].

Les recommandations françaises sur le traitement des CE, conseillent de prendre des marges de 1 cm de la tumeur pour les CCS survenant sur des lésions chroniques. La place des traitements adjuvants comme la chimiothérapie et la radiothérapie est encore débattue et limitée aux situations où la chirurgie n'est pas envisageable.

La littérature sur les techniques chirurgicales concernant les CE survenant sur l'HS est rare et aucun consensus n'est observé. Selon la plupart des auteurs, il doit y avoir des marges claires de 2 à 3 centimètres [2], à partir des limites

de la lésion néoplasique. Mais le HS est caractérisé par un réseau complexe de centimètres [1] de sinus sous-cutanés et les cellules malignes peuvent facilement s'étendre le long de ceux-ci [14].

Cette caractéristique de l'HS rend impossible de déterminer à l'avance l'étendue du CE et explique la faible signification des marges mesurées à partir de la peau macroscopiquement malade. De plus, nous avons l'expérience de patients présentant souvent de multiples sites de dysplasie ou de transformations carcino-mateuses sur la cartographie biopsique, justifiant une prise en charge chirurgicale agressive du CE. Ce constat nous a amenés à penser qu'il n'y a pas d'autre option que de considérer tous ces sinus envahis afin de prévenir les récives. Par conséquent, les marges doivent être mesurées après la délimitation de la toile des sinus sous-cutanés. Dans notre technique, nous utilisons le bleu patenté V pour identifier ces tracts sinusaux.

Cette technique a été utilisée sur notre patient avec un résultat positif. L'examen pathologique du matériel a montré une large marge claire de 1,5 mm minimum. Nous sommes maintenant plus de trois ans après l'opération et notre patient ne montre aucun signe de récive du SCC, ce qui nous fait croire en l'efficacité de notre procédure

POINTS FORTS

- L'hidradénite suppurée (HS) est plus fréquente qu'on ne le pensait. La maladie est responsable d'une constellation de problèmes qui entraînent une invalidité importante et une stigmatisation sociale.
- La prévalence du carcinome épidermoïde (CE) chez les patients atteints d'HS peut atteindre jusqu'à 4,6 %. Lorsque le CE se développe dans le contexte de l'HS, il a un pronostic plus mauvais, avec un risque accru de métastases et de mortalité par rapport au CE classique.
- Le traitement du CE apparaissant sur les lésions du Verneuil devrait inclure l'ablation de toute la maladie de l'HS, même si la chirurgie semble excessivement étendue, afin d'être curative.
- Notre technique commence par l'identification de l'étendue des lésions du Verneuil. Nous mesurons ensuite leurs marges et pas seulement en fonction des lésions de carcinome documentées.

BIBLIOGRAPHIE

1. LAVOGIEZ C, DELAPORTE E, DARRAS-VERCAMBRE S *et al.* Clinicopathological study of 13 cases of squamous cell carcinoma complicating hidradenitis suppurativa. *Dermatol Basel Switz*, 2010; 220:147-153.
2. HUANG C, LAI Z, HE M *et al.* Successful surgical treatment for squamous cell carcinoma arising from hidradenitis suppurativa: a case report and literature review. *Medicine (Baltimore)*, 2017;96:e5857.
3. JOURABCHI N, FISCHER AH, CIMINO-MATHEWS A *et al.* Squamous cell carcinoma complicating a chronic lesion of hidradenitis suppurativa: a case report and review of the literature: Squamous cell carcinoma complicating a chronic lesion of 19 hidradenitis suppurativa. *Int Wound J*, 2017;14:435-438.
4. MAKRISS G-M, POULAKAKI N, PAPANOTA A-M *et al.* Vulvar, perianal and perineal cancer after hidradenitis suppurativa: a systematic review and pooled analysis. *Dermatol Surg*, 2017;43:107-115.
5. CHU EY, KOVARIK CL, LEE RA. Lymphedematous verrucous changes simulating 27 squamous cell carcinoma in long-standing hidradenitis suppurativa: Lymphedematous changes in hidradenitis suppurativa. *Int J Dermatol*, 2013;52:808-812.
6. PAGLIARELLO C, PARADISI A. The perils of a defective medical communication: fatal 32 neglected squamous cell carcinoma arising in perineal hidradenitis suppurativa. *Case Rep Dermatol*, 2011;3:5-7.
7. ELLIS LZ. Hidradenitis suppurativa: surgical and other management techniques. *Dermatol Surg Off Publ Am Soc Dermatol Surg Al*, 2012;38:517-536.
8. MEHDIZADEH A, HAZEN PG, BECHARA FG *et al.* Recurrence of hidradenitis suppurativa after surgical management: a systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol*, 2015;73:S70-77.
9. WOLKENSTEIN P, LOUNDOU A, BARRAU K *et al.* Quality of life impairment in hidradenitis suppurativa: a study of 61 cases. *J Am Acad Dermatol*, 2007; 56:621-623.
10. JANSE IC, DECKERS IE, VAN DER MATEN AD *et al.* Sexual health and quality of life are impaired in hidradenitis suppurativa: a multicentre cross-sectional study. *Br J Dermatol*, 2017;176:1042-1047.
11. KURZEN H, KUROKAWA I, JEMEC GBE *et al.* What causes hidradenitis suppurativa? *Exp Dermatol*, 2008;17:455456-455472.
12. CONSTANTINOU C, WIDOM K, DESANTIS J *et al.* Hidradenitis suppurativa complicated by squamous cell carcinoma. *Am Surg*, 2008;74:1177-1181.
13. SAUNTE DML, JEMEC GBE. Hidradenitis suppurativa: advances in diagnosis and treatment. *JAMA*, 2017;318:2019.
14. HUMPHREY LJ, PLAYFORTH H, LEAVELL UW. Squamous cell carcinoma arising in hidradenitis suppurativum. *Arch Dermatol*, 1969;100:59-62.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts avec les données publiées dans cet article.