

Le dossier – Oncodermatologie

Prise en charge chirurgicale des CBC : biopsie préalable ou pas, marges cliniques ou marges histologiques, analyse du compte rendu histologique

RÉSUMÉ : Le traitement chirurgical du carcinome basocellulaire a pour premier objectif d'assurer une exérèse histologiquement complète. Celle-ci se définit par l'absence de contact microscopique de la tumeur avec les berges latérales et profondes de la tumeur excisée. Il n'existe pas en réalité de "marge histologique".

Les marges cliniques définies par les recommandations constituent une démarche probabiliste d'obtenir 96 à 98 % d'exérèse histologiquement complète. Elles s'appliquent au-delà des limites tumorales après une lecture carcinologique précise optimisée par la manœuvre clinique "appuyer-étirer". La dermoscopie est également contributive à un meilleur repérage préopératoire. La localisation en zone à haut risque est significativement associée à un sous-type histologique agressif quelle que soit la présentation clinique. La biopsie indispensable avant une réparation assure le diagnostic histologique positif de CBC mais n'est pas prédictive du sous-type histologique et ne vaut que pour l'endroit biopsié.



J.-M. AMICI

Service de Dermatologie, CHU de BORDEAUX ;
Groupe chirurgical de la Société française de
dermatologie.

Les carcinomes basocellulaires (CBC) constituent une pathologie de masse en constante augmentation. Leur incidence double tous les 10 ans, de façon proportionnelle au vieillissement de la population.

Le traitement de première ligne du CBC est chirurgical, basé sur des recommandations de bonne pratique [1, 2]. L'objectif premier de cette chirurgie est la radicalité carcinologique avec une exérèse histologiquement complète, tout en assurant la reconstruction optimale pour le meilleur résultat fonctionnel, cicatriciel et esthétique [3].

Faut-il faire une biopsie préalable au traitement chirurgical ou pas ?

L'exérèse d'un CBC cliniquement typique, par une exérèse fusiforme et une

fermeture directe par simple rapprochement sur une localisation anatomique ne mettant pas en jeu un pronostic fonctionnel ou esthétique, peut s'effectuer d'emblée, sans biopsie préalable. Il s'agit alors d'une exérèse simple réalisant une "biopsie-exérèse". En revanche, si une chirurgie plus lourde ou une reconstruction est envisagée, en particulier sur le visage, la biopsie préalable reste indispensable car elle permet un diagnostic positif formel avec son intérêt médico-légal permettant d'éliminer une tumeur bénigne trompeuse.

La biopsie est donc plus utile pour sa valeur de diagnostic de certitude de malignité que pour son orientation pronostique. En effet, dans une étude rétrospective de 500 CBC comparant le résultat histologique de la biopsie et celui de la pièce opératoire d'exérèse, sa valeur prédictive positive (VPP) moyenne est de 69 % [4]. La biopsie ignore 11 % des

Le dossier – Oncodermatologie

formes agressives car sa VPP diminue avec l'agressivité tumorale. Elle ne **précise pas le sous-type le plus souvent** et peut être la source de la réduction inappropriée des marges cliniques.

La biopsie **ne vaut que pour l'endroit biopsié**, expliquant en partie certains échecs de traitements alternatifs à la chirurgie indiqués à tort. En effet, dans une étude portant sur 243 CBC étudiant la concordance entre le résultat histologique de la biopsie et celui de la pièce opératoire, 74 % de tous les CBC primitifs étaient constitués de plus d'un sous-type histologique [5]. Enfin, en emportant la majeure partie d'une petite lésion, la biopsie complique le repérage des limites tumorales et la lecture carcinologique secondaire, constituant ainsi une erreur de site de reprise chirurgicale.

Marges cliniques ou marges histologiques ?

Un contrôle exhaustif de la totalité des berges tumorales de la pièce tumorale excisée peut être obtenu par les techniques de chirurgie micrographique selon la technique de Mohs ou d'histologie 3D. Toutefois, ces techniques sont longues et difficiles à déployer. Elles sont réservées en France, pour des raisons médico-économiques, aux cas particuliers des CBC agressifs situés en zone à haut risque et aux CBC récidivés.

L'approche des recommandations de bonne pratique est **probabiliste**, basée sur la prise de **marges de sécurité cliniques** codifiées et établies donnant un pourcentage de chance très élevé – de l'ordre de 96 à 98 % – d'obtenir une **exérèse histologiquement complète**. Ces **marges cliniques** sont des zones de peau péri-tumorales, mesurées et dessinées au-delà des limites visibles de la tumeur, et qui seront excisées pour assurer l'exérèse complète de la tumeur et éviter les récidives. Elles doivent être consignées dans le compte rendu opératoire. Il n'existe pas à ce jour de marges histologiques.



Fig. 1 : Lecture carcinologique à la lampe loupe avec la manœuvre "appuyer-étirer".

La lecture carcinologique est donc **déterminante** pour repérer l'extension infraclinique de la tumeur, bien en délimiter les contours avant d'appliquer les marges de sécurité cliniques dont dépend le succès du traitement. Elle **repose sur l'examen visuel attentif et le toucher**. À l'aide d'un bon éclairage de la lésion, en utilisant une lampe loupe ou une lampe frontale et surtout en faisant varier les éclairages, on parvient à distinguer une zone d'extension infraclinique non visible spontanément [3].

Le toucher est indispensable et souvent contributif. En effet, la manœuvre

"appuyer-étirer", en étirant les téguments et en appuyant, met en évidence des plaques scléreuses invisibles spontanément à l'œil nu (**fig. 1**). Cela permet aussi d'évaluer l'induration, paramètre clinique significativement corrélé à la profondeur de la tumeur. Or, la capacité de récidive d'un carcinome dépend au moins autant, voire davantage, des limites profondes que latérales. En effet, les critères cliniques prédictifs de l'agressivité de la tumeur sont l'ulcération, l'induration, la fixité, les limites floues, les limites non visibles même après étirement [6]. L'induration clinique est significativement associée à une infiltration

Le dossier – Oncodermatologie



Fig. 2 : Tracé des marges cliniques de sécurité.

histologique en profondeur de l'ordre de 69 % pour une atteinte de l'ensemble du derme et de l'hypoderme superficiel ($p < 0,0001$), de 79 % pour une atteinte de l'hypoderme en totalité et 88 % pour le muscle ($p < 0,0001$) [6].

En fait, les marges cliniques de sécurité n'ont de sens que si elle sont appliquées au-delà des limites réelles du CBC, soulignant l'importance de la qualité de la lecture carcinologique qui est décisive. La main gauche réalisant la manœuvre "appuyer-étirer", le tracé en pointillés à

la lampe loupe des contours précis de la tumeur est effectué en incluant toutes les zones douteuses. Un deuxième tracé est ensuite réalisé en appliquant les marges cliniques de sécurité (fig. 2).

Il faut prendre en compte la localisation du CBC, en particulier les zones à haut risque de récurrence du visage (oreilles, tempes, zones périoculaires, nez et lèvres) et les zones à risque intermédiaire (menton, joues, pommettes, front et cuir chevelu). Celles-ci sont en effet significativement associées à un sous-type histo-

logique agressif [6]. Dans cette cohorte prospective portant sur 2 274 CBC consécutifs, 40 % des CBC cliniquement superficiels ne le sont pas histologiquement et 16 % sont histologiquement agressifs. La localisation de vrais CBC superficiels au niveau du visage est donc rare. Cette notion doit conduire à intégrer qu'un CBC cliniquement identifié superficiel, confirmé par biopsie, qui récidive après un traitement médical en zone à haut risque, ne doit pas être considéré comme véritablement superficiel et doit être traité chirurgicalement.

La qualité de la lecture carcinologique est étroitement liée à l'expérience du praticien et peut être complétée par un examen dermoscopique contributif. Une étude a comparé, sur 112 CBC histologiquement confirmés, l'évaluation préopératoire des marges d'exérèse par examen clinique *versus* dermoscopie digitale et met en évidence une plus-value à la lecture carcinologique par dermoscopie. En effet, le taux d'exérèses histologiquement incomplètes est de 22 % après examen clinique *versus* 7 % dans le groupe évalué par dermoscopie [7].

La détermination des marges de sécurité est le propre de l'expertise du dermatologue. Le taux d'exérèses incomplètes est en effet 3,8 fois plus élevé si le chirurgien n'est pas spécialisé en dermatologie, simplement parce qu'il fait une moins bonne lecture tumorale [8]. Le risque d'exérèse incomplète est multiplié par 6 si le geste est fait par un médecin généraliste et par 2 s'il est réalisé par un plasticien comparé à un dermatologue [9].

Comment interpréter le compte rendu histologique de la pièce opératoire ?

La question de savoir à quoi attribuer une absence de concordance entre la taille des marges cliniques prises au moment de l'exérèse et celles, histologiques, observées sur la pièce opératoire est essentielle et fréquente : est-ce dû à une

mauvaise évaluation des limites de la tumeur ? Était-ce une tumeur avec invasion infraclinique importante ? Doit-on procéder à une reprise chirurgicale élargie ? Mais cette discordance est aussi attendue car la peau est un matériau précontraint. Cette propriété biomécanique de la peau fait que la pièce opératoire subit immédiatement une rétraction spontanée qui diminue les marges de façon normale de 10 à 30 % juste après l'exérèse et avant toute fixation dans le formol [10, 11]. La rétraction est d'autant plus importante chez le sujet jeune, sur une peau non insolée, au niveau des membres et des extrémités.

C'est en prenant en compte ces éléments qu'il faut savoir lire et interpréter les comptes rendus histologiques de la pièce opératoire. Lorsque l'exérèse est histologiquement complète sans être au contact d'une berge latérale ou profonde, elle est complète et suffisante sans la nécessité d'une quelconque marge histologique. C'est lorsque une marge est au contact ou tangentielle, en particulier la limite profonde, que la discussion autour de l'indication d'une reprise chirurgicale se fonde en analysant la présence éventuelle de critères péjoratifs comme des embols vasculaires ou/et des engainements périnerveux multiples et importants [12, 13]. Ces cas doivent faire l'objet d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) qui émettra une conduite à tenir au cas par cas.

Il ne faut en aucun cas confondre la taille des marges cliniques, le plus souvent de l'ordre de 4 mm, et la distance histologique mesurée par l'anatomopathologiste entre la limite des berges latérales et profondes et le boyau tumoral, étiquetée "marge histologique". Une exérèse histologiquement complète est simplement définie par l'absence de tout contact latéral ou profond des berges avec la tumeur. Cette notion de "marge histologique" est à l'origine d'une confusion pour nombre de confrères. Il convient donc de respecter ces marges cliniques de 4 mm selon les recommandations car toute tentative de

réduction de celles-ci se solde par un taux de récurrence élevé [14].

1. Cas clinique n° 1 (fig. 3)

Un homme de 66 ans présente un CBC du canthus interne gauche dont l'exérèse chirurgicale est réalisée avec des marges cliniques de 4 mm, dessinées en préopératoire par la manœuvre "appuyer-étirer".

L'histologie confirme l'exérèse complète d'un carcinome trichoblastique avec 3 mm latéralement et 0,5 mm en profondeur. Une RCP est organisée et valide une surveillance simple, sans complément

thérapeutique, et le dossier est déclaré au réseau Caraderm.

2. Cas clinique n° 2 (fig. 4)

Un homme de 60 ans présente un volumineux CBC frontal droit évoluant depuis 3 ans. Après repérage attentif, une exérèse chirurgicale est réalisée avec 4 mm de marges latérales et jusqu'à la galéa en profondeur.

L'examen histologique met en évidence un CBC infiltrant avec une exérèse latérale complète (4 mm) et tangentielle (0 mm) en profondeur. La tumeur occupe toute la hauteur du prélèvement



Fig. 3 : CBC du canthus interne gauche.



Fig. 4 : CBC frontal droit.

Le dossier – Oncodermatologie

et au contact en profondeur malgré une exérèse jusqu'à l'aponévrose galéa. Un neurotropisme important est noté. La RCP propose une reprise chirurgicale complétée d'une radiothérapie.

Conclusion

La radicalité d'une exérèse d'un CBC dépend avant toute chose de la capacité du dermatologue à effectuer une lecture carcinologique performante permettant de parfaitement identifier les limites tumorales. En effet, les marges de sécurité cliniques n'ont de sens qu'après ce préalable. C'est pour cela que les dermatologues obtiennent les plus faibles taux de récurrence.

BIBLIOGRAPHIE

1. Carcinome basocellulaire. Recommandations pour la pratique clinique. *Ann Dermatol Venereol*, 2004;131:669-677.
2. KIM JY, KOZLOW JH, MITTAL B *et al*. Guidelines of care for the management of basal cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol*, 2018;78:540-559.
3. AMICI JM. Prise en charge chirurgicale du carcinome basocellulaire. *Ann Dermatol Venereol*, 2018;145 Suppl 5:VS12-VS29.
4. WOLBERINK EAW, PASCH MC, ZEILER M *et al*. High discordance between punch biopsy and excision in establishing basal cell carcinoma subtype: analysis of 500 cases. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2013;27:985-989.
5. ROOZEBOOM MH, MOSTERD K, WINNEPENNINGKX VJL *et al*. Agreement between histological subtype on punch biopsy and surgical excision in primary basal cell carcinoma. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2013;27:894-898.
6. AMICI JM, DOUSSET L, BATTISTELLA M *et al*. Clinical factors predictive for histological aggressiveness of basal cell carcinoma: A prospective study of 2274 cases. *Ann Dermatol Venereol*, 2021;148:23-27.
7. CARDUCCI M, BOZZETTI M, DE MARCO G *et al*. Usefulness of margin detection by digital dermoscopy in the traditional surgical excision of basal cell carcinomas of the head and neck including infiltrative/morphea form type. *J Dermatol*, 2012;39:326-330.
8. BASSAS P, HILARI H, BODET D *et al*. Evaluation of surgical margins in Basal cell carcinoma by surgical specialty. *Actas Dermosifiliogr*, 2013;104:133-140.
9. RAMDAS K, VAN LEE C, BECK S *et al*. Differences in rate of complete excision of basal cell carcinoma by dermatologists, Plastic surgeon et general practitioners: a large cross-sectional study *Dermatology*, 2018;234:86-91.
10. KERNS MJ, DARST MA, OLSEN TG *et al*. Shrinkage of cutaneous specimens: formalin or other factors involved? *J Cutan Pathol*, 2008;35:1093-1096.
11. DAUENDORFFER JN, BASTUJI-GARIN S, GUÉROS *et al*. Shrinkage of skin excision specimens: formalin fixation is not the culprit. *Br J Dermatol*, 2009;160:810-814.
12. DI STEFANI A, CHIMENTI S. Basal cell carcinoma: clinical and pathological features. *G Ital Dermatol Venereol*, 2015;150:385-391.
13. KIELY J R, PATEL AJK. A retrospective study of 694 Basal Cell Carcinoma excisions to quantify deep margin documentation and clearance compared to histological type and surgical margin. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 2019;72:1805-1812.
14. KIMYAI-ASADI A, ALAM M, GOLDBERG LH *et al*. Efficacy of narrow-margin excision of well-demarcated primary facial basal cell carcinomas *J Am Acad Dermatol*, 2005;53:464-468.

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