



Principe du traitement chirurgical des tumeurs cutanées malignes

Principles of surgical treatment of malignant tumors skin

مبادئ العلاج الجراحي للأورام الجلدية الخبيثة

S. El Mazouz, J. Hafidi, A. Echchaoui, S. Baya, M. Hajji, N. Gharib, A. Abbassi

الملخص :

مقدمة : تعتبر الأورام الجلدية الخبيثة من السرطانات الأكثر تردداً عند الإنسان على العموم وترتفع نسبتها بانتظام بسبب طول أمد الحياة واختلاف العادات السلوكية خصوصاً التعرض المتكرر للشمس.

المواد والأساليب : نصف سلسلة مكونة من 150 حالة عولجت بمصلحتنا ما بين أكتوبر 1995 ويناير 2007. أغلب الأورام تتموضع على مستوى الرأس. المرضى يتراوح ما بين 10 و75 سنة (متغير حسب طبيعة الورم). الترميمات التسيجية أنجزت على مدة بعيدة من الاستئصال الورمي وبعد نتيجة تحليل نسيجي مرضي.

النتائج : لم نشهد أية مضاعفات جادة بعد الجراحة، فقط تمت الإشارة إلى حالة واحدة لانتكاسة ورمية على ورم الخلايا الحشوية للحد وذلك بعد سنة من العلاج. **المناقشة :** إذا كانت الغالبية العظمى من سرطان الجلد ذات تكهن جيد، فإن تميزها بالعودة والتعدد وكونها تصيب فئة سكانية مسنة وبالتالي هشها يجعلها لا تزال تمثل مشكلة صحية عامة وخطيرة. تعتبر سرطانات الخلايا القاعدية الأكثر شيوعاً وتتميز أساساً بتطور بطيء ومحلي، بحيث لا تنتشر تقريباً. تتميز سرطانات الخلايا الحشوية بتطور محلي أكثر عدوانية ويمكن أن تنتشر في أنحاء الجسم. تعتبر الأورام الميلانينية من السرطانات الجلدية الأكثر خطورة والتي يمكن أن تهدد الحياة للأسف.

تتميز السرطانات الجلدية الليفية دارييه وهيراند بعدم انتشارها في الجسم وتطورها البطيء وعدوانيتها المحلية لكن للأسف لديها ميل للانتكاس والعودة. خاتمة : علاج الأورام الجلدية الخبيثة هو جراحي في أغلب الحالات، الاستئصال الورمي يجب أن يحترم هامش الأمان الخاص بكل نوع من الأورام. الترميم يتم بعد تحليل نسيجي تأكيداً وذلك بواسطة زرع للجلد أو بواسطة زرع فرط محلي.

الكلمات الأساسية : السرطانات الليفية الجلدية، جراحة جلدية، ورم جلدي خبيث.

Résumé :

Introduction : Elles sont les plus fréquents des cancers humains en général, leur incidence augmente régulièrement du fait de l'allongement de la durée de vie et des habitudes comportementales, en particulier l'exposition solaire répétée.

Matériels et méthodes : Nous décrivons une série de 150 cas de tumeurs cutanées opérées par notre service entre octobre 1995 et janvier 2007. La plupart des tumeurs siègent au niveau de la tête. L'âge de nos patients varie de 10 à 75 ans. Les exérèses tumorales respectent une marge de sécurité carcinologique variable selon le type de tumeur. Les reconstructions se font toutes à distance de l'exérèse et après résultat histologique satisfaisant.

Résultats : Nous ne déplorons aucune complication sérieuse en post-opératoire. Un seul cas de récurrence sur un spinocellulaire de la joue, 1 an après le traitement, est à signaler.

Discussion : Si la grande majorité des carcinomes cutanés sont de bon pronostic, leur caractère récidivant et multiple et le fait qu'ils touchent davantage une population âgée donc fragile font qu'ils représentent encore un grave problème de santé publique. Les carcinomes basocellulaires sont les plus fréquents, ce sont des tumeurs d'évolution lente, essentiellement locale, qui ne métastasent pour ainsi dire jamais. Les carcinomes spinocellulaires ont une évolution locale beaucoup plus agressive et peuvent métastaser. Les mélanomes sont les plus dangereux des tumeurs cutanées malignes, engageant malheureusement trop souvent le pronostic vital. Le dermatofibrosarcome de Darrier et Ferrand ne métastase jamais, son évolution est lente, son agressivité est locale mais il a une fâcheuse tendance aux récurrences.

Conclusion : Leur traitement est chirurgical dans la majorité des cas. L'exérèse carcinologique doit respecter des marges spécifiques à chaque type de tumeur. La couverture se fait après confirmation histologique, elle fait appel à une greffe de peau ou à des lambeaux locaux de couverture.

Mots clés : Dermatofibrosarcome de Darrier et Ferrand, chirurgie cutanée, tumeur cutanée maligne.

Abstract :

Introduction : Malignant skin tumors are the most common human cancers in general, their incidence is steadily increasing due to longer life and behavioral habits, especially repeated sun exposure.

Materials and methods : We describe a series of 150 cases of skin tumors between October 1995 and January 2007. Most tumors are at the head. The age of the patients ranged from 10-75 years. Oncologic resection must meet specific margins for each type of tumor. The reconstruction is made after histological confirmation.

Results : We regret no serious complications postoperatively. One case of recurrence in a spinocellular carcinoma of the cheek, 1 year after treatment, is to report.

Discussion : If the vast majority of skin cancer have a good prognosis, their recurrent and multiple character and the fact that they affect more elderly population are so brittle they still represent a serious public health problem. Basocellular carcinomas are the most frequent tumors, they are slow growing, mostly local, which virtually never metastasize. Spinocellular carcinomas have a much more aggressive local development and can metastasize. Melanomas are the most dangerous malignant cutaneous tumors. Dermatofibrosarcoma protuberans never metastasize, its evolution is slow, its aggressiveness is local but has a tendency to relapse.

Conclusion : The treatment of malignant skin tumors is surgical in the majority of cases. Oncologic resection must meet specific margins for each type of tumor. The cover is made after histological confirmation, it uses a skin graft or local flap coverage.

Keywords : Dermatofibrosarcoma protuberans, skin surgery, malignant skin tumor.

Tiré à part : S. El Mazouz, Service de chirurgie plastique et reconstructrice. Hôpital Ibn-Sina CHU de Rabat-Salé. Maroc

Introduction

Les tumeurs cutanées malignes les plus fréquentes sont les épithéliomas basocellulaires et les épithéliomas spinocellulaires, les mélanomes et les sarcomes sont moins fréquents mais plus graves. La chirurgie des tumeurs cutanées malignes a des impératifs : l'exérèse doit être complète, la perte de substance doit être couverte, le décollement est à proscrire et le souci esthétique et fonctionnel est de règle.

Matériel et méthode

Nous avons opéré dans notre série 150 tumeurs cutanées malignes d'octobre 1995 à janvier 2007: 144 siégeant sur la tête, 3 sur l'abdomen, 1 sur la cuisse et 2 sur l'avant bras. Les épithélioma basocellulaires représentent 73 cas, les épithélioma spinocellulaires 53 cas et les sarcomes de Darrier et Ferrand 24 cas. L'âge de nos patients varie de 10 à 75 ans. Les exérèses tumorales passent de 2 à 3 mm des basocellulaires, 1 à 5 cm des spinocellulaires et 5 à 6 cm des Darrier et Ferrand, avec une couche saine en profondeur. Les reconstructions se font à distance de l'exérèse une fois que l'histologie est rassurante. Toutes nos reconstructions ont fait appel à des lambeaux régionaux ou à une greffe de peau. Elles obéissent aux principes des unités esthétiques du visage.

Résultats

Nous ne déplorons aucune complication sérieuse en post-opératoire. Un seul cas de récurrence sur un spinocellulaire de la joue, 1 an après le traitement, est à signaler.

Discussion

Les épithélioma basocellulaires sont les tumeurs malignes cutanées les plus fréquentes. Ils se voient à partir de l'âge de 40 ans mais on peut les rencontrer chez le sujet jeune. Ils siègent dans 80 % des cas sur le visage : angle interne de l'œil

(figures 1), sillon naso-génien nez (figures 2), front, tempes. Ils n'atteignent jamais les muqueuses et ne métastasent presque jamais. Plusieurs types cliniques ont été décrits [1] :

- *Le carcinome plan cicatriciel :*

Il commence par une petite lésion papuleuse, translucide, finement télangiectasique qui s'étale progressivement et prend l'aspect d'une plaque à centre cicatriciel blanchâtre et télangiectasique ou exulcéré recouvert de petites croûtelles hémorragiques, et à bordure infiltrée, perlée. Cette petite plaque ne s'accompagne pas d'adénopathies.

Le carcinome baso-cellulaire ulcéreux :

Il s'exprime par une ulcération avec ou sans bordure nette (ulcus Rodens) pouvant provoquer de gros dégâts anatomiques : atteinte des nerfs et des vaisseaux à l'origine de douleurs et d'hémorragies.

Le carcinome baso-cellulaire nodulaire :

Il est caractérisé par un ou plusieurs petits nodules, saillants, globuleux, de teinte cireuse, translucide, ambrée, la surface est lisse et parfois parsemée de fines télangiectasies.

Le carcinome baso-cellulaire bourgeonnant et végétant :

Il est de teinte rouge foncé, saignant facilement, il peut prêter à confusion avec l'épithélioma spino-cellulaire.

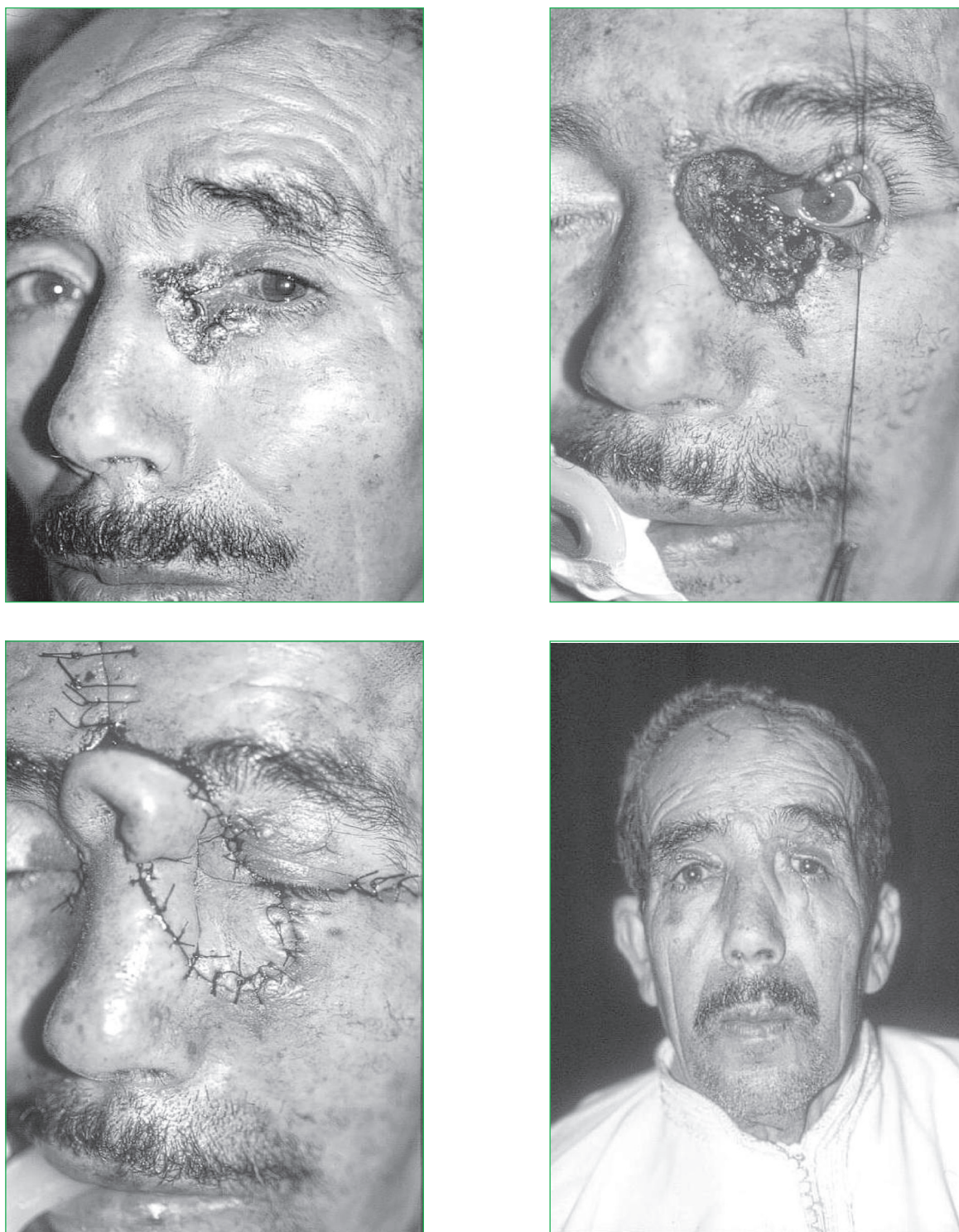
Les carcinomes baso-cellulaires superficiels :

Il siègent surtout sur le tronc (dos, abdomen), ils n'ont pas tendance à l'infiltration et à l'extension en profondeur. Les éléments sont parfois nombreux. La forme pagétoïde se présente comme une nappe rosée recouverte de squames et pouvant s'étendre sur une grande surface : 10 à 30 cm parfois. Le caractère filiforme de sa bordure avec parfois un aspect tatoué ou cerné de perles facilite le diagnostic. La forme érythémateuse ressemble au lupus érythémateux ou simule un psoriasis ou une parakératose. La présence de perles sur sa bordure facilite le diagnostic [2,3].

Le carcinome baso-cellulaire sclérodermique ou morphéiforme :

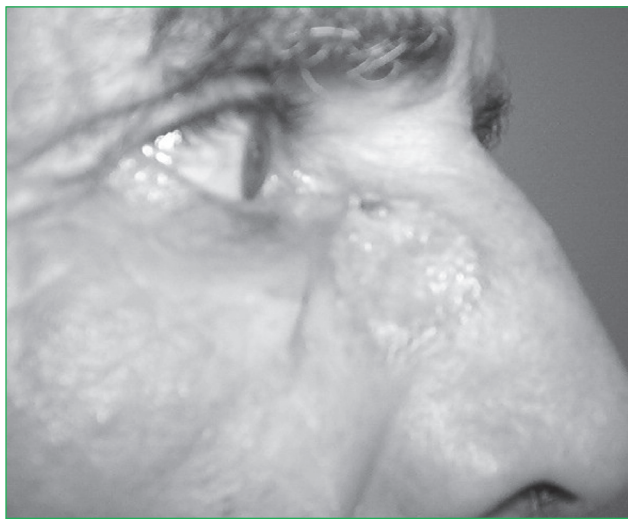
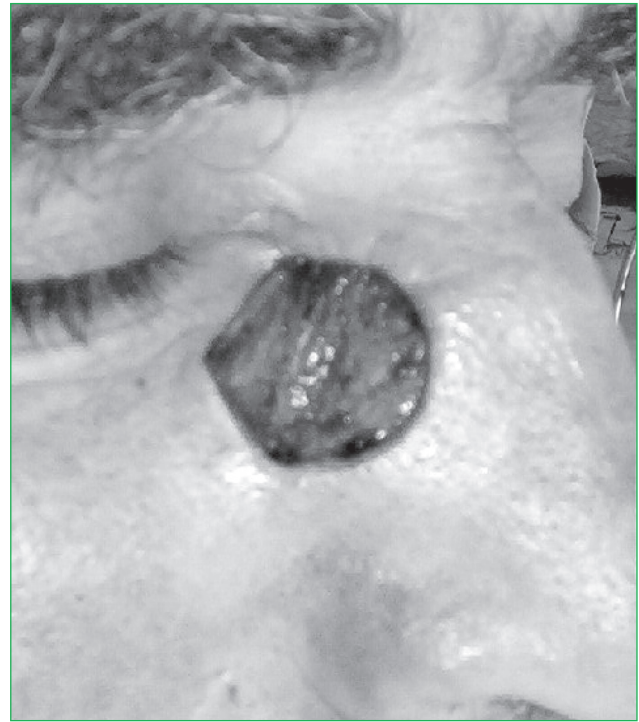
Il se manifeste par une plaque scléreuse de couleur blanc cireux ou blanc jaunâtre sans limites nettes, parsemée parfois de petits nodules et de fines télangiectasies. Le caractère perlé de la bordure fait souvent défaut [4].

Figure 1



Carcinome basocellulaire de l'angle interne de l'œil. Traitement : couverture par lambeau frontal

Figure 2



*Carcinome basoellulaire de l'aile du nez.
Traitement : couverture par greffe de peau totale*

Le carcinome baso-cellulaire pigmenté (Tatoué) :

IL n'a en principe pas droit à l'individualisation puisque la plupart des épithéliomas baso-cellulaires sont en fait pigmentés. On réserve cependant cette forme aux cas où la

quantité de pigment est très importante et donne aux lésions un aspect noir qui doit les faire distinguer des mélanomes malins, diagnostic différentiel très important à faire, mais aussi de certaines verrues séborrhéiques.

L'histologie a rapporté dans notre série 51 basocellulaires nodulaires, 13 basocellulaires plan cicatriciels, 5 de type bourgeonnant et 4 de type ulcéreux (ulcus Rodens). La malignité des épithélioma basocellulaires est purement locale mais ils sont extensifs et mutilants. La marge d'exérèse à respecter est de 2 à 3 mm. Ce sont les tumeurs les plus fréquentes dans notre série. La reconstruction a fait appel à des greffes de peau totale le plus souvent, celles-ci étant plus esthétiques au niveau de la face. Le respect des unités esthétiques de la face est indispensable. Les lambeaux locaux ont fait appel au lambeau frontal paramédian et au lambeau nasogénien le plus souvent.

Les épithélioma spinocellulaires :

Il se voient chez les sujets âgés (50-60 ans). Ils se caractérisent par une évolution rapide, un pouvoir envahissant local, régional et général important. Les

métastases se font par voie lymphatique ou sanguine. Ils se développent souvent sur des lésions précancéreuses, particulièrement les kératoses séniles, la radiodermite, les cicatrices de brûlure et de lupus. Ils peuvent se localiser sur n'importe quelle zone des téguments, particulièrement sur les muqueuses (lèvre inférieure), le cuir chevelu, le pavillon de l'oreille, les extrémités : mains, pieds (figures

Figure 3



*Carcinome spinocellulaire de la cuisse.
Traitement : couverture par greffe de peau mince*

3), avant-bras, poignets, organes génitaux. L'aspect clinique est celui d'une tumeur plus ou moins globuleuse, régulière ou bosselée, végétante ou ulcéro-végétante, la pression des bords de l'ulcération fait apparaître des grains blanc-jaunâtres qu'on appelle les vermiottes. Les carcinomes spinocellulaires des muqueuses ont un pronostic plus méchant car leur pouvoir métastasant est plus important. Leur prise en charge doit être des plus rapides et des plus efficaces. La chirurgie doit permettre une exérèse complète. La marge de sécurité est, pour les formes débutantes, de 1 cm et pour les formes évoluées de 3 à 5 cm. Le curage ganglionnaire est de règle pour les tumeurs évoluées. La radiothérapie adjuvante est parfois indiquée pour les cas graves [5].

Les mélanomes sont des tumeurs malignes développées à partir des mélanocytes épidermiques ou des naevocytes accumulés à la jonction dermo-épidermique et dans le derme formant les naevus naevo-cellulaire. C'est le cancer qui a le plus grand potentiel métastasant : quelques mm de tumeur peuvent être à l'origine d'un envahissement métastatique majeur. Malgré la multiplicité des formes anatomo-clinique, un diagnostic précoce est possible et souhaitable et doit être suspecté devant toute lésion pigmentée. C'est en effet, à ce stade de début que la guérison peut être obtenue grâce au traitement chirurgical [6]. Tout l'effort est donc actuellement centré sur la prévention. Il est relativement rare par rapport aux autres carcinomes au Maroc. Il est favorisé par l'ensoleillement, son incidence est en nette augmentation. Exceptionnel chez l'enfant, les mélanomes se voient surtout chez les sujets entre 40 et 60 ans sans prédilection de sexe. Ce sont des tumeurs à haut potentiel métastatique. Leur pronostic est lié au type histologique et à l'épaisseur de la lésion, nous utilisons pour cela la classification de Clark et l'indice de Breslow. Les marges d'exérèse à respecter sont, latéralement : 0.5 cm dans les mélanomes in-situ, 1 cm pour un Breslow < 1 mm, 2 cm pour un Breslow < 4 mm et 3 cm pour un Breslow > 4 mm. En profondeur, la résection emporte une barrière anatomique saine [7].

Le dermatofibrosarcome de Darier et Ferrand ne métastase jamais, son évolution est lente, son agressivité

est locale mais il a une fâcheuse tendance aux récides. Il se voit chez l'adulte jeune mais aussi chez l'enfant, siège particulièrement dans la région péri-ombilicale et sus-pubienne, mais aussi sur les épaules, le dos, plus rarement ailleurs (membres, cuir chevelu, visage) [8]. La tumeur apparaît généralement sur peau saine, parfois sur des cicatrices de traumatismes ou de brûlure. Le début se fait soit sous forme d'un petit nodule pouvant être pris facilement pour un histiocytofibrome, avec parfois d'autres éléments satellites ; ailleurs c'est une plaque fibreuse d'aspect sclérodermique sur laquelle apparaissent des nodules. Ces nodules confluent, fusionnent et réalisent une tumeur globuleuse, saillante, polylobée, maronnée, la peau qui la recouvre est lisse, brillante, amincies, atrophique, très bien limitée, parfaitement mobile sur les plans profonds [9]. L'évolution se fait sur plusieurs années sans métastases, sans signes fonctionnels. La tumeur finit à la longue par s'ulcérer, devenir douloureuse et hémorragique et refoule

les tissus avoisinants en surface mais aussi en profondeur. Malgré l'aspect inquiétant, le fibrosarcome de Darrier et Ferrand garde une malignité locale. L'exérèse doit laisser une marge de 5 à 6 cm en superficie et respecter une couche saine en profondeur. Son pronostic est excellent si le geste chirurgical est précoce et complet [10].

Conclusion

Le traitement des tumeurs cutanées malignes est chirurgical dans la majorité des cas. L'exérèse carcinologique doit respecter des marges spécifiques à chaque type de tumeur. La couverture se fait après confirmation histologique, elle fait appel à une greffe de peau ou à des lambeaux locaux de couverture. Le suivi régulier est fondamental, il doit permettre de dépister toute récide. La collaboration entre chirurgiens plasticiens et médecins anatomo-pathologistes est particulièrement étroite dans le cadre de ces tumeurs.

Références

- 1- M. Revol, Principes de chirurgie plastique, Masson, 2^{ème} édition, 179-206, 1999.
- 2- Les cancers cutanés, Ed. L. Dubertret. Flammarion Médecine-Sciences, 1992.
- 3- Dermatologie vénéréologie, Jh Saurat, E. Grosshans, P. Laugier, Jm Lachapelle, Masson, 2^e Edition, 1990.
- 4- Pathologie cutanée à la lumière, J. Beani et P. Amblard, EMC Dermatologie, 12240 A10-41990.
- 5- Gillies HD., Plastic surgery of the face, London, Frowde, Hodder and Stoughton, Oxford University Press, 1980.
- 6- Gillies HD., Millard DR., Principles and art of plastic surgery, Boston, Little, Brown and company, 1987.
- 7- Renaud-Vilmer C. Les marges d'exérèse. Objectif Peau, 1999, 7 : 248-254.
- 8- Roses D, V Alensi Q, Latrenta G, Harris M. Surgical treatment of dermatofibrosarcoma protuberans. Surg Gynecol Obstet 1986 May; 162(5) : 449-452
- 9- Vendroux J, Revol M, Banzet P. Traitement des tumeurs de Darier et Ferrand de la tête et du cou. Analyse rétrospective de vingt cas. Ann Chir Plast Esthet 1994 Apr; 39 (2) : 184-190
- 10- Rutgers E, Kroon B, Albus-Lutter C, Gortzak E. Dermatofibrosarcoma protuberans : treatment and prognosis. Eur J Surg Oncol 1992 Jun ; 18 (3) : 241-248