

Chirurgie oncologique cutanée : Le point de vue des dermatologues

Cutaneous Oncologic Surgery: The Dermatologists Perspective

Patrick Guillot

Service de dermatologie - Hôpital privé Wallerstein Arès.

Résumé

En dermatologie interventionnelle, l'organisation du cabinet doit être adaptée à la pratique de la chirurgie, le praticien doit être formé et compétent. Comme dans toute spécialité chirurgicale, un soin particulier est apporté à la consultation préopératoire. La majorité des actes de chirurgie dermatologique est réalisée au cabinet sous anesthésie locale. Toutefois, le confort et la sécurité du patient et de l'opérateur sont parfois compromis par une chirurgie complexe, de durée prolongée, à fort risque hémorragique, l'emploi de fortes doses d'anesthésique local ou encore par la douleur, le stress et l'âge du patient. L'anesthésiste peut alors aider le dermatologue en prenant en charge les patients dans un établissement de soins, leur faisant bénéficier d'une anesthésie locorégionale, d'une sédation consciente ou d'une anesthésie générale. Pour une bonne prise en charge chirurgicale des tumeurs cutanées malignes, il importe de privilégier l'impératif carcinologique avec la bonne appréciation des limites tumorales, de respecter les réparations en unités esthétiques avec un choix des bonnes techniques, et de recourir à une prise en charge multidisciplinaire si nécessaire.

Mots clés

- ◆ Chirurgie oncologique cutanée
- ◆ Chirurgie au cabinet
- ◆ Anesthésie locorégionale
- ◆ Chirurgie micrographique
- ◆ Autoplasties locales
- ◆ Lambeau d'avancement rotation intralabial

Abstract

In dermatologic surgery, the organization of the office must be adapted to the practice of surgery, the practitioner must be trained and competent. As in any surgical specialty, special care is taken in preoperative consultation. The majority of dermatologic surgery is performed in the office under local anesthesia. However, the comfort and safety of the patient and the surgeon are sometimes compromised by complex, prolonged surgery with high risk of hemorrhagic damage, the use of high doses of local anesthetic or by pain, stress and age of the patient. The anesthesiologist can then help the dermatologist by taking care of patients, giving them the benefit of a regional anesthesia, conscious sedation or general anesthesia. For the proper surgical management of malignant skin tumors, the carcinological imperative must be given priority with the proper assessment of tumor limits, to respect the repairs in aesthetic units with a choice of the right techniques, and to resort to multidisciplinary support if necessary.

Keywords

- ◆ Cutaneous oncologic surgery
- ◆ Office-based surgery
- ◆ Regional anesthesia
- ◆ Micrographic surgery
- ◆ Local flaps
- ◆ Combined advancement and rotation flap in the lip subunit

Correspondance

Docteur Patrick Guillot, Praticien Hospitalier

Service de dermatologie - Hôpital privé Wallerstein - 14 bis Boulevard Javal 33740 Arès.

Tel : 05 56 03 87 87 - E-mail : patrick.guillot@chu-bordeaux.fr

La chirurgie cutanée existe depuis l'Égypte ancienne et les prémices de la médecine romaine. Celse décrit des lambeaux pour la réparation de pertes de substance du nez, des oreilles et de la lèvre (1, 2). Plus près de nous, Barozzi dans un chapitre de la Pratique Dermatologique, montre des exemples d'autoplasties pour les paupières et le nez (3). Blair, Davis, Gillies puis Dufourmental innovent dans la réparation des plaies traumatiques (4). W. Dubreuilh, dermatologue bordelais qui a donné son nom à une forme particulière de mélanome, répare également les « gueules cassées » de la première guerre mondiale (5).

En dermatologie interventionnelle, l'organisation du cabinet doit être adaptée à la pratique de la chirurgie. Les procédures d'hygiène, de stérilisation du matériel sont respectées selon les procédures réglementaires (6) ; le praticien doit être formé et compétent. Comme dans toute spécialité chirurgicale, un soin particulier est apporté à la consultation préopératoire pour délivrer une information de qualité, facteur de mise en confiance. Il existe une obligation rigoureuse de prudence et de conseils ce qui implique pour chaque cas l'étude du rapport bénéfice/risque. Une information de qualité comprend une preuve écrite de la délivrance de cette information (loi Kouchner du 4 mars 2002, article L.1111-2 du Code de la Santé Publique).

La majorité des actes de chirurgie dermatologique est réalisée sans complications au cabinet, sous anesthésie locale (7). Toutefois, le Groupe Chirurgical de la Société Française de Dermatologie a rapporté dans une étude prospective multicentrique

à propos de 3788 cas, que le confort et la sécurité du patient et du dermatologue sont parfois compromis par une chirurgie complexe, de durée prolongée (supérieure à 30 minutes), à fort risque hémorragique (chez des patients sous anticoagulants ou antiagrégants plaquettaires), avec l'emploi de fortes doses d'anesthésique local, ou encore par la douleur, le stress et l'âge du patient (8, 9). L'anesthésiste peut alors aider le dermatologue en prenant en charge les patients dans un établissement de soins. Au cabinet, des anesthésies locorégionales de la face, des doigts, et le MEOPA (mélange équimoléculaire oxygène protoxyde d'azote) peuvent également être utiles (10). La technique WALANT (wide awake local anesthesia no tourniquet technique) est une technique simple amenée à se développer, représentée par des infiltrations sous-cutanées multiples de lidocaïne adrénalinée sur les faces dorsale ou palmaire des mains et des doigts (fig 1 et 2) ; il s'agit d'une variante d'anesthésie tumescence à minima, technique sans garrot et sans bloc moteur, permettant de bénéficier d'un champ opératoire exsangue (11). Cette technique d'introduction très récente en France pose le problème du non-respect de la contre-indication des solutions adrénalinées pour réaliser des anesthésies distales. Des études prospectives et rétrospectives, ainsi que quelques études randomisées mettent à mal ce dogme (12).

En chirurgie cutanée, il est primordial de respecter les réparations en unités esthétiques avec un choix des bonnes techniques de réparation, et de recourir à une prise en charge multidisciplinaire si nécessaire. Ce domaine de la chirurgie réparatrice cutanée est partagé notamment avec les chirurgiens plasticiens, maxillo-faciaux, O.R.L., oculoplasticiens, qui apportent leur expertise également, mais une approche particulière des dermato-chirurgiens peut les amener à utiliser davantage certains types de réparations plutôt que d'autres. C'est le cas par exemple du lambeau d'avancement rotation intra-labial pour la réparation des pertes de substance non transfixiantes de la lèvre blanche (13-15). Cette plastie répare une perte de substance labiale avec de la lèvre, et non de la peau glabre venant de la joue comme dans la plastie de Webster ou dans les lambeaux de transposition jugale. Elle est limitée néanmoins à des pertes de substance n'excédant pas en général 2,5 cm de diamètre. La topographie des lésions de la lèvre supérieure blanche peut alors être schématiquement divisée en 3 zones (fig 3) : une zone médiale parafiltraire (A), une plus externe située entre cette dernière et le sillon labio-génien (B), et une 3ème zone (C), en dehors et en dessous du pied de l'aile nasalaire (fig 4 à 7). Selon la sous-unité, le mouvement tissulaire va privilégier l'avancement en zone B et en zone C, ou bien la rotation en zone A. Selon les cas, le lambeau est tracé de façon linéaire ou légèrement arciforme, au début dans le sillon naso-labio-génien puis s'en éloigne ensuite jusqu'à l'alignement avec la commissure. Dans certains cas, la réalisation d'un back-cut para-commissural peut être nécessaire afin de permettre un meilleur avancement.

Pour une bonne prise en charge chirurgicale des tumeurs cutanées malignes, il importe de privilégier avant tout l'impératif carcinologique, avec la bonne appréciation des limites tumorales (16-19) ; de privilégier en cas de tumeurs agressives, mal limitées ou récidivées, la chirurgie en 2 temps (exérèse puis réparation au retour de l'histologie confirmant le caractère complet de l'exérèse). Les techniques de chirurgie micrographique sont un atout précieux également pour diminuer significativement les risques d'exérèse incomplète et de récurrence (20, 21).

Références

1. Cribier B. La dermatologie instrumentale avant la « dermato-chirurgie », plus de 2000 ans d'histoire. *Ann Dermatol Venerol* 2016;143:S2-S14
2. Celse. *Traité de la Médecine* (traduction et édition française : Encyclopédie des Sciences Médicales, livre 5ème), au Bureau de l'Encyclopédie, Paris, 1837
3. Besnier E, Brocq L, Jacquet L. *La Pratique Dermatologique*. Masson, Paris, 1900
4. Glicenstein J. Histoire de la chirurgie plastique. *Techniques chirurgicales- Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique*. EMC 2007;45-002
5. Dubreuilh W, Noël P. De la greffe cutanée par transplantation totale ou lambeau non pédiculé. *Rev Chir* 1911
6. Direction générale de la santé. Infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé. Guide de prévention. Paris : DGS ; 2006, <http://www.sante.gouv.fr>
7. Haute Autorité de Santé. Conditions de réalisation des actes d'exérèse de lésion superficielle de la peau. Juillet 2017, <http://www.has-sante.fr>
8. Amici JM, Rogues AM, Lasheras A, Gachie JP, Guillot P et al. A prospective study of the incidence of complications associated with dermatological surgery. *Br J Dermatol* 2005;153:967-71
9. Rogues AM, Lasheras A, Amici JM, Guillot P, Beylot C, Taïeb A, Gachie JP. Infection control practices and infectious complications in dermatological surgery. *J Hosp Infection* 2007;65: 258-63
10. Guillot P, Sleth JC. Techniques anesthésiques en chirurgie dermatologique. *EMC-Dermatologie* 2019;14(2):1-11
11. Lalonde D, Bell M, Benoit P, Sparkes G, Denkler K, Chang P. A multicenter prospective study of 3,110 consecutive cases of elective epinephrine use in the fingers and hand: the Dalhousie Project clinical phase. *J Hand Surg Am*. 2005;30(5):1061-7
12. Chowdhry S, Seidenstricker L, Cooney DS, Hazani R, Wilhelmi BJ. Do not use epinephrine in digital blocks: myth or truth? Part II. A retrospective review of 1,111 cases. *Plast Reconstr Surg*. 2010;126:2031-4
13. Bailly JY, Amici JM, Guillot P. Chirurgie dermatologique. A chaque localisation sa technique. Lambeau de rotation intra-labial. *Ann Dermatol Venerol*. 2005;132:1032-6
14. Guillot P. Pertes de substance non transfixiantes de la lèvre supérieure blanche: réparation en unité esthétique par lambeau de rotation-avancement intralabial. *Rev Laryngol Otol Rhinol*. 2013;134:203-206
15. Bailly JY. Chirurgie des lèvres. *Chirurgie dermatologique*. In : Collection Dermatologie 2012 Elsevier Masson SAS. 197-209
16. Recommandations pour la pratique clinique. Prise en charge du carcinome basocellulaire - juin 2004. *Ann Dermatol Venerol* 2004;131:659-756
17. Carcinome épidermoïde cutané (carcinome spinocellulaire). Recommandations de pratique clinique pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique. *Ann Dermatol Venerol* 2009;136 (Suppl. 5):S189- 242
18. 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 Venerol* 2005;132:(10) S14-5
19. Boccard O, Girard C, Mortier L et al. Recommandations du Groupe de Cancérologie Cutanée de la Société Française de Dermatologie, pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique du carcinome à cellules de Merkel. *Ann Dermatol Venerol* 2011;138:475-82
20. Moehrle M, Breuninger H, Taïeb A et al. Histologie 3D : une technique de chirurgie micrographique adaptée aux dermatologues et pathologistes hospitaliers et libéraux. *Ann Dermatol Venerol* 2007;134:87-93
21. Sei JF, Tchakerian A, Zimmerman U, et al. Dermatofibrosarcome de Darier-Ferrand: traitement par chirurgie micrographique de Mohs avec inclusion en paraffine. *Ann Dermatol Venerol* 2004;131:158 - 60

Légendes

- Figure 1 : Walant face dorsale de la main (d'après Guillot P, Sleth JC).
Figure 2 : Walant face palmaire de la main (d'après Guillot P, Sleth JC).
Figure 3 : Lambeau de rotation avancé intralabial selon la topographie (d'après Bailly JY).
Figure 4 : CBC (carcinome basocellulaire) lèvre supérieure blanche, zone C.
Figure 5 : CBC lèvre supérieure blanche, perte de substance.
Figure 6 : CBC lèvre supérieure blanche, en postopératoire immédiat.
Figure 7 : CBC lèvre supérieure blanche, résultat à 2 mois.

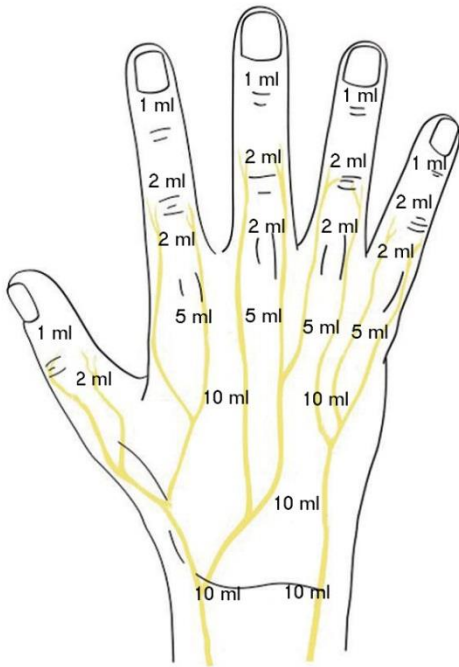


Figure 1 : Walant face dorsale de la main (d'après Guillot P, Sleth JC).

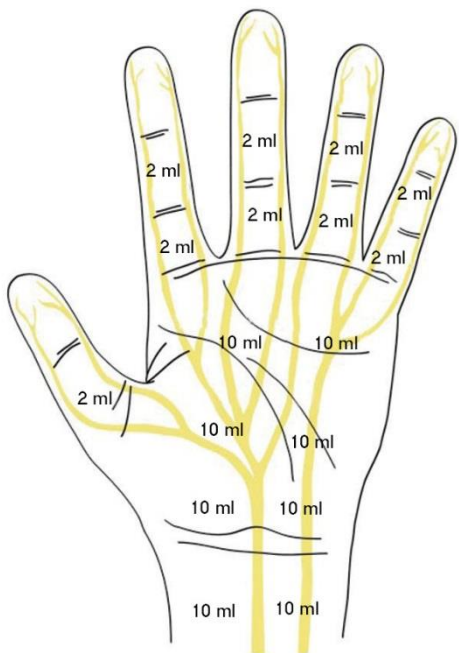


Figure 2 : Walant face palmaire de la main (d'après Guillot P, Sleth JC).

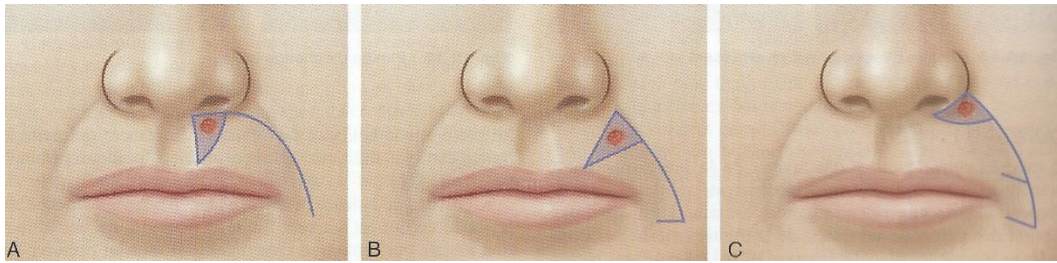


Figure 3 : Lambeau de rotation avancement intralabial selon la topographie (d'après Bailly JY).



Figure 4 : CBC (carcinome basocellulaire) lèvre supérieure blanche, zone C.



Figure 5 : CBC lèvre supérieure blanche, perte de substance.



Figure 6 : CBC lèvre supérieure blanche, en postopératoire immédiat.



Figure 7 : CBC lèvre supérieure blanche, résultat à 2 mois.