

CHIRURGIE ONCOPLASTIQUE CRANEOFACIALE CHEZ DES PATIENTS PORTEURS DE CANCER CUTANE NON MELANOCYTAIRE

CRANEOFACIAL ONCOPLASTIC SURGERY IN PATIENTS WITH NON-MELANOCYTIC SKIN CANCER

BERTIN^{1*} DEMBÉLÉ, MOUSSA BABA DAOU², FANTA NIARÉ¹, TIÈMOKO MOULAYE HAÏDARA³,
KARIM KONATÉ¹, LASSENY DIARRA¹, CHEÏCK SOGODOGO⁴
MAMADOU KARIM TOURE¹, ZAKARI SAYE², BAKARY TIENTIGUI DEMBELE²

¹Hôpital de Dermatologie de Bamako Ex CNAM, Bamako-Mali

²Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré, Bamako-Mali

³Centre hospitalier Mère-Enfant ‘‘ Le Luxembourg’’ Bamako-Mali

⁴Institut Ophtalmologique d'Afrique Tropical (IOTA)’, Bamako, Mali

* **Auteur correspondant** : Dr DEMBELE Bertin, chirurgien Plasticien et Brûlologue à l’Hôpital de Dermatologie de Bamako Ex CNAM, Bamako-Mali. Tel (0223) 98624693

E-mail: bertindembele@yahoo.es

Résumé

Les lésions de la peau et particulièrement celles de la face posent avant tout un problème esthétique en absence ou même en dépit d’un traitement immédiat et correct. Il s’agissait d’une étude descriptive, longitudinale et prospective réalisée et à l’hôpital de Dermatologie de Bamako ex CNAM de Janvier 2017 à décembre 2020. Tous les patients ayant bénéficié d’une reconstruction immédiate après exérèse de lésion cancéreuse non mélanocytaire au niveau du crâne et de la face ont été inclus. Les variables pris en compte ont été d’ordre épidémiologique, clinique, la technique chirurgicale utilisée et le résultat post opératoire obtenu. L’âge moyen de nos patients était de 57 ± 16 ans avec des extrêmes de 27 et 82 ans. Le sexe prédominant était le féminin avec 57 % des cas et un sex ratio (H/F) de 0,75. La topographie des lésions a concerné le nez chez 43 % des patients. Les lambeaux de rotation et d’avancement à eux seuls ont concerné 72% des cas. 93% des patients avaient au moins un bon résultat. Le suivi post opératoire a été de plus d’un an chez 71 % de nos patients. La chirurgie oncoplastique des lésions cancéreuses non mélanocytaire serait une bonne option thérapeutique tout en obtenant de bons résultats de guérison et esthétique.

Mots clés : Chirurgie oncoplastique, Cancer cutané, Oncoplastie, lambeaux locaux

Abstract

Lesions of the skin and particularly those of the face pose above all an aesthetic problem in the absence or even in spite of immediate and correct treatment. This was a descriptive, longitudinal and prospective study carried out and at the Bamako Dermatology Hospital ex CNAM from January 2017 to December 2020. All patients who benefited from immediate reconstruction after lesion removal non-melanocytic cancer in the skull and face were included. The variables taken into account were epidemiological and clinical, the surgical technique used and the postoperative result obtained. The mean age of our patients was $57 + 16$ years with extremes of 27 and 82 years. The predominant sex was female with 57% of cases and a sex ratio (M / F) of 0.75. The topography of the lesions concerned the nose in 43% of patients. Rotational and advancement flaps alone affected 72% of cases. 93% of patients had at least one good result. The postoperative follow-up was more than one year in 71% of our patients. Oncoplastic surgery for non-melanocytic cancerous lesions would be a good therapeutic option while obtaining good healing and aesthetic results.

Keywords: Oncoplastic surgery, Skin cancer, Oncoplasty, local flap

1. Introduction

Les lésions de la peau et particulièrement celles de la face ont surgit au niveau mondial comme une cause importante de morbidité dans les dernières décennies. Si bien que son diagnostic dû à sa visibilité devrait se faire tôt, les phénomènes socioculturels de notre population déterminent que beaucoup de patient arrivent tardivement au chirurgien. Les lésions faciales sont particulièrement fréquentes ; elles posent avant tout un problème esthétique en absence ou même en dépit d'un traitement immédiat et correct (Wilson GRC, Zapata GX, 2002).

Les cancers cutanés non mélanocytaire, qui regroupent les carcinomes basocellulaires (basaliomes) et les carcinomes épidermoïdes (spinocellulaires), constituent les néoplasies les plus fréquentes dans les populations à peau claire (Diepgen TL, Mahler V, 2002). Parmi les méthodes de traitement décrit, l'exérèse chirurgicale offre un plus grand avantage par rapport aux autres techniques comme le curetage, l'électrocoagulation ou la radiothérapie (Vera Navarro L, 2015).

Le but principal du traitement chirurgical des tumeurs cutanées est l'absence de récurrence, qu'elles soient locales ou à distance (Encyclopédie MC, 1999). Les progrès réalisés dans les méthodes de chirurgie reconstructrice ont beaucoup amélioré les résultats carcinologiques et esthétiques de ce type d'intervention (N Basset-Seguin, B Dreno J, J Grob, 2002). Les chirurgiens plasticiens se caractérisent par leurs capacités de modeler le corps avec l'objectif de réparer et reconstruire les structures ou les parties du corps avec des difformités, des pertes partielles ou totales quel que soit la cause.

Au Mali, il n'y a eu des chirurgiens plasticiens qu'à partir de ces sept dernières années. Ce qui fait la rareté des publications sur la chirurgie oncoplastique sur place. Dans ce travail, nous rapportons notre expérience dans la prise en charge oncoplastique des lésions non mélanocytaire du crâne et de la face à l'hôpital de dermatologie de Bamako au Mali.

2. Matériel et méthodes

Il s'agissait d'une étude descriptive, longitudinale et prospective réalisée à l'ex Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie (CNAM) et à l'hôpital de Dermatologie de Bamako de Janvier 2017 à décembre 2020. Tous les patients ayant bénéficié d'une reconstruction après exérèse de lésion cancéreuse non mélanocytaire au niveau du crâne et de la face ont été inclus soit un total de 14 patients. Les variables pris en compte ont été l'âge, le sexe, la couleur de la peau, le type de cancer, la situation topographique du cancer, le temps d'évolution du cancer et la technique chirurgicale utilisée (exérèse plus lambeau de rotation, lambeau d'avancement, lambeau nasogénien ou lambeau en H), la fermeture directe, la récurrence ou récurrence et l'évaluation du résultat final.

Les données ont été collectées des registres de consultation, du compte rendu opératoire, du registre de pansement et des dossiers des malades. Les résultats ont été considérés de mauvais quand le patient après guérison aurait laissé une difformité qui nécessiterait de technique spécifique de plastie locale pour sa correction, de bon quand la correction est minimale tel que nécessité de dégraissement ou de réadaptation du lambeau, et de très bon quand le patient a eu besoin d'aucune correction complémentaire du point de vue esthétique (figure 1).

Les informations ont été analysées l'aide du logiciel SPSS version 22.0 et Excel. Les résultats ont été exprimés en mesure de fréquence pour les variables nominales et en moyenne, écart type ou en échelle pour les variables numériques ; l'ensemble des résultats ont été présentés sur graphique ou tableau et comparés avec les données de la littérature.

Tous les patients inclus ont donné leur consentement selon les normes établies.

3. Résultats

Nous avons colligé un total de 14 patients dans notre période d'étude. Le sexe prédominant était le féminin avec 57 % des cas et un sex ratio (H/F) de 0,75. Le carcinome épidermoïde était le plus fréquemment trouvé chez 86 % des cas. Le suivi a été de plus d'un an chez 71 % de nos patients. Nous avons déploré un cas de récurrence qui a été intervenu en élargissant d'avantage les marges chirurgicales et qui n'a plus récidivé jusqu'à sa perte de vue à un an. La couleur de la peau n'avait pas de relation avec le cancer dans notre étude avec une valeur de $p=0,46$ selon la corrélation de Pearson.

L'âge moyen de nos patients était de 57 ans avec un écart type de 16 et des extrêmes de 27 et 82 ans. La tranche d'âge la plus affectée était celle des plus de 60 ans avec 43 % suivi de la tranche de 40-50 ans (Figure 1).

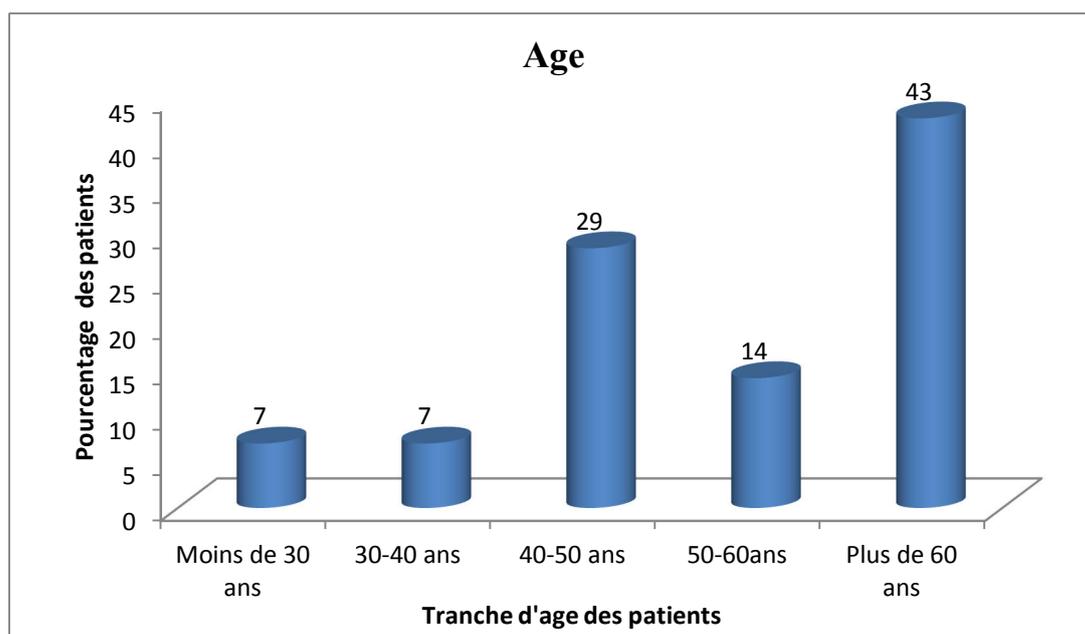


Figure 1 : Distribution des patients selon la tranche d'âge

Le temps d'évolution du cancer était de plus de 5 ans chez 64 % des patients dont la plus grande majorité de la totalité des patients était porteur de 5 à 10 ans.

Seulement près du tiers avait une évolution de moins de 5ans (Figure 2).

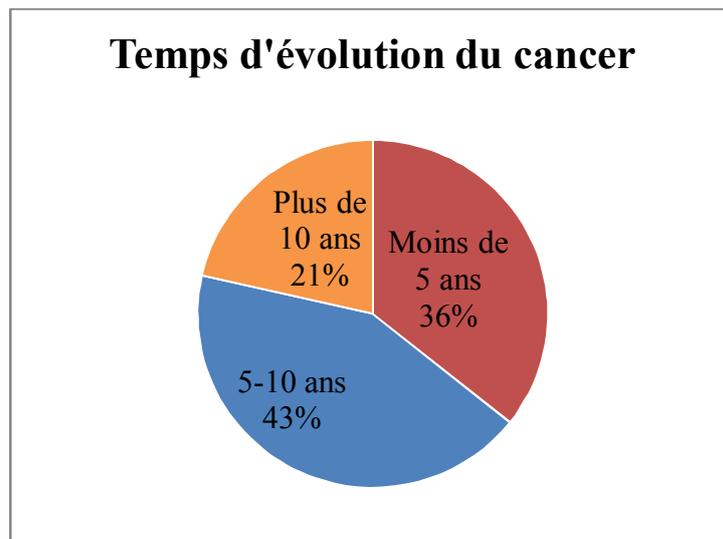


Figure 2 : Distribution des patients selon le temps d'évolution du cancer

Le visage est soumis à l'agression solaire du fait de sa condition découverte la plus par des fois. La topographie des lésions a concerné le nez chez 43 % des patients suivi de près par les lèvres (Tableau 1).

Tableau 1 : Distribution des patients selon la topographie du cancer

Topographie	Fréquence	%
Nez	6	43
Lèvre inférieure	5	36
Région péri oculaire	2	14
Cuir chevelu	1	7
Total	14	100

Les lambeaux de rotation et d'avancement à eux seuls ont concerné 72% des cas. Le lambeau nasogénien a été pratiqué seulement chez certains patients porteurs de carcinome épidermoïdes et ces derniers ont occupé 86% de la totalité des cas (Tableau 2).

Tableau 2: Relation du type de cancer avec la technique opératoire utilisée

		Carcinome épidermoïde		Carcinome Basocellulaire		Total	
		Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Technique opératoire	Fermeture directe	1	7	0	0	1	7
	Lambeau d'avancement	5	36	0	0	5	36
	Lambeau nasogénien	2	14	0	0	2	14
	Lambeau en H	0	0	1	7	1	7
	Lambeau de rotation	4	29	1	7	5	36
Total		12	86	2	14	14	100

Le résultat postopératoire est le volet non moins important dans le traitement des cancers cutanés et surtout au niveau du visage. Presque la totalité (93%) des patients a eu un résultat entre bon et très bon avec une prédominance de bon soit 64% des patients (Tableau 3).

Tableau 3: Distribution des patients selon le résultat postopératoire

Résultat Postopératoire	Fréquence	%
Mauvais	1	7
Bon	9	64
Très bon	4	29
Total	14	100

4. Discussion

Le traitement des lésions cancéreuse non mélanocytaire de peau est éminemment chirurgical chez la majeure partie des patients; la thérapeutique dépend du degré de malignité, la taille, la localisation de la lésion, le temps d'évolution, l'âge du malade, l'importance esthétique, l'état général du patient et les moyens économiques de l'individu ainsi que de la capacité et l'expérience du chirurgien (Wilson GRC, Zapata GX, 2002).

Le traitement de choix est la chirurgie car elle permet un contrôle histologique de la pièce d'exérèse et permet ainsi d'affirmer son caractère complet ou non. Les marges d'exérèse varieront de quelques millimètres à un centimètre en fonction des critères de gravité. Elle va de la simple exérèse-suture en ambulatoire à l'exérèse en deux temps avec reconstruction plastique sous anesthésie générale en fonction de l'importance du geste à réaliser. Cependant, même lorsque celui-ci est important, les progrès réalisés dans les méthodes de chirurgie reconstructrice et les techniques anesthésiques ont beaucoup amélioré les résultats carcinologiques et esthétiques de ce type d'intervention (N Basset-Seguin, B Dreno J, J Grob, 2002).

La réussite du traitement dépend d'une planification adéquate et une approche multidisciplinaire. Si possible, le chirurgien réparateur doit participer à tout le processus chirurgical, inclues l'ablation de la tumeur et la réparation du défaut. (Wiliam LM et al. 2004). Dans les zones à faible risque du visage tel que la joue et le front, des marges latérales de 3 mm peuvent être utilisées pour une amélioration cosmétique; cependant, l'utilisation de marges plus petites augmente le risque d'exérèse incomplète et de récurrence (Kimyai-Asadi A et al. 2005). Pour les tumeurs malignes à haut risque, il est recommandé aux chirurgiens d'utiliser des marges latérales de plus de 10 mm et d'effectuer une excision jusqu'au premier plan anatomique sous-jacent (Kiely JR, Patel AJK, 2019).

L'exérèse et la reconstruction doivent être considérées ensemble pour gagner tout avantage, par ce que chaque cas présente de challenges différents. L'option de reconstruction doit être vue avant l'exérèse quand un plan de traitement chirurgical est envisagé pour ces lésions (Wiliam LM et al., 2004).

Lorsque l'excision chirurgicale standard et l'évaluation des marges sont correctement effectuées les taux de guérison sur cinq ans vont de 90% à 99% (Druker AM et al, 2018).

L'idée de réparation ne doit en aucun cas compromettre l'exérèse de nature à la rendre insuffisante, sauf si l'on décide de prendre un risque pour respecter un organe noble (l'œil, par exemple). C'est l'anatomopathologie qui confirme le caractère complet de l'exérèse (Encyclopédie MC, 1999).

La reconstruction de défauts post-excisionnels localisés sur le visage pose plusieurs défis pour le chirurgien plasticien. Le chirurgien doit faire preuve d'une créativité exceptionnelle lors de la reconstruction d'un défaut facial, car les irrégularités mineures du visage sont très reconnaissables (Sannie C K et al., 2020).

Au cas où l'exérèse est insuffisante ou incomplète, une exérèse complémentaire peut être indiquée. La reconstruction doit alors être sacrifiée. Si la méthode choisie est la cicatrisation dirigée, la suture directe ou une greffe, ce sacrifice est sans conséquence, mais le sacrifice d'un lambeau entraîne une réparation secondaire beaucoup plus complexe (Encyclopédie MC, 1999)

Partant des réalités de terrain de notre pays où les patients sont soumis à la peur, aux manques de ressources financier et aux préjugés des interventions à plusieurs reprise, la chirurgie oncoplastique serait très nécessaire non seulement du point de vu coût mais aussi pour pâler la peur et les préjugés liés à plusieurs interventions sur une même personne et pour la même cause tout en obtenant de bon résultats, nous avons voulu traiter nos patients en un seul temps chirurgical c'est-à-dire l'exérèse large suivi de la reconstruction de la perte de substance générée.

Ils existent plusieurs modalités de reconstruction utilisées pour le traitement des défauts du visage après résection chirurgicale d'un cancer non mélanocytaire de la peau. En partant du bas de l'échelle de reconstruction, la cicatrisation dirigée est une option viable pour reconstruire les défauts d'excision. La fermeture directe de la plaie peut être utilisée pour les petits défauts superficiels situés dans des zones où le risque de distorsion structurelle secondaire à la contraction de la plaie est faible (Odland PB, Murakami CS, 1993). Bien que cette forme de reconstruction soit non invasive, les patients se retrouvent souvent avec une cicatrice hypo pigmentée disgracieuse qui peut être indésirable pour certains patients.

La greffe de peau est fréquemment utilisée pour la reconstruction faciale après une excision chirurgicale. Les greffes de peau totale sont utilisées pour traiter les petits défauts faciaux superficiels et peuvent produire d'excellents résultats esthétiques si la greffe est de couleur assortie au tissu entourant le défaut (Rapstine ED et al., 2012). Les greffes de peau partielle sont principalement utilisées pour couvrir de gros défauts, en particulier ceux du cuir chevelu, en raison de la morbidité minimale du site donneur (Mendez MB, Thornton JF, 2018)

Le transfert de tissu locorégional est fréquemment utilisé pour traiter les déformations importantes et complexes du visage (Mendez MB, Thornton JF, 2018). Dans ce travail, il s'est agi principalement des lambeaux d'avancement multiformes, des lambeaux de rotation.

Le lambeau d'avancement en U de Burrow requiert une excision des triangles de Burrow. Le ratio longueur-largeur ne doit pas excéder 2 :1, et à 3 :1 est permis seulement en des cas exceptionnels. Il est utilisé(le lambeau en U) en sa forme simple pour couvrir des petits

défauts dans les zones de la glabella et la partie haute du dos nasal c'est-à-dire vers la racine du nez.

Quand la perte de substance est plus large, généralement on peut faire recours au lambeau en H tout en utilisant les triangles de Burrow. Dans ce cas, les incisions sont faites de préférence tout au long de la limite des cheveux et des sourcils comme ce fut le cas dans ce travail qui va des sourcils au long du nez si le défaut est au niveau du front mais ailleurs ça pourra avoir une autre orientation. Comme règle, la cicatrice n'est pas visible pour plus de 6 mois à 1 an après la chirurgie (Jardon Caballero J, Aleman Miranda O, 2017).

Les lambeaux par glissement ou avancement profitent de l'élasticité de la peau voisine pour couvrir la perte de substance, en sa forme la plus simple une ou deux incisions sont faites parallèlement à la zone à couvrir et ainsi les bords sont décollés et glissés facilement sur la zone réceptrice (Vera Navarro L, 2015). Dans certains cas il faudrait faire appel à d'autres variantes de cette même technique pour avoir de meilleurs résultats. C'est pourquoi le lambeau d'avancement nasogenien droit a également été utilisé dans ce travail.

La mobilité de la peau en cette zone augmente avec l'âge. Dans ce cas le mouvement de la peau s'effectue en une seule direction. Le tissu local se déplace ou avance sans tourner ou roter sur un quelconque point. Un des avantages de ce lambeau est distorsion des structures voisines et un excellent résultat esthétique (Kimyai-Asadi A et al. 2005) comme observé chez certains de nos patients.

Le lambeau de rotation est un lambeau semi-circulaire cutané qui est roté dans la perte de substance sur un point pivot. Encore, le lambeau doit être suffisamment large, et une base large est nécessaire si on a besoin d'une réduction de la largeur du lambeau. Si la rotation du lambeau est si petite, la zone résiduelle du défaut peut être couverte en mobilisant la peau environnante. Ce type de lambeau a été utilisé fondamentalement chez nos patients après l'exérèse au niveau de la pointe et de l'aile du nez avec de très bon résultat.

5. Conclusion

Le traitement des lésions cancéreuses non mélanocytaire de peau est éminemment chirurgical chez la majeure partie des patients et ; la chirurgie oncoplastique en main d'expert constituerait une bonne option thérapeutique tout en obtenant de bons résultats de guérison et esthétique selon les différentes techniques et en fonction de la lésion à prendre en charge.

Contribution des auteurs : Tous les auteurs ont contribué à la collecte, l'analyse et interprétation ou lecture et correction finale du manuscrit.

Conflit d'intérêt : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Références

- Diepgen TL, Mahler V. The epidemiology of skin cancer. *Br J Dermatol* 2002; 146 (Suppl.61):1-6.
- Drucker AM, Adam GP, Rofeberg V, et al. 1999. Treatments of primary basal cell carcinoma of the skin: a systematic review and network meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2018;169:456–466.
- Encyclopédie MC. Chirurgie des tumeurs cutanées. Encyclopédie médico-chirurgicale © 1999, Elsevier, Paris.45-1401122553
- Jardón Caballero J , Alemán Miranda O. 2017. Técnicas quirúrgicas estéticas en pacientes con defectos faciales por carcinoma basocelular *MEDISAN* 2017; 21(1):99
- Kiely JR, Patel AJK. 2019. 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*; 72:1805–1812.
- Kimyai-Asadi A et al. 2005. Alam M, Goldberg LH, Peterson SR, Silapunt S, Jih MH. Efficacy of narrow-margin excision of well-demarcated primary facial basal cell carcinomas. *J Am Acad Dermatol.*; 53:464–468.
- Mendez BM, Thornton JF. 2018. Current basal and squamous cell skin cancer management. *Plast Reconstr Surg* ; 142: 373e–387e.
- N.Basset-Seguin,B.Dreno,J. J.Grob. 2002. Tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques. *AnnDermatolVenereol*;129:2S132-2S136
- Odland PB, Murakami CS. 1993. Healing by secondary intention. *Oper Tech Otolaryngol - Head Neck Surg*; 4:54–60.
- Rapstine ED, Knaus WJ II, Thornton JF. 2012. Simplifying cheek reconstruction: a review of over 400 cases. *Plast Reconstr Surg.*; 129:1291–1299.
- Sanniec K, Harirah M, Thornton JF. Lip reconstruction after Mohs cancer excision: lessons learned from 615 consecutive cases. *Plast Reconstr Surg.* 2020; 142:533–542.
- Vera Navarro L. Colgajos cutáneos para la reconstrucción del área nasal invadida por carcinomas basocelulares. *Rev Med La Paz*, 21(1); Enero - Junio 2015
- William L. et al. 2004. Black Cheek and inferior eyelid reconstruction after skin cancer ablation. *Clin Plastic Surg* 31 (2004) 49–67
- Wilson G R C, Zapata G X. 2002. Cáncer de piel, Comportamiento y Manejo en Managua, León y Chinandega de Enero de 1996 a Junio del 2001. Trabajo monográfico. Managua, 17 de Junio de 2002.100 pages