



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



TRIBUNE LIBRE

La chirurgie micrographique de Mohs : pourquoi ? Pourquoi pas ?

Mohs micrographic surgery: Why? Why Not?

F. Petit ^{a,*}, K.E. Betcher ^b, T. Petit ^c

^a Cabinet médical, 184, rue de l'Université, 75007 Paris, France

^b College of Human Medicine, Michigan State University, East Lansing, Michigan, États-Unis

^c Centre de pathologie, 80000 Amiens, France

Reçu le 17 juillet 2011 ; accepté le 16 février 2012

KEYWORDS

Dermatologic surgery;
Mohs' micrographic
surgery;
Histologic analysis

MOTS CLÉS

Chirurgie
dermatologique ;
Chirurgie
micrographique Mohs ;
Examen histologique

Introduction

La chirurgie micrographique de Mohs (CMM), ou « technique de Mohs », est une méthode particulière d'excision chirurgicale et d'examen histologique des tumeurs cutanées. Son principe repose sur un examen histologique de la totalité (100 %) des tranches de section de la lésion afin d'affirmer le

caractère complet de l'exérèse. Le Docteur Frederic E. Mohs (1910–2002) a mis au point cette technique novatrice en 1936, alors qu'il était étudiant en recherches sur le cancer à l'université du Wisconsin (États-Unis) [1]. Il n'a jamais cessé d'améliorer sa technique, de l'enseigner et d'encourager ses confrères à la pratiquer.

Depuis sa première description en 1941, la technique a notablement évolué mais son principe est resté le même : le chirurgien doit pratiquer une exérèse « pas à pas » de la tumeur, d'une façon qui permette un examen histologique immédiat et progressif, à chaque coupe, de la totalité des tranches de section [2]. Les avantages de cette méthode sont majeurs :

- le caractère complet de l'exérèse est immédiatement validé ;
- le sacrifice des tissus sains est minimal (les marges de sécurité sont réduites) ;
- la réparation de la perte de substance peut être réalisée immédiatement (elle est d'ailleurs facilitée par la limitation de la perte de substance au « minimum suffisant »).

Alors qu'en chirurgie oncologique cutanée, il existe peu de techniques qui présentent des avantages aussi fondamentaux, la technique de Mohs pourrait être considérée comme

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : docteur.petit@me.com (F. Petit).

la « reine des techniques ». Dans ses recommandations sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique du carcinome basocellulaire (CBC) de l'adulte [3], parues en mars 2004, l'ANAES¹ avait conclu : « La CMM est la technique pour laquelle les taux de récurrence les plus faibles sont rapportés dans la littérature, particulièrement pour le traitement des CBC de mauvais pronostic (grade C) ».

Logiquement, elle aurait dû s'imposer comme une technique de référence de l'exérèse des tumeurs cutanées malignes. Cependant, malgré les efforts du Dr. Mohs, sa méthode reste actuellement considérée comme « particulière » : elle n'est pratiquée que pour des lésions particulières, par des médecins qui ont reçu un enseignement spécifique et — in fine — au bénéfice d'un faible nombre de patients. Alors qu'aux États-Unis, la CMM fait partie des solutions thérapeutiques de routine pour la prise en charge des tumeurs cutanées ; en France, comme dans le reste du monde, la CMM est vaguement connue et non pratiquée (à l'exception de deux ou trois équipes).

Cette situation, notamment en France, s'explique par trois raisons :

- la technique chirurgicale n'est pas simple ;
- la méthode impose à des spécialistes différents de travailler ensemble (dermatologue, chirurgien plasticien, pathologiste) ;
- la rémunération des actes de CMM est insuffisante. Quoique bien prégnants, aucun de ces obstacles ne paraît insurmontable.

Principes d'exérèse des tumeurs cutanées

Le cancer mythologique est né dans la bataille d'Hercule avec l'hydre de Lerne, monstre pluraliste qui possédait un seul corps et une multitude de têtes, que le héros tranchait, mais en vain car elles repoussaient chaque fois. L'usage médical du mot « cancer » tire son origine du mot latin homonyme, qui signifie « crabe ». L'histoire raconte qu'Hippocrate avait, le premier, comparé le cancer à un crabe, par analogie de forme : un corps central prolongé par des extensions en forme de pattes. Cette description morphologique reste particulièrement cohérente avec le mode de développement des cancers (hors cancers des cellules circulantes) et en particulier des tumeurs cutanées malignes : un noyau central prolongé d'extensions en pointes, réparties au hasard autour du noyau central auquel elles restent toujours reliées. Le cancer cutané se développe, s'étend et récidive par ces extensions. L'exérèse de toutes les extensions et de la totalité de leur longueur est donc indissociable de l'objectif d'exérèse d'une tumeur cutanée maligne. C'est l'objectif prioritaire du chirurgien lors de la réalisation de son geste d'exérèse, dont il attend la confirmation par le pathologiste (immédiatement lors d'un examen extemporané, ou secondairement).

La technique classique d'exérèse chirurgicale et d'examen histopathologique est pourtant incapable d'apporter la certitude que l'exérèse est bien complète. En effet, même

lorsque le compte-rendu histopathologique affirme que « l'exérèse est complète », il est en réalité impossible au pathologiste de garantir que l'exérèse de toutes les extensions et de la totalité de leur longueur a bien été réalisée. Cette situation, paradoxale et largement ignorée des cliniciens, résulte d'une méthode d'examen en « quadrillage » des berges de la pièce d'exérèse, qui consiste à réaliser quelques prélèvements macroscopiques horizontaux et verticaux de la pièce et à examiner uniquement ces tranches de section. Au travers de ce quadrillage plus ou moins serré, des extensions peuvent passer inaperçues, « entre les mailles du filet ». Ce mode d'examen histologique a généré l'obligation prudentielle d'associer, à l'exérèse de la tumeur visible par le chirurgien, le sacrifice de tissus sains périphériques. Ces « marges de sécurité » du chirurgien sont en réalité plutôt des « marges de confort » pour le pathologiste et des « marges punitives » pour le patient... Sans contrôle histologique lors de son exérèse, le chirurgien prend le double risque d'une exérèse insuffisamment étroite ou inutilement large.

Quoique insatisfaisante sur le principe — et particulièrement pour le chirurgien plasticien dont la préservation des tissus sains est un principe fondamental de son art — cette méthode « classique » est actuellement la méthode de référence d'exérèse des tumeurs cutanées et donne, dans la pratique médicale courante, des résultats jugés comme très satisfaisants pour la quasi-totalité des patients et par la quasi-totalité des acteurs [4]. Les exérèses incomplètes, le sacrifice de tissus sains, les examens extemporanés, l'attente du résultat histologique définitif avec une perte de substance pensée à plat, les reconstructions différées ou rendues difficiles par de larges exérèses... sont considérés comme les inconvénients acceptables d'une « méthode classique » qui n'est pas remise en question.

La technique de Mohs pour l'exérèse des tissus frais

L'exérèse par CMM d'une lésion cutanée commence par le tracé des contours visibles de la tumeur. L'injection d'anesthésique local peut ensuite être réalisée. L'exérèse proprement dite est réalisée en deux étapes :

- tout d'abord le « dénoyautage » (en anglais « debulking ») de la tumeur qui consiste à enlever la masse tumorale au ras de ses limites visibles, c'est-à-dire le « corps » dans son ensemble ;
- puis vient l'exérèse progressive de fines tranches périphériques, dans le fond et les bords de la perte de substance laissée par le « dénoyautage » (Fig. 1).

Si l'on se représente la tumeur comme une « demi-orange », la technique consisterait à enlever d'abord la pulpe en entier (le « dénoyautage »), puis à pratiquer l'exérèse délicate de l'écorce (recoupe périphérique).

La masse tumorale sera examinée secondairement par le pathologiste dans le seul but de confirmer le diagnostic souvent formulé préalablement sur une biopsie. La recherche du caractère complet de l'exérèse n'est pas réalisée sur la masse tumorale mais sur chacune des fines tranches périphériques. La première tranche périphérique doit inclure

¹ Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, regroupée au sein de l'Haute Autorité de santé (HAS), le 13 août 2004.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3184887>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3184887>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)