

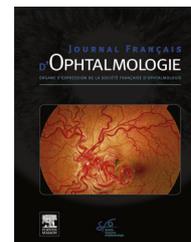


Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



REVUE GÉNÉRALE

Quelles marges d'exérèse pour les carcinomes de paupières ?

What size of surgical margins for carcinoma of the eyelid?

F. Mouriaux^{a,*}, A. Stefan^b, S. Coffin-Pichonnet^c,
L. Verneuil^b, P. Rousselot^d

^a Service d'ophtalmologie, CHU de Rennes, 2, rue Henri-Le-Guilloux, 35000 Rennes, France

^b Service de dermatologie, CHU de Caen, avenue de la Côte-de-Nacre, 14003 Caen, France

^c Service d'ophtalmologie, CHU de Caen, avenue de la Côte-de-Nacre, 14003 Caen, France

^d Service d'anatomopathologie, CHU de Caen, avenue de la Côte-de-Nacre, 14003 Caen, France

Reçu le 12 octobre 2014 ; accepté le 12 novembre 2014

MOTS CLÉS

Extemporane ;
Marges ;
Carcinome ;
Paupières ;
Chirurgie

Résumé Dans les différentes réunions de concertation multidisciplinaire (RCP), l'application des marges d'exérèse devrait aussi s'appliquer pour les tumeurs de paupières. Ainsi et par exemple, il est classique de proposer des marges de 4 mm pour des carcinomes basocellulaires, de 6 mm pour les carcinomes épidermoïdes. Ces marges d'exérèse, appelées marges de sécurité, ont été établies pour obtenir des taux très réduits de récurrences. Cependant, du fait de l'anatomie et de la fonction palpébrale il n'est pas possible de respecter cette marge de sécurité, sous peine d'un préjudice fonctionnel parfois majeur, voire de la perte du globe oculaire. Ainsi pour palier ces difficultés on peut proposer en chirurgie oculo-plastique une exérèse avec des marges réduites suivie soit d'un examen extemporané avec une reconstruction immédiate soit d'une analyse anatomopathologique standard avec une reconstruction quelques jours plus tard après l'analyse de la pièce opératoire. Le but de cet article est de montrer qu'il est possible de diminuer les marges d'exérèse tout en respectant la sécurité carcinologique pour préserver l'intégrité oculaire. La technique la plus séduisante est l'examen extemporané des berges qui correspond à une chirurgie micrographique de Mohs « réduite aux bords ».

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : frederic.mouriaux@chu-rennes.fr (F. Mouriaux).

KEYWORDS

Margins;
Frozen section;
Eyelids;
Cancer;
Surgery

Summary Traditional surgical treatment of non-melanoma skin cancer includes excision with adjacent surgical margins, such “safety” margins theoretically leading to lower recurrence rates. Thus, some authors favor a clinical excision margin of 4 mm for basal cell carcinoma and 6 mm for squamous cell carcinoma. However, such “safety” margins cannot be applied in all cases of eyelids tumors for anatomic and functional reasons, because such recommendations may lead to severe ocular complications, even loss of the globe. Thus, in order to mitigate these issues in oculoplastic surgery, excision with reduced margins is proposed, either with frozen sections or with traditional pathologic analysis and secondary reconstructive surgery several days later. The purpose of this article is to demonstrate that it is possible to reduce surgical margins while respecting “safety” from tumor recurrence, in order to preserve ocular integrity. The most appealing technique is frozen section of the margins, corresponding to “slow-Mohs” micrographic surgery.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

L'amélioration de la qualité des soins constitue l'un des enjeux majeurs du plan cancer. Ainsi, la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), la diffusion et la mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques, et l'évaluation de leurs pratiques par les professionnels de santé sont devenues incontournables pour une prise en charge optimale. En pratique, la majorité des conseils des centres de coordination en cancérologie ont admis la notion d'enregistrements simples (élaboration d'une fiche RCP sans discussion) pour tous les cancers cutanés obéissant à une prise en charge définie par un référentiel. Ils n'enregistrent pas les carcinomes basocellulaires et épidermoïdes sans facteur dit de haut risque. Par contre une fiche déclarative est établie pour les carcinomes basocellulaires et épidermoïdes à haut risque (carcinomes basocellulaires sclérodermiformes et épidermoïdes peu différenciés ou avec neurotropisme ou encore après brûlure) afin de discuter de la meilleure stratégie, qu'elle soit chirurgicale seule, ou chirurgicale avec une radiothérapie adjuvante locale ou locorégionale (aires ganglionnaires).

En cas de tumeur cliniquement suspecte de malignité ou maligne, la chirurgie est habituellement le traitement de première intention. La formation à la chirurgie cutanée fait partie de la formation initiale de différentes spécialités, principalement de dermatologie, chirurgie plastique et réparatrice, chirurgie générale, ORL et chirurgie maxillo-faciale. L'ophtalmologiste et plus spécifiquement l'oculo-plasticien est donc concerné en cas de localisation péri-oculaire.

Le but principal du traitement chirurgical des tumeurs cutanées est l'exérèse complète carcinologique pour éviter les récives, voire les métastases. De là est né le principe de marge de sécurité qui, de façon empirique et en fonction de chaque type histologique, a permis d'établir des taux réduits de récive. Il faut bien avoir à l'esprit que cette marge est une donnée clinique, et que cette exérèse ne doit pas tenir compte de la réparation, sauf si l'on décide de prendre un risque pour respecter un organe noble (l'œil par exemple). Dans différentes RCP, l'application classique des marges d'exérèse – à savoir 4mm pour un carcinome

basocellulaire, 6 mm pour un carcinome épidermoïde et plus de 1 cm pour un carcinome de Merkel ou sébacé – devrait aussi s'appliquer pour les tumeurs de paupières [1–3]. Ainsi, pour un carcinome basocellulaire du bord libre de la paupière de 16 mm, pour un carcinome spinocellulaire de 11 mm ou pour un carcinome sébacé de 4 mm, l'exérèse minimale correspondrait à toute la longueur de la paupière. Du fait de l'anatomie et de la fonction palpébrale surtout pour la paupière supérieure, il n'est pas possible de respecter cette marge de sécurité, sous peine d'un préjudice fonctionnel parfois majeur, voire de la perte du globe oculaire. Le but de cet article est de montrer qu'il est possible de diminuer les marges d'exérèse tout en respectant la sécurité carcinologique. Pour diminuer les marges d'exérèse, il existe deux solutions : l'examen extemporané, et la chirurgie en deux temps [4–6]. En étudiant, à partir d'une série de 481 patients atteints de carcinomes de la tête et du cou, seule l'analyse extemporanée pour les lésions des paupières (bord libre et canthus) avait un intérêt [7]. Nous différencierons dans cet article, les lésions du bord libre des lésions du canthus médial, et nous différencierons la chirurgie en un temps de la chirurgie en deux temps (reconstruction différée).

Marges d'exérèse des carcinomes basocellulaires (CBC) du bord libre des paupières pour la chirurgie en un temps

L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) a émis des recommandations sur l'évaluation des marges d'exérèse en fonction du pronostic des CBC [8]. Ainsi, l'ANAES préconise une exérèse carcinologique d'une marge variant entre 4 et 10 mm pour les CBC des paupières. Cependant, le respect systématique de ces marges n'est pas synonyme de garantie d'absence de récive. En effet, les auteurs utilisant des marges de 4mm dans les CBC des paupières observent des taux de récives de 10% à 5 ans notamment à cause des carcinomes sclérodermiformes [9,10].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4023636>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4023636>

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