

Onco-dermatologie et chirurgie dermatologique

Laetitia Famerée ⁽¹⁾, Isabelle Tromme ⁽¹⁾, Benoit Lengelé ⁽²⁾, Audrey Lentini ⁽²⁾, Marie Baeck ⁽¹⁾

Onco-dermatology and dermatologic surgery

We herein report on the "PEAU'se dermatologique" meeting held on October 7, 2019 at the *Cliniques universitaires Saint-Luc*, Brussels, and focused on melanoma and onco-dermatologic surgery. Professor Isabelle Tromme, dermatologist, and Professor Benoit Lengelé, plastic surgeon, who are both members of the Melanoma Clinic at the *Cliniques universitaires Saint-Luc*, presented several clinical cases, illustrating the multidisciplinary management of this melanocytic tumor.

KEY WORDS

Melanoma, dermoscopy, onco-dermatologic surgery

Affiliations

Cliniques universitaires Saint-Luc,
avenue Hippocrate 10,
B-1200 Bruxelles

1. Service de dermatologie
2. Service de chirurgie plastique et reconstructrice

Nous rapportons le contenu de la réunion PEAU'se dermatologique des Cliniques universitaires Saint-Luc du 7 octobre 2019 consacrée au mélanome et à la chirurgie en onco-dermatologie. Le Professeur Isabelle Tromme, dermatologue et le Professeur Benoit Lengelé, chirurgien plasticien, tous deux appartenant à la Clinique du mélanome au sein des Cliniques universitaires Saint-Luc nous ont présenté plusieurs cas cliniques, illustrant la prise en charge multidisciplinaire de cette tumeur mélanocytaire.

Que savons-nous à ce propos ?

- L'incidence du mélanome et des tumeurs cutanées en général est en constante croissance.
- La dermoscopie représente actuellement un outil majeur pour le dépistage précoce de ces tumeurs malignes.
- Le traitement du mélanome et de la plupart des carcinomes repose sur une prise en charge chirurgicale respectant les dernières recommandations et nécessitant une équipe expérimentée.

Que nous apporte cet article ?

- Cet article fait le point sur l'apport de la connaissance des critères dermoscopiques dans le diagnostic des formes cliniques plus complexes de mélanome (nodulaire et achromique).
- Il rappelle les règles de prise en charge chirurgicale dans le cadre du mélanome mais aussi des autres tumeurs malignes de la face.
- Finalement, il insiste sur la prise en charge multidisciplinaire des différents acteurs dans le mélanome et les tumeurs cutanées.

What is already known about this topic?

- The incidence of melanoma and other skin tumors is constantly increasing.
- Dermoscopy currently represents a major tool for the early detection of this malignant tumor.
- The treatment is based on surgery, which has to be performed by an experienced team and in accordance with the latest recommendations.

What does this article bring up for us?

- This article reviews the added value of knowing the dermoscopic criteria in the diagnosis of more complex clinical forms of melanoma (nodular and achromic).
- It summarizes the rules of surgical management in the context of melanoma, as well as other facial malignant tumors.
- Finally, it insists on the multidisciplinary management of melanomas and skin tumors.

Dermoscopie du mélanome

Isabelle Tromme

PIÈGES DIAGNOSTIQUES : QUELQUES PISTES POUR LES ÉVITER

NODULES PIGMENTÉS ET LÉSIONS ROSÉES : QUAND PENSER AU MÉLANOME ?

Nodules pigmentés

Le mélanome nodulaire est une lésion agressive. Sa suspicion doit donc mener à une excision rapide et complète. Il reste cependant parfois difficile à diagnostiquer. Pour cela plusieurs critères dermoscopiques peuvent nous aider à les différencier des lésions bénignes. Plusieurs articles récents ont été publiés dans le *British Journal of Dermatology* et le *Journal of the American Medical Association of Dermatology* concernant les critères dermoscopiques du mélanome nodulaire (1-4). Ces critères comprennent : la « Blue-Black rule » (association de pigment bleu et noir), les vaisseaux irréguliers, la coloration rouge laiteuse, les signes de SSM (*Superficial Spreading Melanoma*) en périphérie (réseau, stries, globules et points noirs). Cependant la prudence s'impose car 6% des mélanomes nodulaires sont symétriques, la présence d'amas de kératine (habituellement suggestifs des tumeurs kératinisantes) n'exclut pas le mélanome et le mélanome nodulaire verruqueux représente un piège car il ne possède pas de critère dermoscopique spécifique.

Un autre article récent valorise la règle du « si vous doutez, vous enlevez » concernant la prise en charge des lésions nodulaires (5). Cela signifie que si vous ne retrouvez pas de signe dermoscopique évocateur d'une lésion bénigne lors de l'examen clinique et dermoscopique d'une lésion nodulaire, il est recommandé de pratiquer une exérèse de la lésion. En effet, cette attitude semble adéquate d'après cette étude avec un NNT (*Number Needed to Treat*) de 1/3,9, ce qui signifie qu'il faut ôter environ quatre lésions pour retrouver une lésion maligne. Il est donc important de connaître les critères dermoscopiques des lésions bénignes.

Voici quelques exemples en images

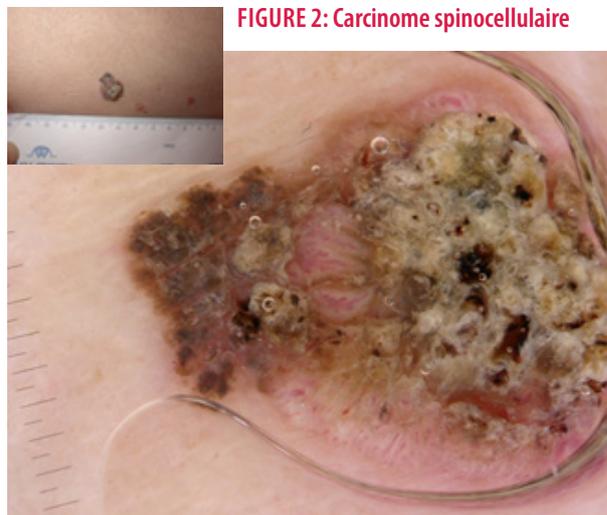
- Il s'agit d'un homme de 61 ans, présentant une lésion nodulaire évoluant depuis plusieurs mois au niveau du vertex. L'examen dermoscopique met en évidence une association de vaisseaux horizontaux et arborescents dit en « troncs d'arbres » ou en « arbres », ainsi que la présence de nids ovoïdes. Ces critères permettent de poser le diagnostic de carcinome basocellulaire de type nodulaire (Figure 1).

FIGURE 1. Carcinome basocellulaire



- Voici une autre lésion nodulaire en croissance sur la jambe d'un homme de 64 ans. En dermoscopie, on observe des vaisseaux en « épingle à cheveux » entourés d'un halo clair. L'amas de kératine central est évocateur d'une tumeur kératinisante et il s'agit en effet d'un carcinome spinocellulaire ou épidermoïde (Figure 2).

FIGURE 2: Carcinome spinocellulaire



- Cette femme de 42 ans, a vu apparaître rapidement ce nodule noir au niveau de sa cuisse. Il s'agit dans ce cas d'un mélanome nodulaire. Il est parfois nécessaire de positionner le dermoscope de biais par rapport à la lésion ou d'ajouter du gel pour pouvoir voir les structures planes à la base de la lésion nodulaire. Plusieurs autres critères dermoscopiques sont également présents comme les globules agrégés, ainsi que de la « blue-black rule » (association de bleu et de noir) et les zones rouges lactées. L'amas de kératine n'exclut pas le diagnostic de mélanome (Figure 3).

FIGURE 3: Mélanome type SSM (Superficial Spreading Melanoma), Breslow 5,5mm



- Voici le cas d'un homme de 54 ans, avec cette lésion brunâtre apparue depuis quelques mois au niveau de sa fesse. La présence de vaisseaux en épingle à cheveux, de pseudokystes ou globes cornés (kératine non oxydée, apparaît sous forme de points blancs/jaunes) et de pseudo-comédons (kératine oxydée, apparaît sous forme de points bruns/noirs) permet de poser le diagnostic de kératose séborrhéique. Cette lésion bénigne fréquente est quelquefois difficile à différencier du mélanome nodulaire (Figure 4).

FIGURE 4: Kératose séborrhéique



- Cette femme de 40 ans consulte pour une lésion nodulaire de la fesse qui a changé de couleur. Des lacunes vasculaires de couleur rouge bleuté, bien séparées les unes des autres se distinguent nettement en dermoscopie. Il s'agit d'un angiome bénin thrombosé tout à fait typique, une exérèse n'est donc pas nécessaire (Figure 5).
- Voici le cas d'un homme de 45 ans, avec un antécédent de mélanome, qui voit cette lésion apparaître et grandir rapidement au niveau du thorax alors qu'il est en déplacement à l'étranger. En dermoscopie, on constate une absence de critère de malignité mais l'histoire clinique reste suspecte. Il est donc très important de remettre la dermoscopie dans son contexte clinique. Il s'agissait d'un mélanome nodulaire, avec un indice de Breslow de 3,2 mm (Figure 6).

FIGURE 5: Angiome thrombosé



FIGURE 6: Mélanome nodulaire, Breslow 3,2mm



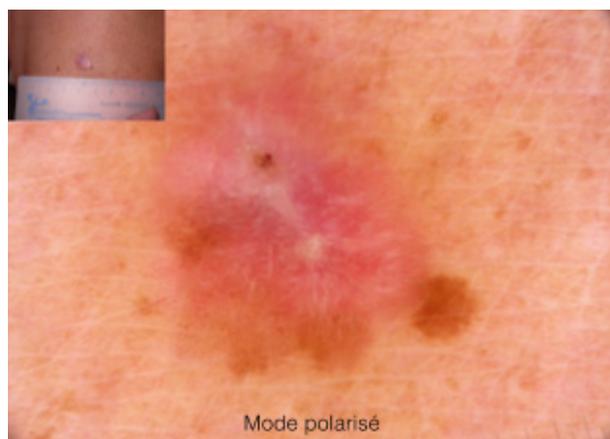
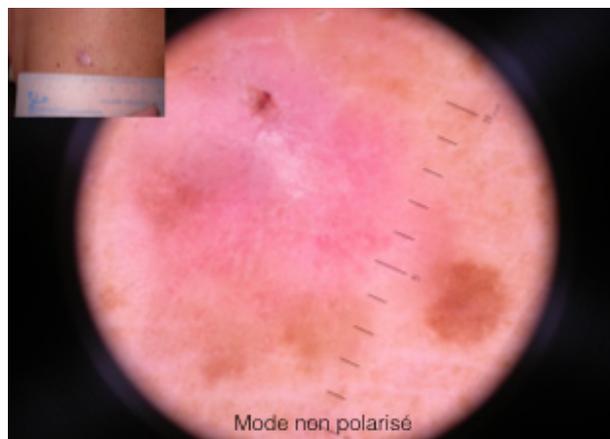
Lésions rosées

Les lésions rosées restent un challenge diagnostique pour tous, même pour des dermatologues plus expérimentés dans le domaine de la dermoscopie. Un article récent publié dans le *Journal of the American Academy of Dermatology*, émet 51 diagnostics possibles pour les lésions rosées (6). Sans l'aide de la dermoscopie on obtient un diagnostic correct dans 26,4 % des cas et ce taux passe à 33% avec l'aide de celle-ci. Pour les experts, on passe de 40,2% à 51,3% de bon diagnostic posé. À la question « Dois-je laisser en place ou dois-je exciser ? » la dermoscopie n'est également pas d'une grande aide même si les pourcentages sont moins inquiétants (78,1% sans dermoscopie à 82,5% avec dermoscopie).

Quelle dermoscopie utiliser pour les lésions rosées ? Il existe 2 modes en dermoscopie : le mode polarisé et le mode non polarisé. Avec le mode non polarisé, il est possible, si l'on n'appuie pas trop sur la peau de visualiser les vaisseaux. Mais l'idéal est d'avoir un dermoscope polarisé qui permet un examen sans appui et donc une meilleure vision des vaisseaux. En outre, le mode polarisé permet de mettre en évidence des structures blanches perpendiculaires (résultant d'un phénomène optique) appelées « chrysalides ». Les chrysalides ne sont visibles qu'avec un dermoscope polarisé et elles orientent

vers un diagnostic de lésion maligne (mais pas uniquement vers le mélanome). Dans le cas illustré ci-dessous, l'examen dermoscopique met également en évidence des résidus pigmentaires, des vaisseaux irréguliers et une continuité entre des structures roses lactées et du pigment, ce qui ne peut correspondre qu'au mélanome (Figure 7).

FIGURE 7: Mélanome SSM, Breslow 0,3MM



Plusieurs publications un peu moins récentes au sujet du mélanome achromique et de ses critères, sont également disponibles (7-9).

Les critères dermoscopiques du mélanome achromique comprennent :

- l'association de vaisseaux en points (retrouvés dans les mélanomes fins et les naevus de Spitz) et linéaires ; les vaisseaux irréguliers (mélanomes épais) et prédominants en périphérie (mélanomes nodulaires) ;
- les résidus pigmentaires, quand ils sont présents ;
- les chrysalides (présentes surtout dans les mélanomes invasifs mais aussi dans les carcinomes basocellulaires et les naevus de Spitz) ;
- les zones rouges laiteuses.

Voici quelques exemples en images de mélanomes achromiques

- Dans ce cas, la présence unique de vaisseaux en points ne permet pas de différencier la lésion d'un naevus de Spitz atypique ou d'un mélanome spitzoïde et ce, parfois même après analyse histologique (Figure 8).

FIGURE 8: Naevus de Spitz atypique vs mélanome Spitzoïde, Breslow 0,7mm



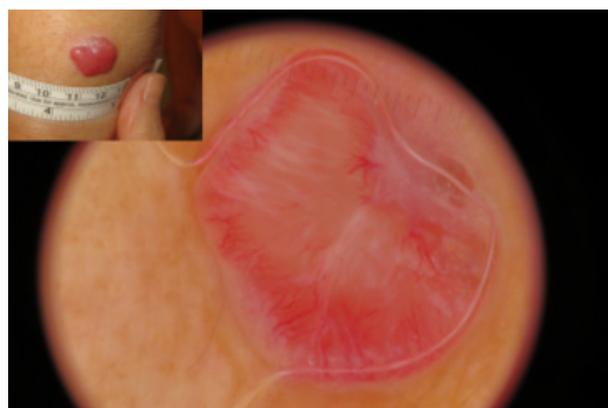
- Le diagnostic de mélanome peut ici être posé par la présence de vaisseaux irréguliers, ainsi que d'une continuité entre une coloration rouge lactée et des résidus pigmentaires asymétriques (Figure 9).

FIGURE 9: Mélanome SSM, Breslow 2,1mm



- La présence de vaisseaux linéaires périphériques est également décrite dans les mélanomes nodulaires (Figure 10).

FIGURE 10: Mélanome nodulaire, Breslow 10mm



OÙ ET QUAND BIOPSIER ?

De façon générale, il n'est pas recommandé de biopsier une lésion mélanocytaire suspecte. Il est le plus souvent préférable de réaliser une exérèse complète d'emblée. Cependant, certaines situations ne permettent pas cette exérèse comme dans le cas de lésions très étendues. D'autres cas très particuliers, comme le développement de **mélanome sur naevus** rendent la biopsie nécessaire afin de cibler la zone suspecte pour l'analyse histologique.

- Voici le cas d'un homme de 38 ans présentant un syndrome des naevus atypiques et suivi par dermoscopie digitalisée. Lors d'un examen de contrôle, l'apparition d'un point bleuté au sein d'une lésion mélanocytaire existante est mise en évidence. Il est ici indiqué de réaliser une biopsie et non une excision d'emblée, car si la coupe histologique passe en dehors de la zone maligne (Figure 11 : lignes violettes), le diagnostic de mélanome sera manqué à l'histologie. Il s'agit en effet d'un mélanome de type SSM, avec un indice de Breslow de 0,58 mm développé sur naevus et tout débutant. La bonne attitude est donc de réaliser un punch biopsie sur la zone suspecte de la lésion et puis d'ôter dans le même temps l'ensemble de la celle-ci. En effet dans ce cas, tout le reste de la lésion est un naevus bénin (Figure 12).

FIGURE 11: Mélanome SSM, Breslow 0,58mm

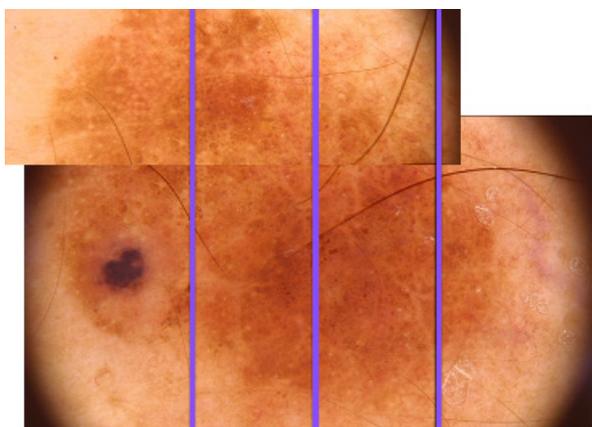


FIGURE 12: Mélanome acral lentigineux in situ



Le **mélanome de Dubreuilh** ou **lentigo malin** et le **mélanome acral lentigineux** ont en commun leur extension lentigineuse mais aussi la tendance aux faux négatifs en histologie (le diagnostic histologique est alors celui de naevus jonctionnel ou hyperplasie lentigineuse atypique). Même un excellent anatomopathologiste peut manquer le diagnostic sur des biopsies de petite taille. La dermoscopie est donc parfois plus fiable que l'histologie. Une exérèse complète de la lésion est à recommander car si la biopsie est réalisée au mauvais endroit, elle peut sous-estimer le diagnostic. Une autre difficulté est son extension infra-clinique, ce qui rend également difficile la délimitation des marges nécessaires lors de l'exérèse.

- Il s'agit d'une Femme de 79 ans, opérée il y a plusieurs années d'un mélanome acral lentigineux de la main. Lors d'une consultation de suivi une résurgence pigmentaire est mise en évidence. La biopsie réalisée est en faveur d'un naevus jonctionnel. Cependant, on observe en dermoscopie un pattern parallèle des crêtes évident et caractéristique d'une lésion maligne dans cette localisation. Ce cas illustre le fait que la dermoscopie est parfois plus sensible que l'histologie. Il ne faut donc pas, dans ce cas-ci, faire confiance à la biopsie mais bien à la dermoscopie car il s'agit en effet d'une récurrence de mélanome. L'idéal, devant ce type de lésion est de réaliser plusieurs biopsies dès le départ ou même de l'exciser complètement d'emblée si cela est réalisable (Figure 12).

Le **lentigo malin extra-facial** est mal connu. Cette lésion dont on ne parlait pas il y a dix ans a une incidence croissante. Elle est observée principalement chez des personnes âgées, en zones photo-exposées en dehors du visage (cou, dos des mains, avant-bras et décolleté). Il est fréquent de retrouver des faux négatifs à l'histologie. Les critères dermoscopiques les plus spécifiques et les plus fréquents sont les lignes angulaires et le poivrage diffus. Les lignes angulaires sont spécifiques du lentigo malin extra-facial. Cette lésion est d'évolution lente, raison pour laquelle on peut se permettre de la suivre.

- Voici le cas d'un lentigo malin, caractérisé par sa lente évolution, ici encore « *in situ* » après 5 mois. La dermoscopie met en évidence des lignes angulaires brunes assez peu visibles sur la première image mais plus évidentes (Figure 13) sur la deuxième image.
- Un autre cas de lentigo malin est reconnaissable en dermoscopie par des petits points (poivrage ou peppering) qui, lorsqu'ils sont disposés de manière linéaire sont également caractéristiques de cette lésion (Figure 14). En dermatologie comme en médecine en générale, « on trouve ce que l'on cherche ».

FIGURE 13: Lentigo malin in situ

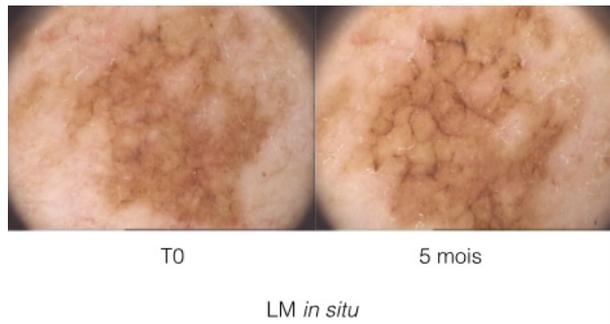


FIGURE 14: Lentigo malin in situ



Chirurgie oncologique reconstructive des cancers cutanés de la face; "faire face"

Benoit Lengelé

Nous présentons ici la prise en charge chirurgicale du mélanome, et principalement du mélanome de Dubreuilh, qui représente un réel challenge chirurgical en reconstruction oncologique de la face. Grâce à l'institut Roi Albert II, et à nos équipes multidisciplinaires, nous essayons de nous battre pour ces patients afin de leur fournir les meilleurs traitements possibles dans un souci d'excellence sur le plan humain et sur la qualité des soins que nous leurs prodiguons.

Les principes généraux de la chirurgie réparatrice oncologique sont décrits ci-dessous.

- **Pas de chirurgie sans biopsie.** Certaines lésions de petite taille peuvent être retirées par exérèse-biopsie sans conséquence sur le suivi ou un éventuel traitement adjuvant. Cependant, face à une lésion suspecte, une biopsie est nécessaire afin de confirmer sa malignité et de connaître la nature de celle-ci. En fonction de la nature de cette tumeur, une exérèse avec des marges « de sécurité » adaptées pourra être réalisée, ainsi qu'un bilan pré-opératoire. Dans le cadre du mélanome, une exérèse complète de la lésion est réalisée d'emblée quand cela est possible (avec des marges minimales de 1-2mm), puisqu'une reprise est toujours nécessaire. Lorsqu'une exérèse n'est pas réalisable d'emblée, comme dans le cadre de lésions mélanocytaires étendues, une ou plusieurs biopsies sont réalisées.
- **Pas de chirurgie sans bilan.** Un examen clinique complet est réalisé et les examens

complémentaires sont discutés en fonction de la nature exacte de la lésion et de sa localisation. Pour les mélanomes ayant un indice de Breslow supérieur à 0,8 mm, la recherche du ganglion sentinelle est systématiquement réalisée (AJCC 8^{ème} édition) (10). Dans certains cas, si des adénopathies suspectes sont révélées au CT scan, cela peut mener à la réalisation d'un curage chirurgical de la zone drainée plutôt qu'une simple recherche du ganglion sentinelle.

- **Pas de chirurgie reconstructrice sans contrôle des marges.** C'est ici que réside toute la difficulté de l'onco-dermatologie. Pour des exérèses de carcinomes où les marges sont difficilement identifiables, un « examen extemporané » peut être réalisé pendant l'intervention chirurgicale et ainsi permettre une reconstruction dans le même temps opératoire. Mais cela ne s'applique pas aux mélanomes, car cette analyse a été prouvée comme non fiable. Heureusement, la chirurgie d'exérèse carcinologique du mélanome est aujourd'hui bien définie, emportant latéralement les marges de 0,5, 1 ou 2cm en fonction du stade et de l'indice de Breslow, et réalisant en profondeur une exérèse en bloc jusqu'au fascia profond.

En revanche, le mélanome de Dubreuilh est réputé pour une dissémination large tout en restant superficielle, des techniques de chirurgie micrographiques comme la technique de la « collerette » sont alors utilisées pour déterminer les marges latérales. Ces techniques permettent

de s'assurer de la taille réelle de la future perte de substance à reconstruire et ainsi de pouvoir offrir la meilleure option de reconstruction pour ces lésions qui sont souvent mal situées au niveau de la face. L'inconvénient est que cela nécessite deux temps opératoires.

- **Pas de chirurgie sans COM** (= Concertation Oncologique Multidisciplinaire). Il s'agit d'une réunion en comité qui comprend au minimum, un dermatologue référent, un chirurgien plasticien référent, un anatomo-pathologiste et un médecin oncologue. Ces réunions permettent de prendre une décision thérapeutique à chaque étape du diagnostic, du traitement et du suivi du patient. Par exemple, un contrôle de la radicalité oncologique du geste (R0) sera vérifié systématiquement et des mesures adéquates seront prises en conséquence. Il s'agit d'un passage indispensable pour une prise en charge de qualité.

MODALITÉS CHIRURGICALES

MÉLANOME ET GANGLION SENTINELLE

Après mesure de l'indice de Breslow et stadification tumorale sur base de l'analyse histologique de l'exérèse-biopsie, il est décidé de réaliser une recoupe de la cicatrice avec des marges allant de 0,5 à 2 cm associée ou non à la recherche du ganglion sentinelle. Celui-ci est discuté à partir de mélanome T1a (>0,8 mm avec ou sans ulcération et ≤0,8mm AVEC ulcération) associé à d'autres facteurs péjoratifs histologiques et cliniques et conseillé pour les mélanomes ≥ T1b (selon la classification TNM, AJCC 8^{ème} édition). En fonction de la localisation de la lésion, plusieurs possibilités de reconstruction sont envisagées. Sur le corps, la fermeture primaire est le plus souvent réalisable. S'il s'avère que cela est impossible, ou que cette fermeture crée une fermeture sous tension ou réduit la fonction, par exemple si située en zone de flexion ou de rotation (épaule, coude, genou...), alors une reconstruction par greffe de peau ou lambeau est réalisée.

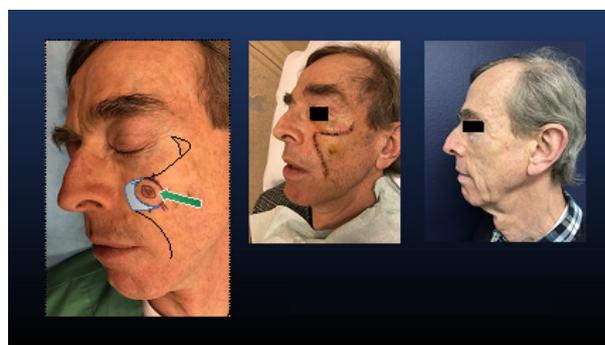
En parallèle, le ou les ganglions sentinelles sont donc recherchés. Typiquement au niveau des aires ganglionnaires cervicales, axillaires ou inguinales. Le ganglion recherché est repéré à l'aide de la sonde Geiger et une incision en regard est réalisée. Ce complément chirurgical est réalisé à titre pronostic et donne lieu à peu de complications. Un article récent du *Journal of the Academy of dermatology* reprend de manière plus complète les dernières guidelines de prise en charge du mélanome cutané (11).

TECHNIQUE DE LA COLLERETTE ET MÉLANOME DE DUBREUILH

Le mélanome de Dubreuilh représente une prise en charge complexe en lien avec son caractère mal délimité, ce qui rend difficile l'obtention de marges saines. L'examen extemporané n'est pas possible car non fiable dans le cadre des lésions mélanocytaires. Pour pallier cela, **la technique de la collerette** est utilisée (12). Il s'agit d'une chirurgie en deux temps. Lors du premier temps, cette « collerette » est dessinée à distance de la lésion et est excisée sur une largeur d'environ 1 à 2 mm, réalisant ainsi tout le pourtour de la lésion. La collerette est ensuite délimitée en divers quadrants horaires, marquée et orientée puis envoyée en anatomopathologie. La plaie quant à elle, est simplement refermée et le deuxième temps opératoire est programmé dès que l'analyse complète de la collerette est réalisée, c'est-à-dire environ 2 à 3 semaines plus tard. Si l'analyse de cette collerette met en évidence la présence de foyers tumoraux résiduels, une reprise chirurgicale orientée est réalisée pour permettre l'obtention d'une exérèse complète (13). Cette technique offre une optimisation oncologique et esthétique.

- La lésion est d'abord délimitée. Les marges et cadrans de la collerette sont discutés en concertation multidisciplinaire oncologique, montrant après analyse histologique deux quadrants positifs dans ce cas. Il est donc nécessaire d'élargir l'exérèse dans un second temps (Figure 1).

FIGURE 1.



*Collerette - chirurgie en 2 temps
Optimisation oncologique & esthétique*

MODALITÉS DE RECONSTRUCTION

La meilleure option de reconstruction chirurgicale sera décidée sur base de la taille, de la localisation et de la faisabilité du geste. Pour cela, une échelle de reconstruction dont chaque échelon sera gravi en fonction de l'invasivité nécessaire du geste, permet de suivre un *modus operandi* qui devra être discuté au cas par cas afin d'offrir une reconstruction esthétique, fonctionnelle et carcinologique. Cette échelle comprend, par échelon :

- **Fermeture primaire.** Dès que possible, la fermeture primaire sera envisagée en onco-dermatologie.
- **Cicatrisation dirigée.** Cette technique est utile pour des pertes de substances plutôt grandes, situées en zone concave du visage et elle offre de bons résultats cosmétiques si elle est correctement utilisée. Afin de favoriser ces résultats, un suivi rigoureux et une bonne compliance de la part du patient sera nécessaire.
- **Grefe de peau.** La greffe est utilisée lors de vastes pertes de substance sur le corps ou certaines zones du visage.
- **Lambeau local.** Aussi appelé plastie, cette technique utilise la laxité de la peau adjacente et modifie les mouvements de celle-ci. Une exérèse en marges saines devra donc être vérifiée avant tout lambeau car la surveillance sera plus difficile à réaliser par la suite.
- **Lambeau régional** ou pédiculé.
- **Lambeau libre** ou « à distance », qui nécessite une étape par microchirurgie.

Plusieurs exemples concrets sont ici présentés en images

FERMETURE PRIMAIRE

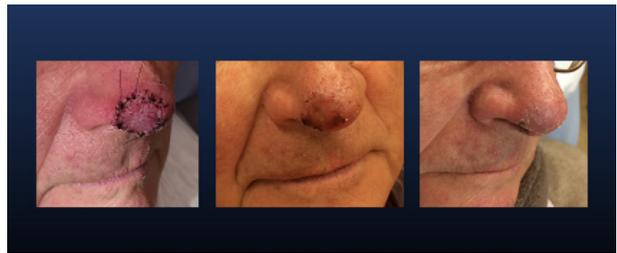
La fermeture primaire est la première technique à privilégier en onco-dermatologie quand celle-ci est réalisable. En effet, elle permet un geste propre et ne modifie pas de manière trop importante les rapports anatomiques et tissulaires, ce qui permet un suivi par surveillance clinique plus aisé par la suite.

GREFFE DE PEAU

La greffe de peau est utile lors de vastes pertes de substances. Si elle est bien réalisée, elle offre de nombreuses possibilités et un bon résultat esthétique. Il est indispensable de disposer d'une analyse histologique avant de choisir la modalité de reconstruction. En effet, en fonction de la nature de la tumeur, il est parfois nécessaire d'ôter le cartilage pour obtenir les marges en profondeur alors que, dans le cas de tumeurs peu agressives, il est possible de passer au-dessus du cartilage pour garder le périchondre et greffer.

- Il s'agit d'une exérèse d'un CBC de la pointe du nez suivie par la mise en place d'un bourdonnet ôté à cinq jours avec déjà une bonne intégration de la greffe et un très beau résultat un mois plus tard. Ceci est surtout vrai chez les sujets âgés. Il s'agit d'une **greffe de peau sous-unitaire** avec une zone donneuse en supra-claviculaire qui permet une optimisation esthétique (Figure 2).

FIGURE 2.



*Grefe de peau sous-unitaire, site donneur supraclaviculaire
Optimisation esthétique*

Une situation plus complexe se présente lorsque la lésion se situe sur le bord libre de la narine. Un prélèvement de **greffon chondro-cutané** au niveau de la racine antérieure de l'hélix peut être utilisé pour ce type de reconstruction limitée.

Dans les situations où la lésion se trouve à cheval sur deux unités esthétique, c'est-à-dire que la peau y est nettement différente, il est nécessaire de décomposer la perte de substance obtenue et de faire des greffes de peau sous-unitaires.

- Il s'agit ici d'une chirurgie en un temps avec une **greffe de peau sous-unitaire dissociée**. La lésion s'étendant sur plusieurs sous-unités esthétiques, il est impossible de rendre un résultat cosmétique correct en une seule greffe. La jonction entre les deux greffes correspond exactement à la jonction entre les deux sous unités esthétiques. De plus, chaque greffe est prélevée à un endroit différent et a donc une épaisseur différente, ici en sous auriculaire pour la zone plus fine et dans le golfe temporal pour la zone plus épaisse. Une fermeture primaire est réalisée sur les deux zones donneuses (Figure 3).

FIGURE 3.



*Chirurgie en un temps - greffe de peau sous-unitaire dissociée
Optimisation oncologique & esthétique*

- Voici une autre zone topographique se subdivisant en plusieurs sous-unités esthétique : la paupière. Il s'agit d'un mélanome excisé, avec une nécessité de recoupe d'un centimètre. La recherche du ganglion sentinelle au niveau de la région parotidienne et sous-digastrique se fait

avec l'aide d'une sonde électromyographique pour éviter de léser les branches du nerf facial dans son trajet. La réalisation d'une exérèse large est suivie d'une reconstruction en sous unité esthétique. La peau étant fine devant le muscle orbiculaire et épaisse au niveau du massif malaire, il est important d'utiliser des peaux d'épaisseurs et de structures différentes. L'excédent de peau de la paupière supérieure est utilisé pour reconstruire la zone de peau fine et la zone glabre pré-auriculaire pour reconstruire la peau plus épaisse du massif zygomatique. Un bourdonnet est ensuite mis en place et les deux paupières sont suturées entre elles de manière temporaire pour éviter l'ectropion cicatriciel. Il s'agit d'une tarsorrhaphie (Figure 4).

FIGURE 4.



Greffe de peau dissociée
Optimalisation esthétique

LAMBEAU LOCAL/PLASTIE

Lorsque la lésion est proche d'un organe ou juste pour raison esthétique, une greffe de peau risque, en se rétractant naturellement dans le temps, d'en compromettre la fonction et le résultat. Il existe alors plusieurs types de lambeaux locaux réalisables dans diverses régions du visage (lèvre, paupière, front, joue).

- Ici, une exérèse d'un carcinome basocellulaire (CBC) de la lèvre supérieure avec réalisation d'un **lambeau d'avancement**. Une incision verticale au niveau du sillon naso-génien est combinée à une incision sur le vermillon. Les cicatrices sont invisibles si elles sont bien placées sur la zone de transition entre les différentes sous unités esthétiques. Il s'agit d'un lambeau à pédicule sous dermique (au hasard), c'est-à-dire qu'il n'y a pas de vaisseau inclus dans ce lambeau (Figure 5).
- Au niveau du front, il est également possible de réaliser un **double lambeau d'avancement** aussi appelé **plastie « en H »**, qui permet d'intégrer les cicatrices dans les rides naturelles du front (Figure 6).

FIGURE 5.



Lambeau d'avancement
Lambeau à pédicule sous-dermique (au hasard)

FIGURE 6.



Double lambeau d'avancement en H

LAMBEAU RÉGIONAL/PÉDICULÉ

Ces techniques ont révolutionné la médecine et ont rendu possible certaines situations qui autrefois étaient dépassées.

- Voici une patiente avec un CBC du nez nécessitant l'exérèse avec résection du cartilage. Par la suite, la peau du front est utilisée pour réaliser un lambeau pédiculé, vascularisé par l'artère supra-trochléaire appelé « lambeau frontal ». Cette reconstruction, très complexe, nécessite de nombreux temps opératoires avant d'atteindre un résultat cosmétique correct (Figure 7).

FIGURE 7.



Lambeau cutané pédiculé

Malheureusement, il existe des situations où ces techniques de reconstruction ne peuvent pas être réalisées. Une amputation du nez peut parfois être proposée et alors une épithèse est créée sur mesure pour le bien être esthétique et psychologique du patient.

LAMBEAU LIBRE

Lorsqu'il s'agit de tumeurs très avancées envahissant les structures musculaires, osseuses et même certains organes fonctionnels de la face comme les yeux, la langue ou la parotide, il est nécessaire de réaliser une exérèse de toutes les structures anatomiques permettant d'obtenir des marges saines. Un examen extemporané est donc indispensable dans ces situations. Il est par exemple possible d'utiliser le muscle grand dorsal avec ses vaisseaux ré-anatomosés aux vaisseaux de la région

cervicale pour combler un défaut du visage. Des temps chirurgicaux complémentaires sont souvent nécessaires pour éliminer un excès de volume ou réaliser la mise en suspension de certaines structures afin d'obtenir une bonne restauration fonctionnelle (exemple : éviter un ectropion cicatriciel au niveau de la paupière). Ce type de lambeau libre permet dans de nombreuses situations un réel sauvetage oncologique.

ALLOTRANSPLANTATION

La greffe de visage ne peut être réalisée que dans le cadre de tumeurs bénignes « agressives » et défigurantes (malformations artério-veineuses, maladie de Von Recklinghausen, etc.). Elle n'est en effet pas d'application dans les tumeurs malignes à cause de l'immunosuppression secondaire qui en découle.

RÉFÉRENCES

1. Argienzano G, Longo C, Cameron A, Cavicchini S, Gourhant JY, Lallas A, *et al.* Blue black rule: a simple dermoscopic clue to recognize pigmented nodular melanoma. *Br J Dermatol.* 2011; 165:1251-1255.
2. Menzies SW, Moloney FJ, Byth K, Avramidis M, Argenziano G, Zalaudek I, *et al.* Dermoscopic evaluation of nodular melanoma. *JAMA Dermatol.* 2013; 149:699-709.
3. Pizzichetta MA, Kittler H, Stanganelli I, Bono R, Cavicchini S, De Giorgi V, *et al.* Pigmented nodular melanoma: The predictive value of dermoscopic features using a multivariate analysis. *Br J Dermatol.* 2015; 173:106-114.
4. Carrera C, Segura S, Aguilera P, Scalvenzi M, Longo C, Barreiro A, *et al.* Dermoscopic clues for diagnosing melanomas that resemble seborrheic keratosis. *JAMA Dermatol.* 2017; 153:544-551.
5. Moscarella E, Lallas A, Longo C, Zalaudek J, Caccavale S, Gambardella A, *et al.* Performance of the "if in doubt, cut it out" rule for the management of nodular melanoma. *Dermatol Pract Concept.* 2017; 7:1-5.
6. Sinz C, Tschandl P, Rosendahl C, Akay BN, Argenziano G, Blum A, *et al.* Accuracy of dermatoscopy for the diagnosis of nonpigmented cancer of the skin. *J Am Acad Dermatol.* 2017; 77:110-1109.
7. Menzies SW, Kreusch J, Byth K, Pizzichetta MA, Marghoob A, Braun R, *et al.* Dermoscopic evaluation of amelanotic and hypomelanotic melanoma. *Arch Dermatol.* 2008; 144:1120-7.
8. Zalaudek J, Kreusch J, Giacomel J, Ferrara G, Catricalà C, Argienzano G. How to diagnose nonpigmented skin tumor: a review of vascular structures seen with dermoscopy: part I. Melanocytic skin tumors. *J Am Acad Dermatol.* 2010; 63:361-74.
9. Balagula Y, Braun RP, Rabinovitz HS, Dusza SW, Scope A, Liebman TN, *et al.* The significance of crystalline/chrysalis structures in the diagnosis of melanocytic and nonmelanocytic lesions. *J Am Acad Dermatol.* 2012; 67:194-e1-8.
10. Gershenwald JE, Scolyer RA, *et al.* Melanoma. In *Amin, M.B., Edge, S.B., Greene, F.L., et al. (Eds.) AJCC Cancer Staging Manual.* 8th Ed. New York: Springer; 2017.
11. Swetter SM, Tsao H, Bichakjian CK, Curiel-Lewandrowsky C, Elder DE, Gershenwald JE, *et al.* Guidelines of care for the management of primary cutaneous melanoma. *J Am Acad Dermatol.* 2019; 80(1):208-250.
12. Kassi K, Vanwijck R, Kanga JM. The "collerette" technique for skin excision and biopsy: an efficient method for managing lentigo maligna of the head and neck. *Int J Dermatol.* 2014; 57(7):899-903.
13. Ly A, Habib F, Zimmermann U, Gentil-Perret A, Joujoux JM, Clerici T, *et al.* Micrographic surgery: indications and practical applications in the dermatologist's office. *Ann Dermatol Venerol.* 2013; 140(10):647-55.