

Dermatologica Helvetica

Alkohol und nicht melanozytäre
Karzinome

Alcool et cancers non mélanocy-
taires

topisches Ivermectine

Ivermectine topique

Fokus Dermatochirurgie

Focus dermatochirurgie

Schweizerische Gesellschaft für
MOHS Chirurgie (SGMC)

Société Suisse de Chirurgie de
MOHS (SSMS)

Empfehlungen für die Führung der
Tumoren mit MOHS

Recommandations pour la prise en
charge des tumeurs en MOHS

Dieses Heft wurde für die Fortbildung der Schweizer Dermatologen
dank einer Hilfe die folgenden Firmen realisiert:

Ce numéro à été réalisé grâce à une aide pour la formation continue des
dermatologues suisses des firmes:



Pierre Fabre

abbvie



1 / 2013
Volume 25

La fondation de la Swiss Society of Mohs Surgery (SSMS) et les recommandations pour la prise en charge des tumeurs en MOHS (Chirurgie Micrographique)

Skaria AM¹, Adatto M², Salomon D³, Della Torre R⁴, Marazza G⁵, Hafner J⁶, Läubli S⁶, Schmid MH⁷, Le Gal FA⁸, Voltz A⁹, Perrier P¹⁰

1. Centre de Dermatochirurgie Vevey/ Inselspital Bern
2. Skinpulse Dermatology Center Genève
3. Clinique Internationale Dermatologie, Genève
4. Inselspital Bern
5. Ospedale Regionale Bellinzona
6. Universitätsspital Zürich
7. Centre Dufour31 Zürich
8. Hôpital Universitaire de Genève
9. Universitätsspital Basel
10. Centre Hospitalier Universitaire Vaudois

Derm. Hel. 2013;25(1):18-24:

Introduction

Le 31.08.2012 la Swiss Society of Micrographic Surgery (SSMS) a été fondée à Berne. Le but de la SSMS, sous l'égide de la SSDV, est de définir les critères de formation pour la chirurgie micrographique selon MOHS, plus généralement dénommée chirurgie de MOHS en Suisse. Les status de la SSMS sont publiés dans ce numéro. Depuis 2011 toutes les Cliniques Dermatologiques des hôpitaux universitaires suisses ont un centre de chirurgie micrographique.

Les tumeurs non mélanocytaires cutanées (TNMC) sont en croissance et le taux d'augmentation par année varie entre 8 –14 % [1]. Bulliard et al estiment qu'il y a 15000 nouveaux cas par année en Suisse [2]. L'exérèse chirurgicale est encore aujourd'hui le traitement recommandé des cancers cutanés.

Recommandations internationales et concept de la MOHS

Les carcinomes basocellulaires et spinocellulaires ont souvent une extension tumorale infraclinique. Cette extension peut se faire en profondeur ou de façon asymétrique sous-cutanée, elle diffère selon le sous-type de tumeur et sa localisation (Tableau 1). Devant un carcinome basocellulaire classé intermédiaire ou agressif selon l'ANAES il est souvent difficile pour l'opérateur de définir une marge de sécurité péritumorale (Tableau 2)[4]. La dimension de cette marge est tributaire de l'aspect clinique, histologique et de la localisation de la lésion. Elle va être un compromis entre le risque d'effectuer une exérèse en tissu tumoral et l'épargne de peau saine péritumorale souhaitable pour une re-



Fig 1. Les différentes zones de risque; en rouge Zone H à haut risque, gris zone à récurrence intermédiaire, blanc et extrémités zone à risque bas.

construction fonctionnelle et esthétique appropriée. Selon l'ANAES, la marge d'exérèse varie entre 3 et 10 mm selon différents critères (cf. Tab 1, 2) pour obtenir une excision totale dans 95% des cas. Des marges insuffisantes exposent à une excision non totale. De plus une excision incomplète, suivie directement par une reconstruction comporte le risque de créer une tumeur multifocale dont la prise en charge peut être compliquée.

Dans ces situations, une analyse histopathologique selon la technique de chirurgie micrographique permet de visualiser la totalité des marges d'exérèse et de localiser précisément toutes les zones tumorales résiduelles (Fig. 2). Il est ainsi possible de réduire les marges d'exérèse au minimum et d'épargner le tissu sain.

Sous-type clinique	Sous-type histologique
• Superficiel	
• Nodulaire	
• Infiltratif	• Trabéculaire • Micronodulaire
• Sclérodérmiforme	
	• Basosquameux

Indications de la chirurgie micrographique recommandées par la SSMS

Les carcinomes basocellulaires (CBC) classés "risque intermédiaire" ou "agressif" selon

Tableau 1. Classification clinique et histologique des CBC. Les CBC dans la zone grise correspondent à des sous-type agressifs (ANAES, 1)

- Le groupe de bon pronostic comprend :
- Tous les CBC superficiels primaires et la tumeur de Pinkus
- Les CBC nodulaires primaires, bien limités, de moins de 1 cm sur la zone à récurrence intermédiaire
- Risque intermédiaire de récurrence et de moins de 2 cm sur la zone à bas risque de récurrence.
- Le groupe de pronostic intermédiaire comprend :
- Les CBC superficiels récidivés
- Les CBC nodulaires < 1 cm sur la zone à haut risque de récurrence, > 1 cm sur la zone à bas risque de récurrence.
- Risque intermédiaire de récurrence et > 2 cm sur la zone à bas risque de récurrence.
- Le groupe de mauvais pronostic comprend :
- Les formes cliniques sclérodérmiformes ou mal limitées et les formes histologiques agressives
- Les formes récidivées (à l'exception des CBC superficiels)
- Les CBC nodulaires de la zone à haut risque de récurrence et de taille supérieure à 1 cm.

Tableau 2: Classification selon pronostic (selon ANAES, 1), les groupes pronostic intermédiaire et mauvais constituent une indication pour la MOHS (Zone grise)

l'ANAES ainsi que les carcinomes spinocellulaires (CSC) constituent la majorité des indications pour la chirurgie micrographique (Tableau 1). Un résumé des critères de sélection recommandés par les Sociétés américaines et européennes dermatologiques est présenté dans le Tableau 2. Selon les recommandations de la NCCN (National Cancer Comprehensive Network), l'indication à une excision par chirurgie micrographique concerne :

- les CBC, TNMC du visage avec pronostic intermédiaire ou mauvais ;
- les CBC du visage de bon pronostic, si l'excision doit comporter une marge de 4mm ne pouvant alors plus être fermée par granulation per se-

Université de Bâle (BL)	Dr Voltz
Université de Bern (BE)	Dr Della Torre / Dr Skaria
Université de Genève (GE)	Dr Sse Le Gal
Skinpulse Dermatology Center Genève (GE)	Dr Adatto
CID Genève (GE)	Dr Salomon
Hôpital de Bellinzzone (TI)	Dr Marrazza
Centre de Dermatochirurgie Vevey (VD)	Dr Skaria
Université de Lausanne (VD)	Dr Perrier
Centre Dufour 31 Zurich (ZH)	Dr Sse Hess Schmid
Université de Zurich (ZH)	Prof Dr Hafner / Dr Lächli

Tableau 3. Centres qui pratiquent la chirurgie micrographique en Suisse.

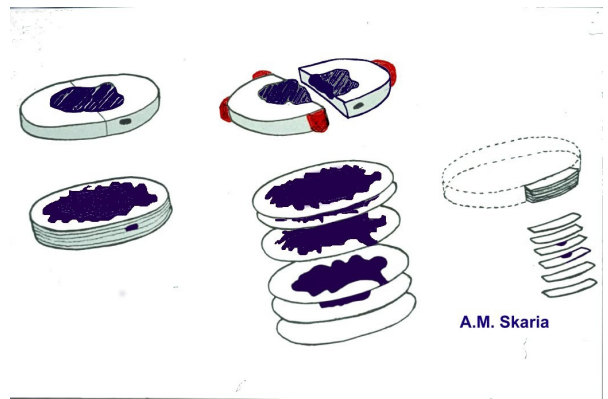


Fig 2. En haut; histologie conventionnelle avec un risque de rapport faux négatif (~10 - 20%) car seulement une ou deux profondeurs histologiques sont examinées. En rouge; biopsies extemporanées. En bas; coupes sériées en MOHS avec visibilité de tout le pourtour de l'excision, risque d'erreur ~2-5%.

cundam, suture directe ou greffe de peau totale, et donc nécessitant une reconstruction par un lambeau avec les risques inhérents à ce type de reconstruction si l'on n'est pas en tissu sain.

Les autres indications de la chirurgie micrographique sont les carcinomes spinocellulaires, les dermatofibrosarcomes protubérans (DFSP), les fibroxanthomes atypiques et les lentigo maligna. Pour les 3 dernières entités citées, la SSMS recommande de traiter la pièce opératoire par une fixation en formol avec un enrobage en paraffine et d'effectuer la chirurgie micrographique selon une technique modifiée dénommée "Slow MOHS". Le principe est le même, à savoir l'analyse de la totalité de la périphérie et de la profondeur de la pièce d'exérèse mais avec un délai dans le temps d'où le terme "slow" car il faut au minimum 48h pour avoir le résultat. La slow MOHS pour les DFSP est effectuée par l'Université de Berne, Genève et Zurich.

Avantages de la chirurgie micrographique

Le taux de récurrence des TNMC est nettement inférieur à la chirurgie conventionnelle ou autres traitements (radiothérapie, électrocoagulation, cryothérapie). Selon différents auteurs le taux de récurrence de la chirurgie de MOHS est autour de 1-2% pour des TNMC primaires (7-10 % pour des traitements conventionnels) et 5-8% pour des TNMC récidivantes (10-16% pour des traitements conventionnels). Ainsi la chirurgie micrographique comporte un double intérêt : des taux de récurrence bas et une épargne du tissu sain dans des zones anatomiques délicates tant sur le plan fonctionnel qu'esthétique, avec comme corollaire une efficacité du traitement et une amélioration de la qualité de vie des patients.

Certains auteurs estiment que la chirurgie par étapes (staged surgery) arrive à des taux de récurrences comparables à ceux de la chirurgie de MOHS, mais ces

études sont souvent effectuées sur de petits nombres de patients et sur des critères d'inclusion de patients qui excluent les cas les plus compliqués. Une récente étude de Zitelli et al a pu démontrer que les coûts de la chirurgie de MOHS sont nettement inférieurs à ceux de la chirurgie par étapes [8].

Conclusions

La Chirurgie Micrographique associe une analyse microscopique de la totalité de la pièce d'excision à une cartographie permettant de repérer la position de la tumeur sur des coupes congelées obtenues dans l'heure qui suit l'excision. Cette approche permet une réduction des marges d'exérèse et assure une excision complète de la tumeur avec un taux de récurrence de moins de 2%. Les indications de la Chirurgie Micrographique sont bien établies, raison pour laquelle cette technique a trouvé sa place dans la prise en charge des carcinomes cutanés.

Une partie du texte est reprise d'une publication du Journal Schweizerisches Medizinisches Forum SMF 2013;13:13-15.

Remerciements au DR Xuan-Cuong Pham (Genève) pour les relectures et suggestions.

Références

1. National Comprehensive Cancer Network NCCN Basal Cell Skin Cancer Version 1.2008 www.nccn.org
2. Epidémiologie des cancers épithéliaux de la peau. JL Bulliard, RG Panizzon, F Levi. Rev Med Suisse 2009;5:882-8
3. Prise en charge diagnostique et thérapeutique du carcinome basocellulaire de l'adulte. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en Santé (Anaes) Paris 2004
4. Nonmelanoma skin cancer: an episode of care management approach. Housman TS, Williford PM, Feldman SR, Teuschler HV, Fleischer AB Jr, Goldman ND, Balkrishnan R, Chen GJ. Dermatol Surg. 2003 Jul;29(7):700-11.
5. M-M Chren. Determining the Value of Surgical Therapies for Basal Cell Carcinoma. Arch Dermatol/vol 142, Feb 2006;231-232.
6. Tierney EP et al. Cost effectiveness of Mohs micrographic surgery: review of the literature J Drugs Dermatol. 2009 Oct;8(10):914-22.
7. SM Conolly et al; AAD/ACMS/ASDSA/ASMS2012 appropriate use criteria for Mohs micrographic surgery: a report of American Academy of Dermatology, American College of Mohs Surgery; American Society of Dermatologic Surgery Association; American Society for Mohs Surgery J AM Acad Dermatol 2012; 67:531 - 50
8. Ravitskiy L, Brodland DG, Zitelli JA. Cost analysis: Mohs Micrographic Surgery. Dermatol Surg 2012; vol38: 585 - 594.