

Tableau clinique

Tumeurs cutanées du visage

Informations de la SSORL pour les patients

Auteurs: Dr méd. Fabrice Savaria, PD Dr méd. Abel-Jan Tasman
Kantonsspital St. Gallen, Hals-Nasen-Ohrenklinik, Rorschacher Strasse 95, 9007 St. Gallen

Cancer blanc et noir de la peau du visage et du cou

Les cancers blancs et noirs de la peau se développent souvent sur le visage et le cou. Cela s'explique notamment par le fait que ces zones cutanées sont particulièrement exposées aux rayons UV du soleil au cours de la vie.

Cancer blanc de la peau

Bei weissem Hautkrebs wird unterschieden zwischen einem sogenannten Basalzellkarzinom (früher Basaliom genannt) und dem Plattenepithelkarzinom der Haut (auch Spinaliom oder spinozelluläres Karzinom genannt). Erfreulicherweise wächst der weisse Hautkrebs im Gesicht meist langsam. Deshalb ist die Prognose bei frühzeitiger Therapie in der Regel sehr gut. Während Basalzellkarzinome fast nie streuen (metastasieren), tun dies Plattenepithelkarzinome in der Regel erst ab einer gewissen Grösse.

Cancer noir de la peau

Le cancer noir de la peau (mélanome malin) est nettement plus rare, mais moins prévisible. Par rapport au cancer blanc de la peau, il envahit plus souvent la peau environnante et les ganglions lymphatiques voisins. En outre, le mélanome malin a tendance à atteindre des organes éloignés par la circulation sanguine. De ce fait, le diagnostic et le traitement sont plus complexes et plus exigeants que pour le cancer blanc de la peau.

Il est essentiel de faire examiner par un médecin les lésions cutanées qui ne guérissent pas, les taches cutanées changeantes ou les anomalies nouvellement apparues. Le diagnostic est le plus souvent confirmé au moyen d'un échantillon de tissu (biopsie), qui est également prélevé au niveau du visage sous anesthésie locale (Figure 1). Le résultat est généralement disponible après quelques jours. Si un carcinome épidermoïde a été diagnostiqué, les ganglions lymphatiques environnants doivent être examinés par échographie.

Options thérapeutiques pour le cancer blanc de la peau



Options de traitement du cancer blanc de la peau

Traitement chirurgical des tumeurs cutanées du visage pour un résultat fonctionnel et esthétique

L'idée de se faire enlever une zone de peau de 1 ou 2 cm sur le visage est inquiétante, ce qui est compréhensible. Pourtant, le traitement chirurgical des cancers blancs et noirs de la peau est le plus souvent la meilleure solution. Avec beaucoup d'expérience et d'habileté chirurgicale, il est généralement possible de fermer ou de reconstruire les défauts de sorte que la maladie endurée soit peu visible au premier coup d'œil. Cela vaut même pour les défauts de plusieurs centimètres (cf. Figure 2–6).

Exérèse de la tumeur cutanée sous anesthésie locale

En général, la tumeur cutanée est réséquée sous anesthésie locale. De minces bandes de peau sont également retirées autour de la tumeur, offrant ainsi une sécurité optimale quant à l'exérèse complète de la tumeur. S'il s'avère que la tumeur n'a pas été entièrement retirée, les bords de résection permettent une réintervention ciblée et généralement minime. La plupart du temps, une exérèse complète est obtenue en une seule intervention. À l'Hôpital cantonal de Saint-Gall, le défaut est pansé et fermé après quelques jours si l'examen des tissus a montré que la tumeur a été entièrement retirée. Dans le cas contraire, la résection est élargie.

Les défauts cutanés pour lesquels le cartilage est exposé (par ex. au niveau du pavillon de l'oreille) ou qui ne peuvent pas rester ouverts (par ex. au niveau des lèvres) constituent une exception. Dans de rares cas, l'opération se fait sous anesthésie générale. Le pathologiste examine alors généralement les tissus pendant l'opération (examen extemporané).

La radiothérapie après une opération de tumeurs cutanées du visage est une exception. Il en va de même pour le traitement médicamenteux des tumeurs cutanées.

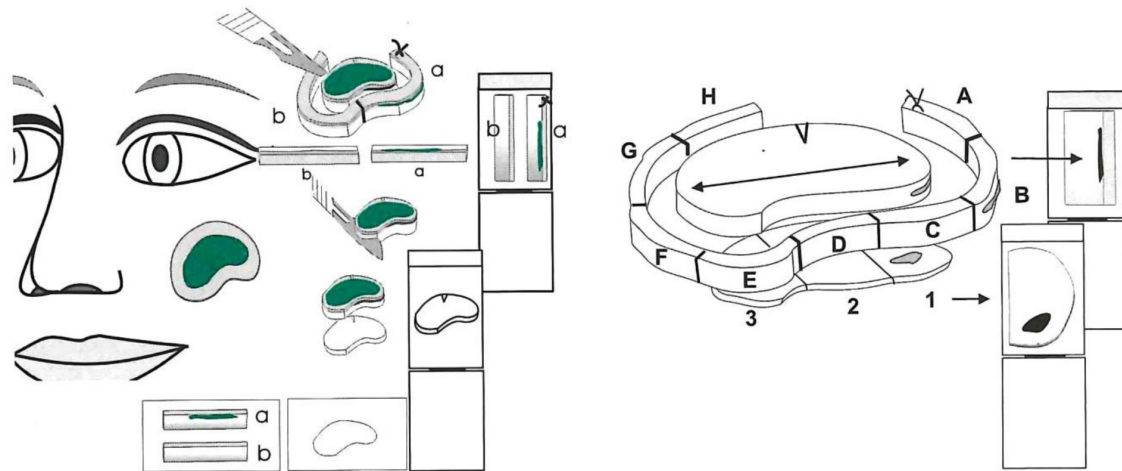


Fig. 1: Excision de la tumeur (en vert) avec bords de résection multiples autour de la tumeur (A–H). Les échantillons fixés en paraffine permettent ainsi un examen histologique en 3D de l'extension du carcinome, avec l'avantage de pouvoir recouper de manière ciblée et en préservant les tissus aux endroits où subsiste une infiltration (avec l'aimable autorisation de Helmut Breuning, DermOPix® und die Hautchirurgie, éditions Steinkopff 2008).

Fermeture du défaut de reconstruction

Le choix de fermer ou non un défaut et la manière dont il est fermé dépendent en premier lieu de la taille et de la localisation du défaut. Dans la littérature de ces dernières années, il existe de nombreuses indications de bons résultats après une cicatrisation spontanée (« cicatrisation dirigée ») ou après une fermeture primaire par suture. Il faut une grande expérience pour recommander l'une de ces variantes et renoncer à la reconstruction par glissement ou greffe de lambeaux cutanés. Contrairement aux recommandations de nombreux manuels, les résultats sont meilleurs, surtout au niveau du nez, après greffe de peau libre (greffe de peau totale) qu'après glissement de peau (plastie par lambeau). La localisation, la taille du défaut et les préférences des patients sont bien entendu prises en compte.

Cicatrisation spontanée

La cicatrisation spontanée (cicatrisation dirigée) peut offrir un résultat étonnamment bon sur le plan esthétique (Figure 2). Cela vaut surtout pour les localisations où une rétraction de la cicatrice n'est pas désavantageuse ou lorsqu'un petit défaut est situé dans une concavité naturelle, par exemple au coin interne de l'œil ou à la base de l'aile du nez. Les défauts cutanés au niveau du front et du pavillon de l'oreille présentent également une très bonne cicatrisation spontanée, à condition que la membrane osseuse ou cartilagineuse soit préservée. Même les défauts traversants des paupières ont cicatrisé dans certains cas avec un bon résultat fonctionnel et esthétique.



Fig. 2: Défauts à la pointe du nez et au coin interne de l'œil qui ont guéri spontanément. À gauche, 1 à 2 semaines après la résection de la tumeur cutanée; à droite, après 3 mois (avec l'aimable autorisation de medEdition Verlag GmbH).

Fermeture directe

Les défauts dont les bords peuvent être rapprochés sans déformation gênante du pourtour font souvent l'objet d'une fermeture primaire par traction et suture. Cette méthode simple de fermeture linéaire directe est également souvent supérieure aux plasties par lambeaux plus complexes. Selon la localisation, même les grands défauts peuvent faire l'objet d'une fermeture primaire, avec un résultat étonnamment bon (Figure 3).

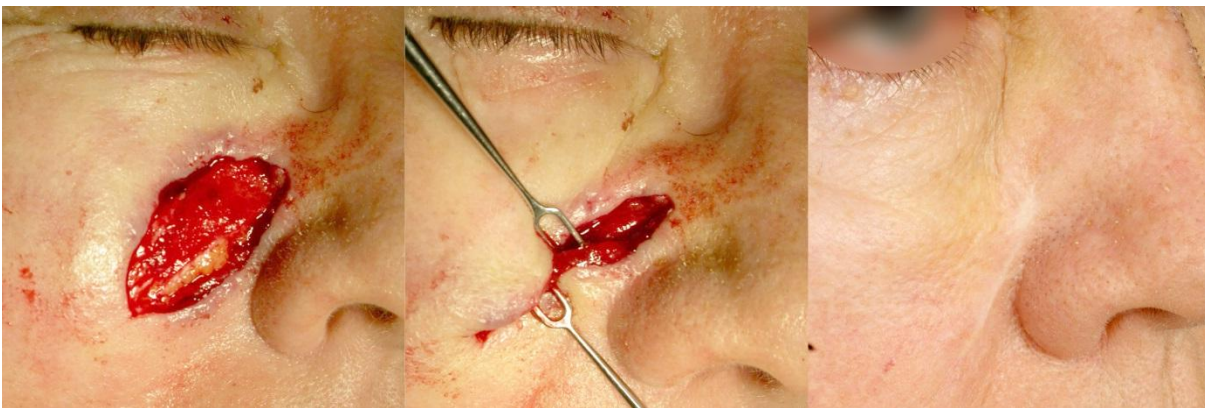


Fig. 3: Fermeture directe après mobilisation des berges de la plaie au niveau de la joue (avec l'aimable autorisation de medEdition Verlag GmbH).

Greffes de peau totale

Une greffe de peau totale est souvent le premier choix en particulier pour les défauts cutanés du nez. La couleur, la texture et l'élasticité de la peau transplantée doivent être aussi proches que possible de celles de la peau du nez. La peau du front à la racine des cheveux est donc le site de prélèvement le plus approprié, suivi de la peau

derrière l'oreille (Figure 4 en haut). Les défauts au niveau de la peau épaisse et à pores grossiers du nez se prêtent moins aux greffes de peau totale. Les greffes cicatrisent mieux lorsque le défaut est bien irrigué au bout de quelques jours. Il est donc généralement avantageux d'attendre le résultat tissulaire. Un brunissement (hyperpigmentation), une rougeur due à de nouveaux vaisseaux sanguins (couperose) ou une irrégularité du relief de la greffe de peau totale cicatrisée peuvent en général être largement corrigés par ponçage (dermabrasion) (Figure 4 en bas).



Fig. 4: Fermeture d'un défaut au niveau de la pointe du nez par une greffe de peau totale provenant de la racine des cheveux (en haut). Correction secondaire de l'hyperpigmentation et des irrégularités du relief par dermabrasion (en bas) (avec l'aimable autorisation de medEdition Verlag GmbH).

Plasties par lambeau

Il existe une multitude d'options pour les plasties par lambeau de glissement local. Pour faire le bon choix, il faut tenir compte de la taille du défaut, de l'unité esthétique du visage, mais aussi de la texture de la peau (Figure 5). Le principe de la plastie par lambeau est de faire pivoter ou de déplacer la peau adjacente. Les résultats esthétiques sont meilleurs lorsque la reconstruction se limite à une seule unité esthétique du visage. Si les défauts sont à cheval sur plusieurs unités esthétiques, par exemple sur le pli entre le nez et la joue (sillon nasogénien), les unités doivent chacune être reconstruites en fonction de leur épaisseur de peau, de leur coloration, de leur contour, de leur consistance et du nombre de glandes sébacées. Pour les

défauts étendus et profonds, les procédés sont combinés. Un défaut du nez a par exemple été reconstruit avec du cartilage costal, du cartilage auriculaire, de la muqueuse nasale et de la peau du front (Figure 6). Les cicatrices ont été poncées secondairement.



Fig. 5: Fermeture du défaut au moyen d'une plastie par lambeau de glissement et de rotation local. En haut au centre: lambeau de transposition modifié selon Schrudde. En haut à droite: résultat après 3 mois. En bas: défaut étendu de l'angle interne de l'œil et de la pente nasale, qui est recouvert 6 jours après l'opération par un lambeau de rotation-glissement de la paupière supérieure et de la glabelle. En bas à droite: résultat après 11 mois (avec l'aimable autorisation de medEdition Verlag GmbH).



Fig. 6: Déficit profond du nez reconstruit en trois couches (avec l'aimable autorisation de medEdition Verlag GmbH).

Suivi

Les récurrences du cancer blanc de la peau se produisent dans environ 3 cas sur 4 au cours des deux premières années après le traitement. Par conséquent, un suivi étroit de l'ancienne localisation de la tumeur est tout aussi important que l'examen dermatologique de l'ensemble de la peau du corps. La fréquence dépend de nombreux facteurs, mais l'intervalle de contrôle devrait être de 3-12 mois au cours des deux premières années. Des contrôles échographiques semestriels du cou sont recommandés en cas de carcinome spinocellulaire (carcinome épidermoïde), pendant au moins 4 ans, selon la localisation et l'épaisseur du cancer.

macht sich durch ein Geschwür bemerkbar. Es neigt dazu, sich nicht auf andere Körperteile auszubreiten, aber einige können sich auf die regionalen Lymphknoten ausbreiten, was es potenziell gefährlich macht. 50 % der Plattenepithelkarzinome entwickeln sich im Gesicht.

