

L'exérèse des tumeurs cutanées pour un travail « peau-finé »

Eugénie Granger

Mathieu, un jeune homme de 35 ans, chef dans un restaurant huppé de la ville, vous consulte pour un grain de beauté au dos qui l'inquiète. Celui-ci a grossi de façon considérable dans le dernier mois et semble plus foncé, mais n'est ni douloureux, ni prurigineux et ne présente aucun écoulement. À l'examen, vous découvrez la lésion suivante de 1,1 cm (photo 1). Vous vous demandez si vous devez en faire l'exérèse ou diriger votre jeune patient vers un dermatologue.

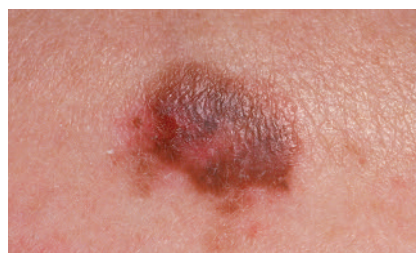


Photo 1. La lésion de Mathieu
Reproduction autorisée par VisualDx. © Logical Images.

PLUSIEURS ÉTUDES prévoyaient que près de 90 000 nouveaux cas de cancer de la peau seraient diagnostiqués au Canada en 2012, ce qui en fait un des types de cancer les plus fréquents¹. Comme ils sont en première ligne, les médecins de famille sont souvent les premiers à examiner diverses lésions cutanées et à poser un geste clinique diagnostique pour ces patients.

Le cancer de la peau peut être un mélanome (provenant des mélanocytes) ou un autre type de cancer, soit un carcinome basocellulaire (provenant des cellules basales) ou un carcinome spinocellulaire (provenant des cellules squameuses). Selon les mêmes études, en 2012, environ 6000 nouveaux cas de mélanome auraient été diagnostiqués au Canada contre près de 82 000 pour les autres types de cancer de la

peau¹. Bien que la plupart de ces cancers soient repérés à un stade précoce, la mortalité demeure élevée, principalement pour les mélanomes. En effet, le risque de mourir d'un mélanome est de 1 sur 243 chez les hommes et de 1 sur 464 chez les femmes². Pour les mélanomes de faible degré de malignité, la survie au bout de cinq ans est de 95 % contre moins de 20 % si le stade est plus avancé³. Il est donc d'une importance capitale pour un médecin de famille de reconnaître les signes de malignité cutanée et de poser les gestes diagnostiques appropriés.

Quels sont les critères de malignité d'une lésion cutanée ?

L'acronyme ABCDE, employé en réanimation, peut aussi servir à retenir les critères de malignité des lésions cutanées (figure 1)⁴. Il est important de connaître ces critères, car les lésions cutanées d'allure bénigne feront l'objet de techniques diagnostiques et thérapeutiques différentes de celles d'allure maligne⁵.

La D^{re} Eugénie Granger, omnipraticienne, pratique à l'urgence de l'Hôtel-Dieu de Québec. Elle est chargée d'enseignement au Département de médecine familiale et de médecine d'urgence de l'Université Laval, à Québec.

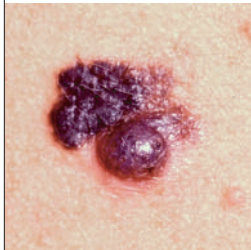

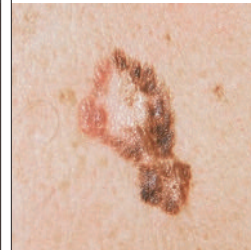
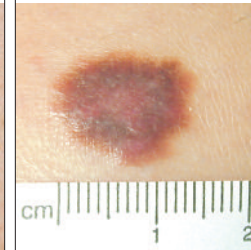
L'acronyme ABCDE permet de retenir les critères de malignité d'une lésion cutanée : asymétrie, bordure, couleurs, diamètre, évolution.

Repère

Figure 1

Critères diagnostiques des lésions pigmentaires douteuses⁴

L'ABCDE du mélanome malin

Asymétrie d'un côté par rapport à l'autre	Bordure irrégulière, encochée ou mal définie	Couleurs multiples comprenant le brun, le noir, le blanc, le bleu et le rose	Diamètre supérieur à 6 mm	Évolution ou changement rapide de la forme, de la taille ou de la couleur de la lésion
				

Source : Association canadienne de dermatologie. Le mélanome malin. Ottawa : L'Association. Site Internet : www.dermatology.ca/fr/peau-cheveux-ongles/la-peau/cancer-de-la-peau/le-melanome-malin (Date de consultation : le 15 février 2013). Adaptation autorisée.

Tableau 1

Facteurs de risque de cancer de la peau⁶

- Exposition au soleil et aux rayons UV (ex. : lit de bronzage)
- Coups de soleil durant l'enfance
- Antécédents familiaux ou personnels de cancer de la peau
- Nombre de nævus > 50
- Nævus > 6 mm
- Nombre de nævus atypiques > 5
- Immunodépression

Quels sont les facteurs de risque de cancer de la peau ?

Les facteurs de risque de cancer de la peau sont énumérés dans le *tableau 1*⁶. Il est important de savoir que l'âge n'est pas un facteur atténuant chez les jeunes patients. En effet, le mélanome est le deuxième cancer le plus fréquent chez les femmes de 20 à 29 ans aux États-Unis, et sa prévalence ne fait qu'augmenter³.

Quels sont les principaux types d'exérèse des lésions cutanées ?

Tout d'abord, il est important de comprendre qu'il existe deux catégories de biopsies cutanées, tant dans

leur visée diagnostique que thérapeutique. On trouve donc les biopsies-exérèses et les biopsies d'incision.

La biopsie-exérèse consiste à enlever complètement la lésion cutanée, souvent en prélevant en plus des marges saines au pourtour de la lésion. On retrouve dans cette catégorie l'exérèse elliptique et le rasage.

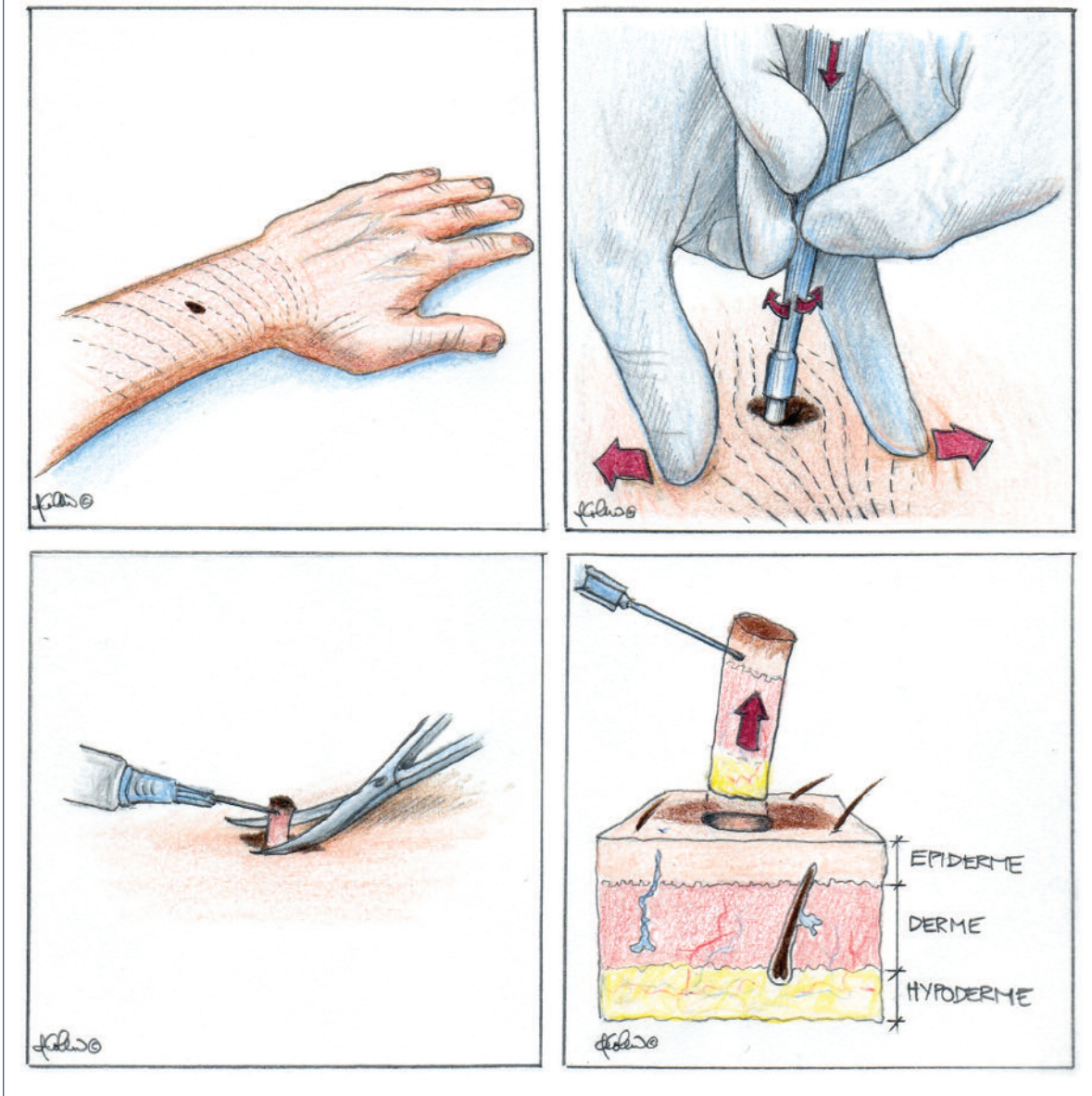
La biopsie d'incision, quant à elle, consiste à enlever uniquement une partie de la lésion. La biopsie au poinçon, le grattage et l'électrocoagulation en font partie. Il est primordial de reconnaître le type de lésion (allure bénigne ou maligne) afin de choisir l'exérèse appropriée.

La biopsie au poinçon, quand et comment l'utiliser ?

Communément appelée « biopsie au punch », cette technique consiste à réséquer une portion circulaire d'une lésion sur toute sa profondeur à l'aide d'un poinçon, instrument ressemblant à un trocart (*figure 2*). Le chiffre du poinçon correspond à son diamètre en millimètres. Par exemple, un poinçon 4 a un diamètre de 4 mm. Il est utilisé pour la plupart des biopsies cutanées, car il cause une cicatrice minimale pour une quantité intéressante de matériel histologique à analyser. Pour le visage, le poinçon 3 est préférable tandis que pour de larges zones, par exemple dans le cas d'une présomption de panniculite, les poinçons 6 ou 8 sont adéquats.

Figure 2

Biopsie au poinçon



Le cylindre cutané poinçonné est retiré à l'aide d'une aiguille. Sa base est ensuite coupée avec les ciseaux ou le bistouri⁷. Cette façon de faire permet de traumatiser le moins possible l'échantillon recueilli. En général l'ouverture faite avec un poinçon de plus de 4 mm devra être refermée avec un point de suture simple en utilisant un fil non résorbable.

La biopsie au poinçon est aussi principalement employée pour le diagnostic des lésions cutanées d'allure inflammatoire (ex. : sarcoïdose), les lésions papulo-

squameuses chroniques (ex. : psoriasis) ou les lésions bénignes (ex. : kératose actinique).

Notons que parfois, en présence d'une toute petite lésion, la biopsie au poinçon peut devenir une biopsie-exérèse si l'ensemble de la lésion entre à l'intérieur du poinçon. Dans les cas de lésions pigmentées très larges pour lesquelles l'excision complète n'est pas possible, la biopsie au poinçon peut être acceptable comme modalité diagnostique initiale (ex. : lentigo malin).

Figure 3

Biopsie elliptique

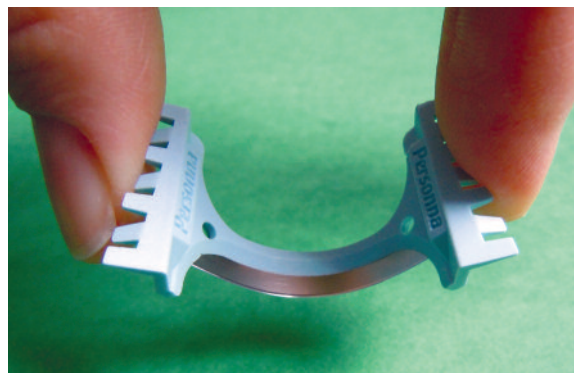
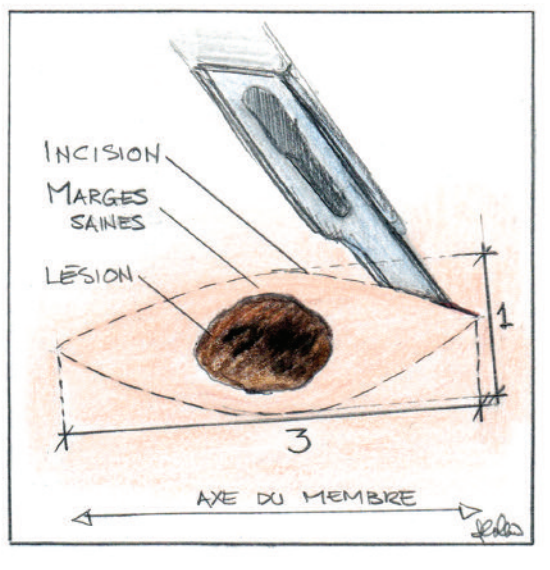


Photo 2. Lame incurvée

angiofibromes ou la kératose séborrhéique^{3,8,9}. L'excision est effectuée dans le plan parallèle à la peau, de façon tangentielle, avec un bistouri lame n° 15 ou une lame-rasoir incurvée (photo 2). On ne suture pas la plaie, mais on utilise plutôt l'électrocoagulation ou le chlorure d'aluminium pour assurer l'hémostase. La figure 4 illustre la technique de la biopsie par rasage.

L'excision elliptique, une panacée ?

La biopsie-exérèse elliptique est plus efficace, plus complexe et demande un peu plus de temps (figure 3). Elle consiste en une résection complète d'une lésion, dans les plans cutané et sous-cutané, selon une forme d'ellipse. Nous tentons toujours d'appliquer un rapport de 3 pour 1 où la longueur de l'ellipse est trois fois plus grande que sa largeur, ce qui favorise un meilleur rapprochement des lèvres de l'ouverture effectuée pour la suture. Un fil non résorbable est ensuite employé pour la suture. L'ellipse est habituellement orientée dans l'axe des lignes naturelles de la peau et parallèle à l'axe d'un membre.

Il est primordial d'inclure des marges saines d'au moins 2 mm au pourtour de toute la lésion si l'on ne soupçonne qu'un naevus dysplasique, mais d'au moins 5 mm si l'on croit qu'il s'agit d'un mélanome^{3,8-10}. Cette technique doit être privilégiée en présence de toute lésion pigmentée, surtout lorsqu'on soupçonne une lésion cutanée maligne.

Qu'en est-il de l'exérèse par rasage ?

Bien qu'il s'agisse de la technique la plus simple, le rasage a cependant des indications limitées. On le réservera aux lésions non pigmentées, aux tumeurs bénignes superficielles, telles que les acrochordons, les

Pourquoi ne pas utiliser le rasage pour les lésions pigmentées ?

Lorsqu'une lésion pigmentée est retirée, il existe toujours un risque, bien que faible parfois, qu'elle soit maligne (mélanome ou carcinome basocellulaire ou spinocellulaire). Pour que l'histopathologie soit bien complétée, l'échantillon prélevé doit respecter des règles simples, surtout pour le mélanome, où la profondeur de la lésion influera directement sur l'établissement du stade de la tumeur ainsi que sur son traitement. Selon la profondeur de la lésion (indice de Breslow), les marges saines à inclure varieront de 5 mm pour le mélanome *in situ* à au plus 3 cm pour les lésions de plus de 4 mm^{3,8,10,11}.

Bien entendu, un médecin de famille qui fait une biopsie-exérèse en cabinet ne peut connaître d'avance le diagnostic ni inclure les marges nécessaires lors d'une première biopsie. Cependant, l'excision elliptique avec au moins 5 mm de marge saine offrira le maximum de tissus à analyser, sans laisser de mélanocytes dans les tissus plus profonds, chose que le rasage risque de faire. En rasant une lésion, il est également impossible de déterminer sa profondeur, ce qui pourrait être problématique si la lésion s'avérait maligne.

Un mythe a longtemps été propagé à propos du risque inflammatoire pouvant mener à une poussée

réactionnelle d'un mélanome qui aurait été rasé, coupé ou traumatisé et à sa pénétration plus profonde dans les tissus. La littérature est claire à ce sujet et ne montre rien de tel¹².

L'analyse de la littérature est concluante au sujet du rasage. Bien que dans les faits, plusieurs médecins pratiquent systématiquement des rasages, il est plutôt recommandé de le faire uniquement pour les lésions non pigmentées¹³.

Le grattage et l'électrocoagulation dans tout ça ?

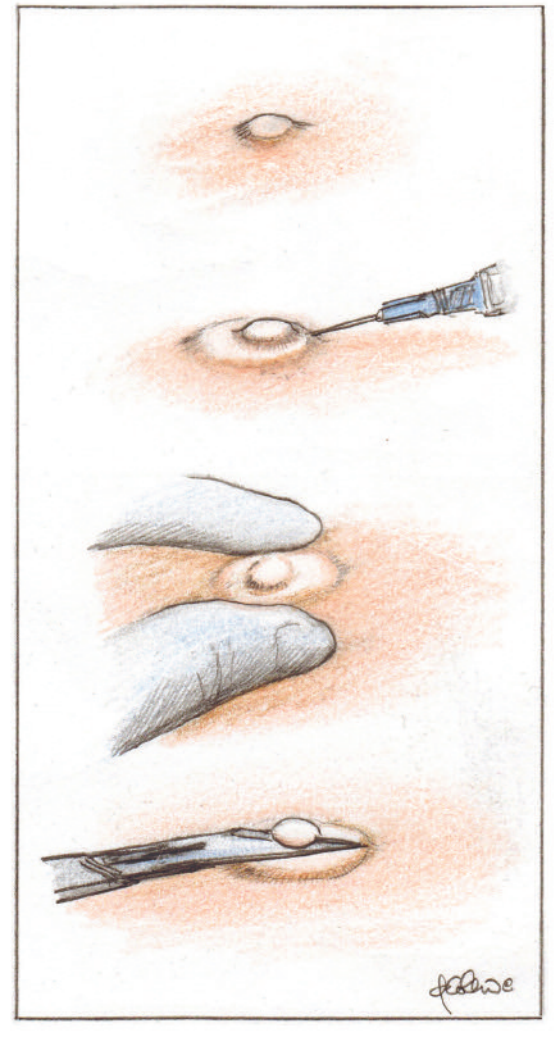
Cette technique consiste à utiliser une curette pour réséquer une lésion ou une tumeur cutanée dans toute sa portion visible, par petits mouvements répétés dans un plan parallèle à la peau anesthésiée de façon locale au préalable. On recommande de bien étirer la peau environnante avec les doigts de la main non dominante afin de faciliter l'intervention. Une fois la lésion excisée, un cautère électrique permet de brûler la lésion en superficie. Une croûte se formera, puis tombera d'elle-même au bout de sept à dix jours. Cette technique, largement employée en cabinet tant par les médecins de famille que les dermatologues, convient aux verrues, aux *molluscums contagiosums*, aux condylomes, à la kératose actinique et à d'autres lésions bénignes. Elle sert également de traitement, parfois controversé, des carcinomes basocellulaires de faible degré de malignité. Plusieurs études signalent des taux de persistance allant jusqu'à 25 % et des taux de récurrence de 1,6 % à 12 % après le recours à cette technique^{14,15}, d'où la controverse. Pour toute lésion pigmentée ou douteuse, il est donc recommandé de pratiquer plutôt une exérèse elliptique.

Quels sont les gestes à inclure dans tous les types de biopsie ?

Bien entendu, toutes les techniques décrites ci-dessus nécessitent une anesthésie locale à base de lidocaïne. L'ajout d'épinéphrine peut être utile dans les zones très vascularisées qui saignent abondamment, comme le cuir chevelu. Sur une peau préalablement bien

Figure 4

Biopsie par rasage



désinfectée, il faut établir et maintenir un champ stérile tout au long de l'intervention. Si une suture est nécessaire, il faut toujours employer un fil non résorbable d'un calibre convenant à la zone (ex. : 4-0 pour les membres et 5-0 pour le visage). L'échantillon retiré doit être traumatisé le moins possible, manié avec soin et toujours placé dans une solution de formaline.

Le Département de dermatologie de l'Université du Commonwealth, en Virginie, a produit plusieurs

La biopsie-exérèse elliptique est recommandée pour toute lésion cutanée pigmentée, qu'elle soit d'allure bénigne ou maligne.

Repère

Tableau II

Biopsie de choix selon le type de lésion^{7,9,11,13}

Type de lésion	Biopsie à privilégier
Pigmentée, allure bénigne ou maligne	Elliptique
Inflammatoire ou chronique bénigne	Poinçon
Non pigmentée bénigne	Rasage
Verruqueuse ou bénigne non pigmentée	Grattage et électrocoagulation

petites capsules vidéo sur ces techniques. Vous les trouverez facilement sur *YouTube* en tapant Derm Education (www.youtube.com/user/DermEducation). Aussi, vous trouverez la technique de la biopsie au poinçon et celle de l'exérèse d'un nævus au www.dermatoinfo.fr. Le site de la FMOQ (onglet Formation professionnelle) contient aussi des documents vidéo sur l'exérèse des kystes et des lipomes (www.fmoq.org/fr/training/toolbox/videos/Lists/Billets/Post.aspx?ID=2).

Le médecin de famille doit absolument s'assurer qu'il a envoyé l'échantillon biopsié et faire un suivi dans un délai raisonnable lorsque les résultats reviennent du laboratoire. La revue des cas soumis à l'ACPM de 2007 à 2011 pour les lésions cutanées malignes montre que la plupart des poursuites portaient sur une documentation défailante, un suivi inadéquat des résultats et le traitement offert aux patients¹⁶. Il est donc recommandé d'obtenir le consentement de chaque patient et de l'inscrire clairement au dossier avant d'effectuer toute biopsie ou toute exérèse cutanée.

Comment se souvenir de la technique appropriée au type de lésion ?

Tout d'abord, il est important de se rappeler que cet article se veut un guide reposant sur les recommandations de la littérature. Tout médecin de famille pratiquant une biopsie cutanée demeure un clinicien indépendant faisant preuve de jugement clinique dans toute situation. Vous trouverez dans le *tableau II*^{7,9,11,13} un guide sur le type de biopsie à pratiquer selon le type de lésion cutanée.

Retour sur le cas de Mathieu

Vous décidez de pratiquer une exérèse elliptique de la lésion de Mathieu. Vous prenez soin d'inclure des marges saines de 5 mm au pourtour, tout en respectant le ratio longueur/largeur de 3 pour 1. Après avoir refermé la plaie avec du Surgipro 4-0, vous donnez à votre patient les conseils d'usage sur les soins de la plaie et la protection solaire, puis vous envoyez l'échantillon prélevé en pathologie. Deux semaines plus tard, vous revoquez Mathieu avec les résultats de sa biopsie : mélanome, profondeur de 2 mm selon l'indice de Breslow. Vous concluez alors que vos marges saines sont insuffisantes pour ce type de lésion et vous décidez d'orienter votre patient de toute urgence vers un collègue dermatologue pour une seconde exérèse elliptique et le suivi de son mélanome. ☞

Date de réception : le 29 octobre 2012

Date d'acceptation : le 1^{er} décembre 2012

La D^{re} Eugénie Granger n'a déclaré aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Société canadienne du cancer. *Qu'est-ce que le mélanome?* Toronto : La Société ; Site Internet : www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/skin-melanoma/overview/?region=qc (Date de consultation : le 5 octobre 2012).
2. Société canadienne du cancer. *Encyclopédie canadienne du cancer : Qu'est-ce que le mélanome?* Toronto : La Société. Site Internet : <http://info.cancer.ca/cce-ecc/default.aspx?toc=46> (Date de consultation : le 6 octobre 2012).
3. Tung R, Vidimos A. *Melanoma*. Cleveland Clinic. Center for Continuing Education. 2010. Site Internet : www.clevelandclinicmeded.com/medicalpubs/diseasemanagement/dermatology/cutaneous-malignant-melanoma (Date de consultation : le 8 octobre 2012).
4. Association canadienne de dermatologie. *Le mélanome malin*. Ottawa : L'Association. Site Internet : www.dermatology.ca/fr/peau-cheveux-ongles/la-peau/cancer-de-la-peau/le-melanome-malin (Date de consultation : le 15 février 2013).
5. Association canadienne de dermatologie. *Cancer de la peau*. Ottawa : L'Association. Site Internet : www.dermatology.ca/fr/peau-cheveux-ongles/la-peau/cancer-de-la-peau (Date de consultation : le 5 octobre 2012).

L'auteure tient à remercier la D^{re} Isabelle Collin pour sa collaboration à titre de dessinatrice.

Tout échantillon prélevé par biopsie doit absolument être placé dans la formaline, puis envoyé en pathologie pour une analyse histopathologique. Le médecin doit faire un suivi diligent des résultats auprès du patient.

Repère

Summary

Excision of Skin Tumours: Refining Your Technique. Skin cancer, whether melanoma or non-melanoma, is growing in incidence, and family physicians routinely see patients presenting with skin lesions. We therefore need to know the ABCDE criteria for malignancy and the therapeutic biopsy tools at our disposal. There are four main skin biopsy techniques. Punch biopsy by means of a circular blade is preferred for chronic inflammatory lesions. Elliptical biopsy involves excising the entire lesion, forming an ellipse around it. This technique must be used with all pigmented lesions. Shave biopsy is the simplest technique: a blade is used to shave the lesion along the surface of the skin. This technique has only limited indications. Finally, curettage is performed with a curette to excise soft lesions, which are then cauterized. All biopsy samples are sent for histopathology, and the physician is responsible for following up on the results.

- American Academy of Family Physicians. *Cancer premalignant lesions*. Leawood: L'Académie. Site Internet: www.aafp.org/afp (Date de consultation: le 8 octobre 2012).
- Zuber TJ. Punch biopsy of the skin. *Am Fam Physician* 2002; 65 (6): 1155-8.
- Alguire PC. Skin biopsy technique for the internist. *J Gen Intern Med* 1998; 13 (1): 46-54.
- Hanna D. Du bon usage de la biopsie cutanée. *Le Clinicien* 2010; 25 (7): 45-7.
- Turchin I, Adams S. Can you identify this condition? *Can Fam Physician* 2007; 53 (4): 647-8.
- Tran KT, Wright NA, Cockerell CJ. Biopsy of the pigmented lesion – When and how. *J Am Acad Dermatol* 2008; 59 (5): 852-71.
- Tadiparthi S, Panchani S, Iqbal A. Biopsy for malignant melanoma – Are we following the guidelines? *Ann R Coll Surg Engl* 2008; 90 (4): 322-5.
- Montgomery BD. Punch biopsy of pigmented lesions is potentially hazardous. *Can Fam Physician* 2009; 55 (1): 24.
- Filho LL, de Oliveira de Avelar Alchorne A, Pereira GC et coll. Histological and immunohistochemical evaluation of basal cell carcinoma following curettage and electrodesiccation. *Int J Dermatol* 2008; 47 (6): 610-4.
- Chren MM, Torres JS, Stuart SE et coll. Recurrence after treatment of non melanoma skin cancer: a prospective cohort study. *Arch Dermatol* 2011; 147 (5): 540-6.
- Swiggum S. Embûches liées au diagnostic et à la prise en charge du cancer de la peau. *Perspective ACPM* 2012; 4 (3): 6-8.

Pour en savoir plus

- Labrèche J. Le petit atlas de la chirurgie mineure. *Le Médecin du Québec* 2005; 40 (2): 75-8.



Congrès de formation médicale continue

FMOQ

6 et 7 juin 2013

La néphrologie et la cardiologie

Hôtel Delta Québec, Québec

12 et 13 septembre 2013

La neurologie

Centre Mont-Royal, Montréal

10 et 11 octobre 2013

Santé voyage

Hôtel Delta Québec, Québec

7 et 8 novembre 2013

La santé des hommes

Hôtel Delta Québec, Québec

5 et 6 décembre 2013

L'hématologie et l'oncologie

Centre Mont-Royal, Montréal

13 et 14 février 2014

La santé des femmes

Hôtel Delta Québec, Québec

20 et 21 mars 2014

La nutrition

Centre Mont-Royal, Montréal