

MELANOME MALIN ET ADENECTOMIE FONCTIONNELLE GUIDEE PAR SCINTIGRAPHIE

P. SEGUIN¹, F. SOULHIARD¹, J.L. PERROT², C. SOLER³, F. CAMBAZARD², F. DUBOIS³

¹Service de chirurgie maxillo-faciale, chirurgie plastique et esthétique,

²Service de dermatologie, ³Service médecine nucléaire, CHU St-Etienne

L'envahissement ganglionnaire lors de la maladie cancéreuse est toujours un élément important de pronostic péjoratif. Il importe donc de connaître le statut ganglionnaire le plus précocement possible et de façon la moins morbide possible.

Pour les mélanomes malins, entre la surveillance clinique d'une aire ganglionnaire et le curage classique d'une aire ganglionnaire, l'adénectomie fonctionnelle guidée par scintigraphie est une voie de recherche actuellement en évaluation au CHU de St Etienne.

Cet article décrit les modalités techniques de l'adénectomie scinti-guidée effectuée lors des mélanomes malins dans le cadre d'une étude coordonnée par le service de dermatologie.

Indication

Les critères d'inclusion dans notre étude sont :

- Patients de plus de 18 ans
- Exérèse d'un mélanome cutané de plus de 0,75 mm d'épaisseur et de stade I
- Exérèse du mélanome cutané depuis moins de 6 semaines

Les critères d'exclusion sont :

- Ganglions cliniquement suspects
- Minorité légale
- Grossesse
- Allergie au radio-marqueur (colloïdes technéciés)
- Allergie aux antiseptiques locaux
- Refus du patient

En pratique, la plupart de nos patients ont déjà eu une exérèse biopsie d'une tumeur noire de la peau qui s'est avérée être un mélanome et ne présentent bien sûr aucun ganglion régional cliniquement décelable. L'intervention, prévue sous anesthésie locale ou sous anesthésie générale selon les localisations, a deux buts :

- 1) l'exérèse complémentaire du mélanome malin selon les règles de la troisième conférence internationale sur le mélanome :
 - mélanome entre 0,5 et 1 mm : marge de 1cm.
 - mélanome entre 1 et 4 mm d'épaisseur : marge de 2 cm
 - mélanome dont l'épaisseur est supérieure à 4 mm : marge de 3 à 5 cm.
- 2) réaliser l'adénectomie fonctionnelle scintiguidée.

Quelques patients n'ont pas eu de biopsie, l'aspect clinique est suffisamment évocateur d'un mélanome malin d'épaisseur > 0,75mm pour entrer dans le protocole (M.M nodulaire de grande taille).

Réalisation pratique

La veille de l'intervention vers 17 heures, est réalisée la scintigraphie par marquage cutané des 4 points cardinaux du mélanome ou de la cicatrice d'exérèse du mélanome. Le produit utilisé est du sulfure de rhénium marqué par du technétium. La progression par les voies lymphatiques du produit de marquage est suivie par scintigraphie avec enregistrement par gamma-caméra qui permet de marquer sur la peau la position du ganglion qui hyperfixe le traceur. Il est utile que ce repérage soit fait, le patient étant en position opératoire (tête en extension et rotation du côté de l'hémi-face saine), afin que les repères correspondent au mieux à la situation opératoire réelle.

Le lendemain, le patient est pris au bloc à 8 heures du matin sous anesthésie locale ou anesthésie générale. Le premier temps de l'intervention concerne l'adénectomie.

La voie d'abord chirurgicale choisie doit être compatible avec un éventuel curage secondaire c'est-à-dire que l'on utilisera au mieux les plis faciaux ou les plis cervicaux classiques en évitant toute incision qui se "marierait" mal avec l'incision d'un futur curage si celui-ci s'avérait nécessaire. On est ainsi amené à faire des abords soit directs sur les zones d'hyperfixation scintigraphique soit parfois des abords à distance en levant un lambeau cutané pour arriver sur le volume d'hyperfixation.

Le repérage per-opératoire s'effectue avec une radio-sonde Gamma II (laboratoire Eurorad), cette radio-sonde est protégée par une gaine plastique stérile afin de l'utiliser au contact même des tissus. Le scintigraphiste indique au chirurgien le volume chaud dont il convient de faire l'exérèse. Celui-ci est en général relativement précis, occupant moins 1cm³ de tissu cellulo-lymphatico-graisseux.

Une fois l'exérèse de ce volume effectuée, une contre-mesure du fond d'exérèse est effectuée, devant être négative. Un comptage de la pièce d'exérèse sur table doit être franchement positif comme elle l'était dans l'organisme.

Si deux volumes chauds sont trouvés à la scintigraphie on pratique deux exérèses avec les mêmes modalités, le volume le plus fixant étant appelé ganglion sentinelle n°1.

Ce temps d'adénectomie fonctionnelle scintiguidée terminée, l'hémostase est réalisée classiquement, un drainage est posé au besoin, la suture est effectuée en deux ou trois plans.

A la suite de ce temps d'adénectomie, est réalisé le temps d'exérèse complémentaire du pourtour cutané du mélanome ou de la cicatrice du mélanome selon les règles indiquées ci-dessus. Le temps de reconstruction nécessaire (greffe et/ou lambeau) est effectué.

Les soins post-opératoires sont marqués par l'ablation de l'éventuel drain de Redon à J1 ou à J2. La sortie du patient s'effectue à J1 ou à J2, les soins infirmiers sont effectués jusqu'au 8-10ème jour. Le patient est revu en consultation pour l'ablation de ses fils et communication des résultats histologiques. L'étude histologique se fait avec des colorations HES et des immunomarquages avec des anticorps anti-protéines S 100.

En cas de ganglions positifs, un curage régional est effectué dans un temps secondaire.

Les durées opératoires pour l'adénectomie guidée par scintigraphie se sont étalées de 15 à 40 minutes, les durées totales de l'intervention (adénectomie + exérèse péri-tumorale + reconstruction) sont très variables (45 à 120 mn) selon essentiellement les difficultés des techniques de réparation.

Nous avons utilisé cette méthode 20 fois lors de cette 1ère année de l'étude.

Discussion

1) Il existe **une grande différence entre le drainage anatomiquement supposé et le drainage fonctionnel révélé par la scintigraphie**. Tous les ganglions sentinelles prélevés dans notre série auraient été différents si l'on avait simplement demandé au chirurgien l'adénectomie du ganglion qu'il pensait probablement être le premier relais fonctionnel (ganglions pré-parotidiens pour la zone temporale, ganglions sous-maxillaires pour la zone génienne, ganglions sous-mentaux pour une lèvre médiane inférieure, ganglions pré-auriculaires pour une paupière supérieure etc...).

Il apparaît à l'usage que pratiquement dans aucun cas, le chirurgien n'aurait à prélever spontanément la zone hyperfixante déterminée par la scintigraphie per-opératoire.

2) **Les avantages attendus** de la méthode sont une information sur le statut histologique ganglionnaire avec plus de rapidité que dans l'option de surveillance clinique et moins de morbidité que dans l'option de curage régional classique. Les améliorations attendues de staging, de traitements et finalement de survie sont en début d'évaluation.

3) **Les inconvénients de la méthode** sont marqués par la difficulté de coordonner une scintigraphie et une intervention chirurgicale avec la nécessité de réunir en un même lieu, à un même moment l'équipe chirurgicale ainsi que l'équipe de scintigraphie, à moins que le chirurgien ne fasse un apprentissage pour se servir lui-même de la radio-sonde. Un autre inconvénient est marqué par l'incertitude quant à la durée de l'intervention en particulier pour tous les ganglions de la région parotidienne. Ceux-ci peuvent être enlevés en position superficielle assez facilement mais tous les ganglions profonds de la région parotidienne nécessitent une parotidectomie avec exposition du nerf facial afin de ne pas blesser ce dernier. On passe ainsi d'une opération d'une vingtaine de minutes en cas d'adénectomie superficielle à une intervention d'environ 1 heure ½ si une dissection du nerf facial doit être effectuée.

Conclusions

Hors les problèmes de coordination entre le scintigraphiste et le chirurgien et une certaine imprécision dans la prévision de la durée opératoire, l'adénectomie scintiguidée dans le bilan des mélanomes malins est un geste en général simple. L'intérêt de ce geste (meilleur staging, meilleur traitement, meilleure survie) est en début d'évaluation dans notre CHU.

Bibliographie

- Albertini J.J et coll. Intraoperative-radiolymphoscintigraphy improves sentinel lymph Node Identification for Patients with Melanoma. Ann Surg 1996;223:217-224.
- Bostick P. et coll. Intraoperative Lymphatic Mapping for Early- Stage Melanoma of the Head and Neck. Am J Surg 1997;174:536-539.
- Morton D.L. Sentinel lymphadenectomy for patients with clinical stage I melanoma. Cancer J. Sci. Am. 1997;3:328-30.
- Morton D.L. Intraoperative lymphatic mapping and sentinel lymphadenectomy : community standard care or clinical investigation ? Cancer J. Sci Am 1997;3:341-5.
- Reintgen D., Balch C.M., Kirkwood J., Ross M. Recent Advances in the care of the patient with Malignant Melanoma. Ann Surg 1997;225:1-14.
- Taylor A., Murray D., Herda S., Vansant J., Alazraki N. Dynamic Lymphoscintigraphy to Identify the Sentinel and Satellite nodes. Clin Nucl Med 1996;21:755-758.