

**RESULTATS DE LA PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE DES  
DERMATOFIBROSARCOMES PROTUBERANTS RECIDIVANTS DU  
TRONC DANS UN PAYS A RESSOURCES LIMITEES.**

**RESULTS OF THE SURGICAL MANAGEMENT OF RECURRENT  
DERMATOFIBROSARCOMAS PROTUBERANS OF THE TRUNK IN A COUNTRY  
WITH LIMITED RESOURCES.**

**O.R. SOMÉ<sup>1</sup>, J. THIAM<sup>2</sup>, Z. SAYE<sup>3</sup>, H. BÉLEMLILGA<sup>1</sup>, N. YABRÉ<sup>1</sup>, D. KONKOBO<sup>2</sup>,  
V. KONSÉGRÉ<sup>4</sup>, C. ZARÉ<sup>1</sup>, S. KA<sup>2</sup>.**

Services de <sup>1</sup>Chirurgie générale et digestive et <sup>4</sup>d'anatomo-pathologie du CHU Sourosanou,  
Bobo Dioulasso

<sup>2</sup>Institut du cancer de l'Hôpital Aristide Le Dantec de dakar

<sup>3</sup>Service de Chirurgie générale du CHU Gabriel Touré Mali

**SOME OLLO ROLAND ; Email : [som\\_roll@yahoo.fr](mailto:som_roll@yahoo.fr); Tél : 00226 70127491**

---

**Résumé**

Tumeur fibroblastique à malignité locale rare, le dermato fibrosarcome protubérant de la paroi thoraco-abdominale est la localisation la plus fréquente. Sa prise en charge chirurgicale itérative dans les centres non qualifiés dans notre contexte expose à des récurrences monstrueuses. Nous rapportons 3 cas de chirurgie associant l'exérèse large carcinologique et la plastie de fermeture.

Nous avons opéré 3 cas en 3 ans. Ils étaient tous de sexe masculin et avaient 52, 32 et 29 ans. Dans les 3 cas, il s'agissait d'une chirurgie itérative. La résection était R0. En dehors des cicatrices chéloïdiennes le résultat esthétique est jugé satisfaisant. Après un recul moyen de 18 mois on ne note aucune récurrence.

Le dermato-fibrosarcome est un cancer sous-cutané rare mais non exceptionnel connu pour son caractère récidivant après une chirurgie inadéquate. Sa localisation tronculaire à l'abri des regards contribue à une consultation tardive. La chirurgie carcinologique dans notre contexte est délabrante et requiert la plastie de recouvrement.

**Mots clés :**

Dermato-fibrosarcome protubérant, tronc, chirurgie, plastie, Bobo-Dioulasso

**Abstract**

*A rare local malignancy fibroblastic tumor, the dermato-fibrosarcoma protuberans of the thoraco abdominal wall is the most frequent localization. Its iterative surgical management in unqualified centers in our context exposes to monstrous recurrences. We report 3 cases of surgery associating wide oncological resection and plastic surgery.*

*We operated 3 cases in 3 years. They were all male and were 52, 32 and 29 years old. In all 3 cases it was an iterative surgery. The resection was R0. Apart from keloid scars, the aesthetic result is considered satisfactory. After an average follow-up of 18 months, no recurrence is noted.*

*Dermatofibrosarcoma is a rare but not exceptional subcutaneous cancer known for its recurrent character after inadequate surgery. Its truncular location out of sight contributes to a late consultation. Oncological surgery in our context is debilitating and requires plastic surgery.*

**Keywords:** *Dermato-fibrosarcoma protuberant, trunk, surgery, plasty, Bobo-Dioulasso*

## INTRODUCTION

Sarcome dermique le plus répandu, le Dermato fibrosarcome protubérant (DFSP) anciennement appelé dermato fibrosarcome de Darrier et Ferrand correspond à une tumeur fibroblastique maligne [1]. Il survient le plus souvent chez les adultes d'âge moyen [2,3]. Il est considéré comme des tumeurs à malignité locale, avec un haut potentiel de récurrence exigeant une chirurgie initiale R0 [3-5]. Sa prise en charge chirurgicale itérative dans les centres non qualifiés dans notre contexte expose à des récurrences monstrueuses [8]. Malgré le manque de données solides, la chirurgie micrographique de Mohs (CMM) avait nettement tendance à produire de meilleurs résultats que la chirurgie conventionnelle [4-6]. Si la CMM n'est pas disponible, une intervention chirurgicale utilisant des marges latérales de 2 à 4 cm est proposée [2]. Nous rapportons notre expérience de prise en charge de DFS monstrueux de l'abdomen et du thorax associant exérèse large et reconstruction de la paroi.

### Observation 1 :

Il s'agit d'un homme de 52 ans, cultivateur qui consulte pour une lésion clinique de dermato-fibrosarcome évoluant depuis 5 ans. Il a déjà bénéficié de 2 exérèses récurrentes en 1 an d'intervalle. L'histologie de la dernière exérèse confirme le DFSP. L'examen note une masse qui occupe la quasi-totalité de la paroi abdominale, bosselée irrégulière ulcérée par endroit de 30 cm de grand axe (figure 1A). Il a été réalisé une exérèse large (3cm de marge) (figure 1B). Le décollement postérieur a sacrifié l'aponévrose sur des zones douteuses. L'exérèse monobloc a fait place à une plastie de fermeture en croix de sorte à rendre visible qu'une cicatrice de laparotomie médiane quand le patient est dévêtu (figure 1C). Après un recul de 21 mois on ne note aucune récurrence.



**Figure 1.** A : DFSP de la paroi abdominale ; B : plaie opératoire ; C : fermeture en croix.

### Observation 2 :

Il s'agit d'un tailleur de 32 ans qui présente la même localisation de DFSP qui récidive pour la troisième fois et ulcéré sur toute la surface lésionnelle (figure 2D) évoluant depuis 3ans. Les mêmes gestes de chirurgie ont été réalisés permettant la fermeture en croix. Il ne présente aucune récurrence en dehors d'une cicatrice chéloïdienne après 25 mois de suivi (figure 2E).

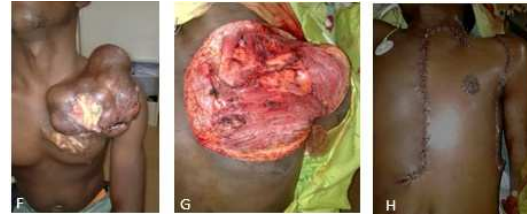


**Figure 2.** D: incision avec marge de 3 à 4 cm circonscrivant le DFSP ulcéré de la paroi abdominale ; E : cicatrice chéloïdienne séquellaire à 2 ans

### Observation 3 :

Le troisième cas est une 5<sup>ème</sup> récurrence de DFS thoracique débordant sur l'épaule (figure 3F). Il a bénéficié d'une exérèse large (figure 3G) et d'un curage sous clavier de nécessité dont l'histologie du ganglion était négative. Puis, la fermeture du défaut, facilitée par la double installation en décubitus dorsal et latéral

droit, a été possible par deux lambeaux d'avancement (antérieur et postérieur au-dessus de l'épaule) que nous avons nommé en « bretelle » avec repositionnement de la plaque aréolo-mamelonnaire (figure 3H). Le résultat esthétique est jugé satisfaisant après 9 mois de suivi sans récurrence. On note une cicatrice chéloïdienne.



**Figure 3.** F : DFSP thoracique antérieur-supérieur gauche ; G: exérèse large réalisée H : fermeture par lambeaux d'avancement en « bretelle »

Les données des 3 observations sont résumées dans le tableau suivant.

**Tableau I :** récapitulatif des 3 observations

Localisation	Sexe/Age (ans)	Type/Taille en cm	Marge/Modalité de fermeture	Récidive/délai de suivi en mois
Paroi abdominale	M /52	Protubérant / 30	R0 / plastie en Croix	Non / 21
Paroi abdominale	M /32	Protubérant / 25	R0 / plastie en Croix	Non / 25
Paroi thoracique antérieure gauche	M / 29	Protubérant / 40	R0 / plastie par lambeau d'avancement en « bretelle »	Non / 9

## DISCUSSION

Le DFSP est le sarcome dermique le plus fréquent (18%) avec une fréquence relativement faible rapporté sur l'ensemble des sarcomes (1%) [2]. La localisation du tronc est la plus habituelle [4]. Il est généralement de bas grade ce qui justifie la rareté des métastases [2-4]. Par contre, le taux de récurrence reste élevé et est généralement classique après une première chirurgie conventionnelle. En revanche, ce taux est remarquablement faible dans l'application de la CMM [5,7]. Dans notre série, la première prise en charge s'opère le plus souvent dans les centres périphériques par des « aides chirurgiens » non qualifiés n'ayant pas la notion d'exérèse large procédant à une exérèse marginale ou énucléation du nodule initial. Ce qui explique une récurrence et les populations démunies ne rejoignent les grands centres

sensés offrir des soins plus adaptés qu'à des stades où la tumeur atteint des proportions monstrueuses [7]. En effet, les facteurs prédictifs de récurrences existaient déjà notamment la récurrence sur une chirurgie initiale inadaptée et l'application de la chirurgie conventionnelle et non la CMM [2-5,7] ; en revanche les localisations du tronc bien que volumineuses et souvent monstrueuses ne sont éligibles qu'à une exérèse carcinologique. Nous avons appliqué la chirurgie conventionnelle respectant 3 cm de marge macroscopique latérale. L'aponévrose fragilisée par endroit lorsque la tumeur paraissait fixée lors du décollement postérieur était emportée, justifiant une reconstruction prothétique. Les lambeaux en croix non classiques par rapport aux lambeaux en Z ou N ont été

préférés pour ne laisser paraître qu'une cicatrice médiane torse nu. La cicatrisation inesthétique chéloïdienne est plus liée à la race noire qu'à un défaut technique. L'utilisation de la technique du lambeau d'avancement, dite en bretelle, s'est imposée par la localisation pré-thoracique atteignant la région sus claviculaire ; la nécrose limitée du lambeau au niveau de la suture sus claviculaire a été induite par la fermeture sous tension de l'orifice créé lors du repositionnement de la plaque aréolo-mamelonnaire entraînant la dévascularisation de la zone supérieure ; d'autres auteurs ont procédé à une fermeture de la zone claviculaire périoste à nu en utilisant un lambeau musculaire du grand dorsal ; certains ont préconisé une cicatrisation dirigée ou une greffe de peau [8,10]. Nos résultats sont encourageants sur l'absence de récurrence après 2 ans de survie moyenne avec une résection R0. Cependant la présence d'une

cicatrice chéloïdienne souvent inesthétique devrait imposer la prudence et la surveillance continue. L'utilisation recommandée de l'Imatinib en cas de lésion localement avancée récidivée pourrait améliorer les résultats vis-à-vis des récurrences précoces [2,11,12].

## **CONCLUSION**

Le dermatofibrosarcome est un cancer sous-cutané rare mais non exceptionnel, connu pour son caractère récidivant après une chirurgie inadéquate. Sa localisation tronculaire à l'abri des regards contribue à une consultation tardive. La chirurgie carcinologique dans notre contexte est délabrante et requiert la plastie de recouvrement. L'adjonction de l'Imatinib et la radiothérapie sont des traitements innovants qui contribuent à diminuer les risques de récurrences.

**Conflits d'intérêts :** aucun

---

## **REFERENCES**

1. Darier J, Ferrand M. Dermatofibromes progressifs et récidivants ou fibrosarcomes de la peau. *Ann Dermatol Syph* 1924;5:545-62.
2. Brooks J, Ramsey ML. Cancer, Dermatofibrosarcoma Protuberans. [Updated 2019 Feb 14]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2019 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513305/>
3. Thway K, Noujaim J, Jones RL, Fisher C. Dermatofibrosarcoma protuberans: pathology, genetics, and potential therapeutic strategies. *Ann Diagn Pathol* 2016;25:64-71.
4. Monnier D, Algros MP, Vidal MC, Danzon A, Pelletier F, et al. Dermatofibrosarcome protubérant (tumeur de Darier et Ferrand): Etude épidémiologique rétrospective descriptive en Franche-Comté sur une période de 20 ans (1982-2002). *Ann Dermatol Venereol* 2005;132(6-7):607
5. Llombart B, Serra C, Requena C, Alsina M, Morgado-Carrasco D, Través V, Sanmartín O. Guidelines for Diagnosis and Treatment of Cutaneous Sarcomas: Dermatofibrosarcoma Protuberans. *Actas Dermosifiliogr*. 2018 Dec;109(10):868-877.
6. Koseła-Paterczyk H, Rutkowski P. Dermatofibrosarcoma protuberans and gastrointestinal stromal tumor as models for targeted therapy in soft tissue sarcomas 2017;17(12):1107-1116.

7. Paradisi A1, Abeni D, Rusciani A, Cigna E, Wolter M, Scuderi N, Rusciani L, Kaufmann R, Podda M. Dermatofibrosarcoma protuberans: wide local excision vs. Mohs micrographic surgery. *Cancer Treat Rev.* 2008;34(8):728-36.
8. Traoré SS, Zida M, Baro FT, Boukougou G, Goumbri OM, Sano D, Guira A. Le dermatofibrosarcome de Darier et Ferrand (DFDF). À propos de 7 cas au CHU de Ouagadougou, Burkina Faso. *Bull Soc Pathol Exot* 2007;100(2):105–106
9. Mirza TI, Akhtar K, Abbas HB, Sameena M, Tahir F, Khan S, Bhutto AR. Dermatofibrosarcoma Protuberans Male Breast: A Case report. *Oman Med J.* 2011 Sep;26(5):e023. doi: 10.5001/omj.2011.97
10. Rabiou S, Ouadnoui Y, Efaled B, Belliraj L, Issoufou I, Ammor FZ, Ghalimi J, Lakranbi M, Sani R, Oufkir A, Smahi M. What surgery for recurrent Darier-Ferrand sarcoma of the chest wall?. *Rev Pneumol Clin.* 2017;73(2):100-105.
11. Du K, Li J, Tang L, Lin X, Kong X, Liao X, Peng Q, Dong Y, He J, Huang Y, Zhang X, Lin F, Zhuang Q, Wu J. Role of postoperative radiotherapy in dermatofibrosarcoma protuberans: a propensity score-matched analysis. *Radiat Oncol.* 2019;14(1):20.
12. Chen YT, Tu WT, Lee WR, Huang YC. The efficacy of adjuvant radiotherapy in dermatofibrosarcoma protuberans: a systemic review and meta-analysis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2016;30(7):1107-14.