

UNIVERSITE MOHAMMED V

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE -RABAT-

ANNEE: 2009

THESE N°: 53

Les tumeurs palpebrales
A propos de 40 cas

THESE

Présentée et soutenue publiquement le :.....

PAR

Mme. Racha LAHLOU

Née le 13 Février 1983 à Rabat

Pour l'Obtention du Doctorat en
Médecine

MOTS CLES: Tumeurs palpébrales – Anatomopathologie - Chirurgie.

JURY

Mme. A. BERRAHO

Professeur d'Ophtalmologie

PRESIDENT

Mr. Z. MELLAL

Professeur Agrégé d'Ophtalmologie

RAPPORTEUR

Mr. A. BOULANOIR

Professeur d'Ophtalmologie

Mr. M. BOULAADAS

*Je dédie cette thèse
à la mémoire de ma très chère et très
regrettée grand-mère*

*feue michrifa **Lalla Ghita Kadmiri***

décédée le 27 Mai dernier

*Ton départ a déchiré l'âme et le coeur de
tous ceux qui t'ont aimé. Tu étais le pilier de
notre famille, la source d'amour et de
réconfort pour tous ses membres .Tu étais un
exemple de sagesse, de courage et d'humilité.*

*Dieu t'as choisie, mais tu es morte comme tu
as toujours vécue, fidèle à ton image : forte,
humble et croyante .Tu nous a quitté mais tes
paroles, tes conseils, tes prières raisonnent
encore et toujours dans notre cœur .Je
n'oublierai jamais tes dernières paroles pour
moi : Dieu te garde ton papa, dieu te garde ton
mari, dieu t'aide dans ton travail.*

*C'est à mon tour d'implorer le tout puissant
de t'accueillir en son vaste paradis et de te
couvrir de sa sainte miséricorde.*

إِنَّا لِلَّهِ وَإِنَّا إِلَيْهِ رَاجِعُونَ

Je commence par le commencement

Ainsi, je m'adresse à vous, dieu tout puissant, vous qui m'avez comblé de tout ce qu'un humain peut espérer : la santé physique et mentale, des parents formidables, un époux aimant, une famille bienveillante..

Des pages ne pourraient suffire pour énumérer tous vos précieux dons, dons pour lesquels je ne vous remercierai jamais assez.

Mon seigneur, grand et miséricordieux, je vous demande de pardonner toutes mes fautes, mes failles et mes faiblesses .Je vous implore de veiller sur moi et sur tous ceux qui me sont chers, je vous supplie du plus profond de mon être de me mener à travers ce métier que vous avez choisi pour moi, vers plus de piété, de savoir et de don de soi.

Tout d'abord, je dédie cette thèse aux deux prunelles de mes yeux, mes très chers parents, j'espère que vous êtes fiers de moi :

Essayer de vous écrire, de vous décrire en quelques lignes est une tâche bien difficile, car aucun mot aucune phrase, aucune langue ne pourrait traduire une infime partie de mes sentiments pour vous, j'essaierai...

A un grand homme un grand hommage

A toi mon papa chéri

Etre ta fille est un immense honneur, un très grand privilège qui m'a permis, au cours de ma modeste petite vie, d'admirer la grandeur de ton âme, la richesse de ton cœur, l'infinité de ton dévouement.

Etre ta fille me remplit de fierté et me comble de bonheur car tu es un exemple de droiture, d'honnêteté et de vertu. Tes qualités humaines, tes compétences professionnelles, tes actions associatives font de toi un homme exemplaire.

Tu t'es investi corps et âme dans notre éducation, les valeurs que tu nous as inculqué

sont mon guide dans la vie. J'espère que tu trouveras dans ce modeste travail le témoignage d'un amour sans bornes, d'un profond respect, d'une immense gratitude...

Puisse dieu, en ces moments difficiles que tu traverses, apaiser ton chagrin. Puisse-t-il te procurer santé, bonheur et longue vie.

Merci, je t'aime

Comme dans l'univers il y a un seul soleil,
dans ma vie aussi

A sitti lhabaib mamati

Pour moi, tu es une source inépuisable d'amour, de tendresse et d'affection. J'ai trouvé en toi une mère dévouée, une amie fidèle et une confidente compréhensive.

Tu as fait preuve, des années durant, de courage, de patience, de générosité et d'altruisme. Tu étais prête à tous les sacrifices pour faire de nous, tes enfants, ce que nous sommes aujourd'hui.

*Tes prières ont toujours été la source où je
puise ma sérénité et mon réconfort .Je Te dédie
ce travail en gage d'un amour sans limites
.Dieu te préserve et te procure santé et longue
vie.*

Merci, je t'aime

*Je porte ton nom, il est aussi gravé à
tout*

jamais dans mon cœur

A mon autre moitié Noureddine

Tu mérites un hommage particulier car tu m'as accompagné au cours de ce parcours de longue haleine. Tu m'as épaulé, m'as soutenu quand j'en avais le plus besoin, m'as réconforté dans les moments les plus difficiles. Jamais, je n'oublierai tout ce que tu as fait pour moi.

Tu es d'une gentillesse, d'une modestie, d'une générosité sans égales. Je remercie dieu de m'avoir mis sur le chemin d'un homme aussi bon, aussi attentionné, aussi compréhensif, aussi croyant que toi.

Je partage avec toi la joie de voir aboutir ce travail, j'espère que tu y trouveras l'expression d'un attachement, une reconnaissance et un respect infinis...

*Je vous ai donné la vie, le contraire est
tout aussi vrai*

Car vous êtes toute ma vie

A mon petit cœur moulay al hassan

A ma petite princesse Amira

*Vous êtes un cadeau du ciel, un trésor
inestimable.*

*Vous avoir dans ma vie m'a rendu plus forte
plus responsable et plus épanouie.*

*Pardonnez- moi tout le stress que je vous ai
fait subir avant même que vous n'ayez vu le
jour. J'espère qu'un jour vous comprendrez.
J'espère qu'un jour vous serez fiers de moi.*

Je vous adore.

A mon âme et ma sœur, a mon âme sœur

A Mahati , Hassan,moulay ahmed et ghitouta

Tu sais très bien que tu tiens une place particulière dans mon cœur. Tu es l'amie de mon enfance, ma complice dans ma jeunesse et la confidente de toute ma vie.

Toutes jeunes, on nous prenait déjà pour des jumelles, on n'aurait pas dit que plus tard, ma vie serait ainsi calquée sur la tienne. C'est que dieu a exaucé mes prières et a tenu à nous garder toujours aussi proches .Je le remercie du fond du cœur de m'avoir offert cette magnifique sœur et amie que tu es.

En souvenir de tout ce que nous avons partagé, je te dédie ce travail en te souhaitant tout le bonheur du monde toi, hassan, moulay et ghita.

Je vous aime

*Loin de mes yeux mais très proche de mon
coeur*

A mon adorable sœur china

Tu es la source de gaieté, de joie de vivre et de dynamisme pour toute notre petite famille. Comment ne pas t'adorer toi qui es si douce si gentille, si généreuse et si serviable. Des kilomètres nous séparent, mais une très grande amitié, une merveilleuse fratrie et un profond amour nous unissent à tout jamais.

A toi, ma petite sœur protégée, je dédie ce travail en te souhaitant tout le bonheur et la réussite que tu mérites.

Je t'aime

Tu es un merveilleux jeune homme, mais à mes yeux tu

seras toujours mon petit frère chéri Hammad

Entre nous, il y a toujours eu une complicité, une entente et un attachement particuliers. Je suis très heureuse de voir qu'une nouvelle vie a commencé pour toi loin du coquons familial, ca sera certainement une

expérience enrichissante pour ton avenir .Je profite de ce travail pour te dire à quel point tu comptes pour moi et à quel point je suis fière de toi.

Je t'aime

A mes très chers beaux parents

Haj said et hajja fadma

Pour moi vous êtes un exemple de piété, de générosité et d'altruisme. Vous m'avez toujours témoigné votre confiance, votre affection et votre soutien. Puisse ce travail être l'expression de mon profond respect et le symbole de ma gratitude et ma tendresse.

Dieu vous préserve et vous procure santé et longue vie.

A toute ma belle famille

*Pour l'accueil chaleureux que vous m'avez
réservé, et en témoignage de mon profond
respect et de ma haute considération*

*A mes tantes et oncles, mes cousins et
mes cousines*

Aux familles : Lahlou, El Yalaoui

Toumi, Triqui, Tazi, Tanjaoui, Zaiimi

Achour, Mouline et Oualhaj

Aux familles Regragui, Berrady, Ejjar,

Sabik, Meghari, Chemaou et Benabdou

*Vous m'avez toujours témoigné votre
affection et attachement*

*Je vous dédie ce travail en guise de ma
profonde estime*

*Puisse dieu vous combler de bonheur et de
réussite*

A notre Maître, Président de thèse,

Madame le professeur Amina Berraho

Professeur d'ophtalmologie

Chef du service d'ophtalmologie

B Hôpital des spécialités- Rabat

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant la présidence de notre jury de thèse.

Votre culture scientifique, votre compétence et vos qualités humaines ont suscité en nous une grande admiration, et sont pour vos élèves un exemple à suivre.

Veillez accepter, cher Maître, l'assurance de notre estime et notre profond respect.

*A notre Maître, Rapporteur de thèse,
Monsieur le professeur Zakaria Mellal
Professeur agrégé d'ophtalmologie*

Vous nous avez confié ce travail sans aucune réserve. Nous souhaitons être digne de cet honneur.

Vous nous avez guidés tout au long de notre travail en nous apportons vos précieux et pertinents conseils. Nous vous remercions pour votre soutien lors de la réalisation de cette thèse.

Qu'il nous soit permis de vous exprimer notre gratitude, notre respect, et notre admiration pour votre compétence et la clarté de votre raisonnement .

*A notre Maître et Juge de thèse,
Monsieur le professeur Abdelkarim Boulanouar*

Professeur d'ophtalmologie

*Nous sommes particulièrement reconnaissant
pour l'honneur que vous nous faites en
acceptant de jurer notre travail.*

*Notre gratitude est grande pour l'intérêt
que vous avez montré à l'encontre de notre
travail.*

*Veillez trouver dans cet ouvrage le
témoignage de notre profonde reconnaissance et
respect.*

*A notre Maître et Juge de thèse,
Monsieur Le professeur Malik Boulaades
professeur agrégé de stomatologie
et de chirurgie maxillofaciale*

*Nous sommes très sensibles par l'honneur que
vous nous faites en acceptant de jurer notre
travail.*

*Veillez trouver à travers ce modeste
travail la manifestation de notre plus haute
estime et de nos sentiments les plus
respectueux.*

*A notre Maître et Juge de thèse,
Monsieur le Professeur Abdellah El Hassan
Professeur agrégé d'ophtalmologie*

*Nous sommes immensément touchés par
l'insigne honneur que vous nous faites en
acceptant de siéger parmi les membres du
jury de notre thèse.*

*Veillez trouver à travers ce modeste
travail l'expression de notre admiration
et nos sincères remerciements.*

Au docteur Hassan El Yalaoui

*Je tiens a te remercier profondément
pour l'aide que tu m'as apporté pour la
réalisation de ce travail.*

*Je te dédie cette thèse en témoignage
de mon respect et mon affection*

*Je dédie cette thèse
à la mémoire de ma très chère et très
regrettée grand-mère*

*feue michrifa **Lalla Ghita Kadmiri***

décédée le 27 Mai dernier

*Ton départ a déchiré l'âme et le coeur de
tous ceux qui t'ont aimé. Tu étais le pilier de
notre famille, la source d'amour et de
réconfort pour tous ses membres .Tu étais un
exemple de sagesse, de courage et d'humilité.*

*Dieu t'as choisie, mais tu es morte comme tu
as toujours vécue, fidèle à ton image : forte,
humble et croyante .Tu nous a quitté mais tes
paroles, tes conseils, tes prières raisonnent
encore et toujours dans notre cœur .Je
n'oublierai jamais tes dernières paroles pour
moi : Dieu te garde ton papa, dieu te garde ton
mari, dieu t'aide dans ton travail.*

*C'est à mon tour d'implorer le tout puissant
de t'accueillir en son vaste paradis et de te
couvrir de sa sainte miséricorde.*

إِنَّا لِلَّهِ وَإِنَّا إِلَيْهِ رَاجِعُونَ

Je commence par le commencement

Ainsi, je m'adresse à vous, dieu tout puissant, vous qui m'avez comblé de tout ce qu'un humain peut espérer : la santé physique et mentale, des parents formidables, un époux aimant, une famille bienveillante..

Des pages ne pourraient suffire pour énumérer tous vos précieux dons, dons pour lesquels je ne vous remercierai jamais assez.

Mon seigneur, grand et miséricordieux, je vous demande de pardonner toutes mes fautes, mes failles et mes faiblesses .Je vous implore de veiller sur moi et sur tous ceux qui me sont chers, je vous supplie du plus profond de mon être de me mener à travers ce métier que vous avez choisi pour moi, vers plus de piété, de savoir et de don de soi.

Tout d'abord, je dédie cette thèse aux deux prunelles de mes yeux, mes très chers parents, j'espère que vous êtes fiers de moi :

Essayer de vous écrire, de vous décrire en quelques lignes est une tâche bien difficile, car aucun mot aucune phrase, aucune langue ne

pourrait traduire une infime partie de mes sentiments pour vous, j'essaierai...

A un grand homme un grand hommage

A toi mon papa chéri

Etre ta fille est un immense honneur, un très grand privilège qui m'a permis, au cours de ma modeste petite vie, d'admirer la grandeur de ton âme, la richesse de ton cœur, l'infinité de ton dévouement.

Etre ta fille me remplit de fierté et me comble de bonheur car tu es un exemple de droiture, d'honnêteté et de vertu. Tes qualités humaines, tes compétences professionnelles, tes actions associatives font de toi un homme exemplaire.

Tu t'es investi corps et âme dans notre éducation, les valeurs que tu nous as inculqué sont mon guide dans la vie. J'espère que tu trouveras dans ce modeste travail le témoignage

*d'un amour sans bornes, d'un profond respect,
d'une immense gratitude...*

*Puisse dieu, en ces moments difficiles que
tu traverses, apaiser ton chagrin. Puisse-t-il
te procurer santé, bonheur et longue vie.*

Merci, je t'aime

*Comme dans l'univers il y a un seul soleil,
dans ma vie aussi*

A sitti lhabaib mamati

*Pour moi, tu es une source inépuisable
d'amour, de tendresse et d'affection. J'ai
trouvé en toi une mère dévouée, une amie fidèle
et une confidente compréhensive.*

*Tu as fait preuve, des années durant, de
courage, de patience, de générosité et
d'altruisme. Tu étais prête à tous les
sacrifices pour faire de nous, tes enfants, ce
que nous sommes aujourd'hui.*

*Tes prières ont toujours été la source ou je
puise ma sérénité et mon réconfort .Je Te dédie*

*ce travail en gage d'un amour sans limites
.Dieu te préserve et te procure santé et longue
vie.*

Merci, je t'aime

*Je porte ton nom, il est aussi gravé à
tout*

jamais dans mon cœur

A mon autre moitié Nouredine

Tu mérites un hommage particulier car tu m'as accompagné au cours de ce parcours de longue haleine. Tu m'as épaulé, m'as soutenu quand j'en avais le plus besoin, m'as réconforté dans les moments les plus difficiles. Jamais, je n'oublierai tout ce que tu as fait pour moi.

Tu es d'une gentillesse, d'une modestie, d'une générosité sans égales. Je remercie dieu de m'avoir mis sur le chemin d'un homme aussi bon, aussi attentionné, aussi compréhensif, aussi croyant que toi.

Je partage avec toi la joie de voir aboutir ce travail, j'espère que tu y trouveras l'expression d'un attachement, une reconnaissance et un respect infinis...

*Je vous ai donné la vie, le contraire est
tout aussi vrai*

Car vous êtes toute ma vie

A mon petit cœur moulay al hassan

A ma petite princesse Amira

*Vous êtes un cadeau du ciel, un trésor
inestimable.*

*Vous avoir dans ma vie m'a rendu plus forte
plus responsable et plus épanouie.*

*Pardonnez- moi tout le stress que je vous ai
fait subir avant même que vous n'ayez vu le
jour. J'espère qu'un jour vous comprendrez.
J'espère qu'un jour vous serez fiers de moi.*

Je vous adore.

A mon âme et ma sœur, a mon âme sœur

A Mahati , Hassan, moulay ahmed et ghitouta

Tu sais très bien que tu tiens une place particulière dans mon cœur. Tu es l'amie de mon enfance, ma complice dans ma jeunesse et la confidente de toute ma vie.

Toutes jeunes, on nous prenait déjà pour des jumelles, on n'aurait pas dit que plus tard, ma vie serait ainsi calquée sur la tienne. C'est que dieu a exaucé mes prières et a tenu à nous garder toujours aussi proches .Je le remercie du fond du cœur de m'avoir offert cette magnifique sœur et amie que tu es.

En souvenir de tout ce que nous avons partagé, je te dédie ce travail en te souhaitant tout le bonheur du monde toi, Hassan, moulay et ghita.

Je vous aime

*Loin de mes yeux mais très proche de mon
coeur*

A mon adorable sœur china

*Tu es la source de gaieté, de joie de vivre
et de dynamisme pour toute notre petite
famille. Comment ne pas t'adorer toi qui es si
douce si gentille, si généreuse et si serviable
.Des kilomètres nous séparent, mais une très
grande amitié, une merveilleuse fratrie et un
profond amour nous unissent à tout jamais.*

*A toi, ma petite sœur protégée, je dédie ce
travail en te souhaitant tout le bonheur et la
réussite que tu mérites.*

Je t'aime

*Tu es un merveilleux jeune homme, mais à mes
yeux tu*

seras toujours mon petit frère chéri Hammad

*Entre nous, il y a toujours eu une
complicité, une entente et un attachement
particuliers. Je suis très heureuse de voir
qu'une nouvelle vie a commencé pour toi loin du
coquons familial, ca sera certainement une*

expérience enrichissante pour ton avenir .Je profite de ce travail pour te dire à quel point tu comptes pour moi et à quel point je suis fière de toi.

Je t'aime

A mes très chers beaux parents

Haj said et hajja fadma

Pour moi vous êtes un exemple de piété, de générosité et d'altruisme. Vous m'avez toujours témoigné votre confiance, votre affection et votre soutien. Puisse ce travail être l'expression de mon profond respect et le symbole de ma gratitude et ma tendresse.

Dieu vous préserve et vous procure santé et longue vie.

A toute ma belle famille

*Pour l'accueil chaleureux que vous m'avez
réservé, et en témoignage de mon profond
respect et de ma haute considération*

*A mes tantes et oncles, mes cousins et
mes cousines*

Aux familles : Lahlou, El Yalaoui

Toumi, Triqui, Tazi, Tanjaoui, Zaiimi

Achour, Mouline et Oualhaj

Aux familles Regragui, Berrady, Ejjar,

Sabik, Meghari, Chemaou et Benabdou

*Vous m'avez toujours témoigné votre
affection et attachement*

*Je vous dédie ce travail en guise de ma
profonde estime*

*Puisse dieu vous combler de bonheur et de
réussite*

A notre Maître, Président de thèse,

Madame le professeur Amina Berraho

Professeur d'ophtalmologie

Chef du service d'ophtalmologie

B Hôpital des spécialités- Rabat

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant la présidence de notre jury de thèse.

Votre culture scientifique, votre compétence et vos qualités humaines ont suscité en nous une grande admiration, et sont pour vos élèves un exemple à suivre.

Veillez accepter, cher Maître, l'assurance de notre estime et notre profond respect.

*A notre Maître, Rapporteur de thèse,
Monsieur le professeur Zakaria Mellal
Professeur agrégé d'ophtalmologie*

Vous nous avez confié ce travail sans aucune réserve. Nous souhaitons être digne de cet honneur.

Vous nous avez guidés tout au long de notre travail en nous apportons vos précieux et pertinents conseils. Nous vous remercions pour votre soutien lors de la réalisation de cette thèse.

Qu'il nous soit permis de vous exprimer notre gratitude, notre respect, et notre admiration pour votre compétence et la clarté de votre raisonnement .

*A notre Maître et Juge de thèse,
Monsieur le professeur Abdelkarim Boulanouar*

Professeur d'ophtalmologie

*Nous sommes particulièrement reconnaissant
pour l'honneur que vous nous faites en
acceptant de jurer notre travail.*

*Notre gratitude est grande pour l'intérêt
que vous avez montré à l'encontre de notre
travail.*

*Veillez trouver dans cet ouvrage le
témoignage de notre profonde reconnaissance et
respect.*

*A notre Maître et Juge de thèse,
Monsieur Le professeur Malik Boulaades
professeur agrégé de stomatologie
et de chirurgie maxillofaciale*

*Nous sommes très sensibles par l'honneur que
vous nous faites en acceptant de jurer notre
travail.*

*Veillez trouver à travers ce modeste
travail la manifestation de notre plus haute
estime et de nos sentiments les plus
respectueux.*

*A notre Maître et Juge de thèse,
Monsieur le Professeur Abdellah El Hassan
Professeur agrégé d'ophtalmologie*

*Nous sommes immensément touchés par
l'insigne honneur que vous nous faites en
acceptant de siéger parmi les membres du
jury de notre thèse.*

*Veillez trouver à travers ce modeste
travail l'expression de notre admiration
et nos sincères remerciements.*

Au docteur Hassan El Yalaoui

*Je tiens a te remercier profondément
pour l'aide que tu m'as apporté pour la
réalisation de ce travail.*

*Je te dédie cette thèse en témoignage
de mon respect et mon affection*

Sommaire

I. INTRODUCTION	2
II. RAPPELANATOMO-PHYSIOLOGIQUE	5
A. Embryologie	6
B. Anatomie	6
1. Anatomie descriptive	9
2. Anatomie chirurgicale	13
C. Physiologie	14
D. Epidémiologie	17
III. CLASSIFICATION DES TUMEURS	20
A. Les tumeurs épithéliales	20
1. Tumeurs cutanées	20
2. Tumeurs des glandes sébacées	28
3. Tumeurs des glandes sudoripares	29
4. Oncocytome	29
5. Papulose lymphoïde	29
B. Tumeurs mésenchymateuses	30
1. Tumeurs bénignes	30
2. Sarcomes	30
C. Tumeurs vasculaires	30
1. Angiomes	30
2. Sarcome de Kaposi	31
D. Tumeurs lymphoïdes	31
E. Tumeurs d'origine nerveuse	32
1. Tumeurs à cellules de Merkel	32
2. Neurofibromatose de von Recklinghausen	32
F. Tumeurs mélaniques	33

IV.RAPPEL THERAPEUTIQUE	35
A. Principes Thérapeutiques Chirurgicaux	35
1. Règles carcinologiques	35
2 Règles de reconstruction	40
B. Reconstruction palpébrale suite a une pathologie tumorale	42
1 Anesthésie	42
2. Déficit superficiel	43
3. Perte de substance de pleine épaisseur	44
a. Déficit Inférieur a 1/3 de la paupière	44
b. Déficit supérieur a 1/3 de la paupière	47
b.1. Greffes	48
b.2 Lambeaux	53
b.3 Paupière inférieure	55
b.4 Paupière supérieure.....	66
4. Traitements complémentaires	73
a. Cryochirurgie	73
b. Traitement par laser	74
c. Radiothérapie	75
d. Chimiothérapie	76
V.MATERIEL ET METHODES	78
✧ Patients :.....	78
✧ Méthodes :.....	78
✧ Observations	79
VI.RESULTATS :.....	97
1. Répartition selon les années	97

2. Répartition selon l'âge et le sexe	98
3. Résultats cliniques	99
a. Antécédents	99
b. Siège de la tumeur	100
c. Signes associés.....	103
4. Résultats paracliniques	104
5. Résultats Thérapeutiques	107
6. Résultats histologiques	112
7. Résultats postopératoires	112
VII. DISCUSSIONS	116
A. Aspects cliniques	116
B. Aspects paracliniques	119
C. Aspects étiologiques	119
D. Aspects thérapeutiques	120
E. Evolution post opératoire	122
CONCLUSION	125
RESUMES	127
BIBLIOGRAPHIE	132

Abréviations :

AI	: angle interne
AE	: angle externe
ANAPATH	: anatomopathologie
ANT	: antérieur
ATCD	: antécédents
CAM	: contre avis médical
F	: sexe féminin
HTA	: hypertension artérielle
INF	: inférieur
INO	: institut national d'oncologie
IRM i	: magerie par résonance magnétique
M	: sexe masculin
OD	: œil droit
OG	: œil gauche
ORL	: oto-rhino-laryngologie
PI	: paupière inférieure
POST	: postérieur
PS	: paupière supérieure
RAS	: rien à signaler
SUP	: supérieur
TDM	: examen tomodensitométrie



Introductio

I. INTRODUCTION :

La paupière a un rôle important dans la physiologie de l'œil. C'est d'abord un bouclier de protection pour le globe oculaire, mais elle assure également, par le clignement l'étalement du film lacrymal sur la cornée. Elle participe au maintien de la fonction optique mais également à l'hydratation et la nutrition cornéenne. L'examen de la paupière est donc un temps important à accorder à la consultation ophtalmologique.

L'inspection permet d'examiner la partie cutanée de la paupière et de détecter les anomalies qu'elle peut comporter. La finesse de cet organe, fait que toute lésion tumorale dans le tissu palpébral entraîne sa déformation .En plus de la gêne et du dysfonctionnement qu'une tumeur palpébrale peut susciter, elle porte atteinte à l'esthétique de la paupière .Tout ceci motivera une consultation d'ophtalmologie ou de dermatologie. Il est donc nécessaire, pour l'ophtalmologiste comme pour le dermatologue, de reconnaître la lésion et de maîtriser sa prise en charge.

L'examen clinique (aspect macroscopique de la tumeur) peut parfois suffire à poser le diagnostic d'une tumeur bénigne (naevi, xanthelasma, hydrocystome...) mais il est parfois difficile de la distinguer d' une tumeur maligne .Une biopsie ou une biopsie-exérèse dans le meilleur des cas, seront alors nécessaires : L'examen anatomopathologique de la biopsie permet grâce à une analyse microscopique de l'architecture histologique , de la composition cellulaire ou grâce à des investigations supplémentaires d'orienter le diagnostic.

Une tumeur bénigne nécessite généralement une simple surveillance (en dehors de certains syndromes (maladies métaboliques ou tumeurs tendant à la dégénérescence maligne) .Certains patients réclament un certain résultat esthétique même devant une tumeur bénigne, il est nécessaire alors pour l'ophtalmologiste de proposer le traitement adéquat à la tumeur tout en respectant la physiologie de la paupière.

Le temps chirurgical est la principale étape de la prise en charge d'une tumeur palpébrale, en particulier pour les lésions précancéreuses et cancéreuse, car ce traitement assure un meilleur pronostic.

Il existe d'autres traitements, lorsque la chirurgie est contre indiquée ou en complément de celle-ci tel la radiothérapie .Celle ci donne des résultats satisfaisants, tant sur le plan carcinologique, qu'esthétique et fonctionnel. Les deux techniques utilisées comprennent la radiothérapie externe et la curiethérapie.

En dehors des rares cas où la chimiothérapie peut être indiquée en première intention (métastases, lymphomes), ce type de traitement est réservée à des formes particulières dont les carcinomes baso-cellulaires extensifs ou multiples récidivants ne pouvant être excisés (xéroderma pigmentosum). La chimiothérapie, associant la cisplatine et la doxorubicine, peut amener à des rémissions ou à des réductions à une taille chirurgicale.

Pour le traitement par les rayons laser, les lésions bénignes en sont les indications préférentielles, en particulier si leur traitement chirurgical risque d'induire des complications fonctionnelles ou esthétiques.

Les tumeurs malignes ou même cliniquement suspectes sont justiciables d'autres techniques.

Nous avons choisi de développer, dans cette thèse, la chirurgie en raison de son importance dans la pathologie tumorale palpébrale et de l'implication de l'ophtalmologiste dans ce temps de la prise en charge thérapeutique. La reconstruction chirurgicale de la paupière devra respecter sa physiologie pour la protection du globe et de sa fonction. Mais il est également fondamental de prendre soin de l'aspect esthétique lors de cette reconstruction. Le regard étant l'un des éléments important dans l'esthétique du visage, une reconstruction disgracieuse induit souvent un retentissement psychologique important notamment en cas de diagnostic de malignité.

Cette thèse est une modeste contribution qui pourrait servir dans la pratique quotidienne de l'ophtalmologiste, Il ne s'agit donc pas de décrire toutes les formes possibles de tumeurs palpébrales et tous les traitements réalisables. Nous nous sommes intéressés aux tumeurs palpébrales les plus fréquentes et les plus caractéristiques selon l'analyse anatomopathologique.



**Rappel
anatomo-
Physiologiqu**

II. RAPPELANATOMO-PHYSIOLOGIQUE :

A. Embryologie : [38;24]

Le développement embryologique des paupières débute à la quatrième ou cinquième semaine de gestation, à partir d'une condensation du mésoblaste avec l'ectoderme. Elles apparaissent à la septième semaine de la vie embryonnaire sous forme de deux bourrelets circulaires qui fusionnent à la neuvième ou dixième semaine de gestation, délimitant ainsi la future fente palpébrale. Se développent alors progressivement les muscles, les glandes et les follicules pileux. Après kératinisation des bords libres, se produit alors la séparation des deux paupières (septième mois de gestation). Plusieurs phénomènes seraient intriqués dans la maturation palpébrale : les mouvements palpébraux, la production de sécrétions méibomiennes et la kératinisation des bords libres.

B. Anatomie : [36 ; 38 ;47 ;54 ;65 ;76]

Les paupières sont des lames cutané-musculo-membraneuses mobiles, qui recouvrent et protègent la partie antérieure du globe. La paupière supérieure est plus mobile que la paupière inférieure recouvrant totalement la cornée lors de sa fermeture.

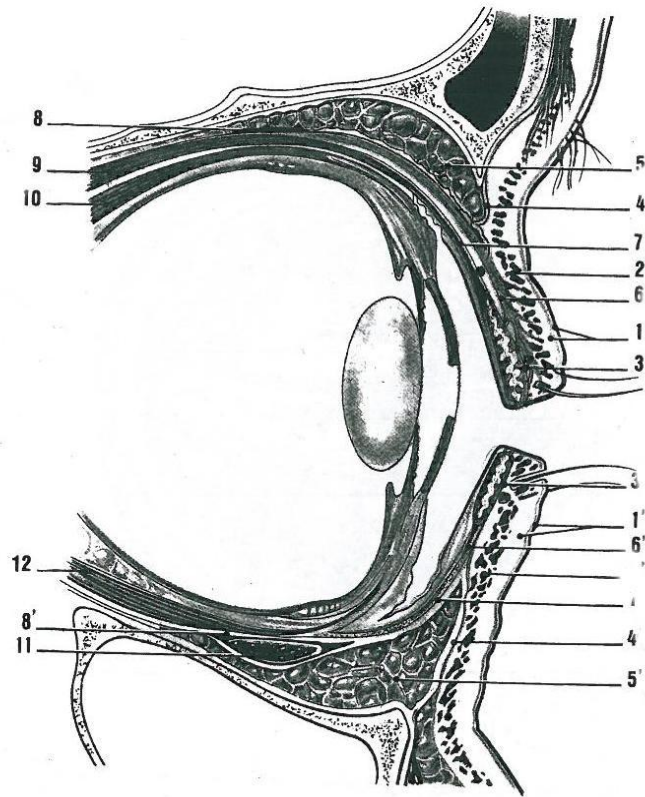


Fig. 1 Paupières supérieure et inférieure : aspect structural. Vue en coupe (d'après Zide, Jelks et Luce).

- 1.1'. Peau et tissu sous-cutané.
- 2.2'. Muscle orbiculaire.
- 3.3'. Tarse.
- 4.4'. Septum orbitaire.
- 5.5'. Graisse orbitaire.
- 6.6'. Aponévrose du releveur. Aponévrose palpébrale inférieure.
- 7.7'. Muscle de Müller. Muscle de Horner.
- 8.8'. Ligament de Whitnall. Ligament de Lockwood.
- 9. Releveur de la paupière supérieure.
- 10. Muscle droit supérieur.
- 11. Muscle petit oblique.
- 12. Muscle droit inférieur.

Les numéros identiques (de 1.1' à 8.8') indiquent les structures des paupières supérieure et inférieure anatomiquement et fonctionnellement analogues.

Schéma N°1 : Coupe sagittale de l'œil montrant les différents constituants de la paupière [4]

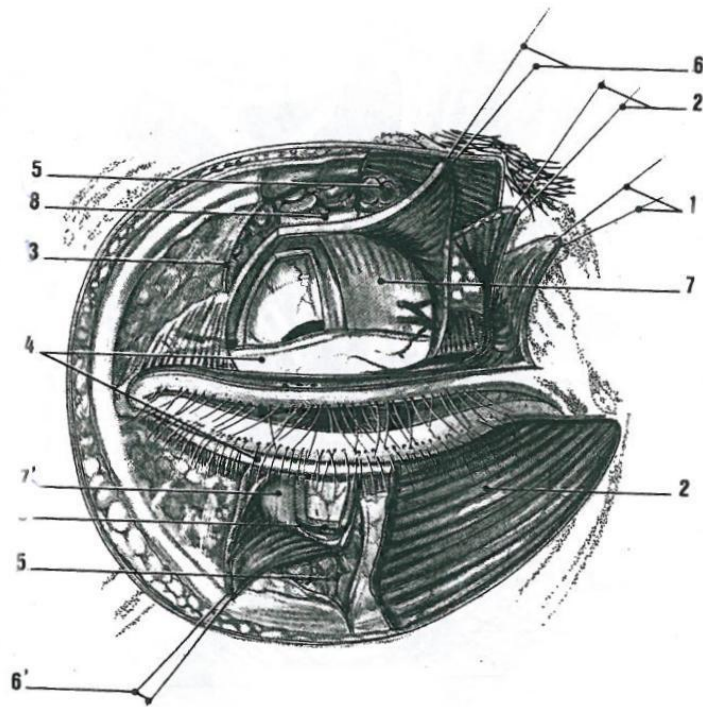


Fig. 2 Paupières supérieure et inférieure : aspect structural (d'après Zide, Jelks et Luce).

1. Peau et tissu sous-cutané.
 2. Muscle orbiculaire.
 3. Septum orbitaire.
 4. Tarse.
 5. Graisse orbitaire.
 6. Aponévrose du releveur.
 - 6'. Aponévrose palpébrale inférieure : extension du fascia capsulo-palpébral au bord inférieur du tarse.
 7. Muscle de Müller.
 - 7'. Muscle de Horner.
 8. Ligament de Whitnall.
 - 8'. Ligament de Lockwood.
- Les numéros identiques (6, 6', 7, 7') indiquent les structures des paupières supérieure et inférieure anatomiquement et fonctionnellement analogues.

Schéma N° 2 montrant les plans qui constituent la paupière [4]

1. Anatomie descriptive : (11 ;22 ;41 ;45 ;54 ;72)

Chaque paupière possède 2 faces antérieure et postérieure, un bord libre, et 2 angles.

- **La face antérieure** : chaque paupière présente un pli cutané parallèle au bord libre appelé sillon orbito-palpébral ce sillon divise la paupière en 2 parties :
 - Une portion tarsale située du bord libre au sillon.
 - Une portion orbitaire ou septale située entre la portion tarsale et le rebord orbitaire.

La face postérieure : elle est recouverte par la conjonctive tarsale.

➤ **Les bords libres** :

Ils mesurent 2,5 à 3 cm de long et 2 à 3 mm d'épaisseur. Ils délimitent la fente palpébrale. Chaque bord libre est divisé par le tubercule lacrymal en 2 portions inégales :

Portion lacrymale: située en dedans du point lacrymal, elle est dépourvue de cils, les 2 portions supérieure et inférieure constituent l'angle interne.

Portion ciliaire : la plus longue (4/5 du bord libre), située en dehors du point lacrymal. Sa lèvre antérieure sert d'implantation aux cils avec les glandes sudoripares et sébacées qui leurs sont annexés. Sa lèvre postérieure est le siège des orifices des glandes de Meibomius. Les 2 lèvres sont séparées par la ligne grise.

➤ **Les angles :**

Au nombre de 2, l'angle externe ou canthus externe et l'angle interne ou canthus interne.

➤ **Structure des paupières :**

Les paupières sont formées de la profondeur à la superficie par : un plan muqueux, un plan musculaire profond, un plan fibro-élastique, un plan musculaire superficiel et un plan cutané.

➤ **Plan muqueux : formé par la conjonctive tarsale.**

➤ **Plan musculaire profond :** Sa constitution est différente qu'il s'agit de la paupière supérieure ou inférieure.

Pour la paupière supérieure le muscle releveur de la paupière supérieure est le plus important. Il commande l'ouverture palpébrale. Il naît de l'apex orbitaire chemine entre le toit de l'orbite et le muscle droit supérieur et s'insère essentiellement sur la face antérieure du tarse par l'intermédiaire de son aponévrose. Il est innervé par la 3^{ème} paire crânienne (nerf oculomoteur commun). Les autres muscles sont : le muscle de Müller, le muscle droit supérieur et le muscle grand oblique.

Pour la paupière inférieure, ce plan comprend: le muscle droit inférieur, le muscle petit oblique? Le muscle de Müller et les rétracteurs de la paupière inférieure.

➤ **Plan fibro-élastique:** Comprend 2 parties, le tarse et le septum orbitaire.

- Le tarse est une lame fibreuse, épaisse et résistante qui donne la rigidité à la paupière. Dans son épaisseur se logent les glandes de Meibomius. Le tarse supérieur est plus grand que le tarse inférieur. Les torses sont amarrés au rebord orbitaire par les ligaments palpébraux à savoir le ligament palpébral externe et ligament palpébral interne qui possède 2 chefs antérieur et postérieur entre lesquels siège le sac lacrymal.
- Le septum orbitaire est une lame fibreuse qui relie le bord périphérique des torses au rebord orbitaire délimitant ainsi la loge orbitaire.

➤ **Le plan musculaire superficiel :**

Constitué essentiellement par le muscle orbiculaire des paupières. C'est une lamelle musculaire, formée de faisceaux ovalaires concentriques à la fente palpébrale. Ce muscle est divisé en 2 parties, orbitaire et palpébrale. Il est responsable de l'occlusion palpébrale et du clignement (reflex et volontaire). Il est innervé par le nerf facial.

➤ **Le plan cutané :** constitué par la peau palpébrale qui est particulièrement fine et souple (la plus fine de l'organisme).

Les téguments palpébraux sont caractérisés par la présence d'un sillon très marqué en paupière supérieure, moins marqué en paupière inférieure.

En paupière supérieure, le sillon palpébral correspond à l'insertion cutanée de l'aponévrose du muscle releveur.

Il divise les téguments en deux zones : une zone pré-septale au-dessus du sillon, lâche, ayant tendance à devenir excédentaire avec l'âge et pouvant donc constituer une source de prélèvement pour la chirurgie reconstructrice ou être partiellement réséquée en cas de demande de rajeunissement. Au-dessous du sillon palpébral se présente une zone pré-tarsale, lisse, bien tendue sur le globe oculaire. Ce sillon présente un grand intérêt chirurgical: il permet d'aborder la paupière en dissimulant au mieux la cicatrice de l'incision.

En paupière inférieure, le sillon palpébral correspond à l'insertion des rétracteurs de la paupière inférieure au bord inférieur du tarse.

Il divise les téguments en deux portions : au-dessus du sillon une portion pré-tarsale et au-dessous du sillon une portion pré-septale se distendant faiblement et ne pouvant en aucun cas être considérée comme une réserve cutanée analogue à celle de la paupière supérieure.

La peau palpébrale est la plus fine de l'organisme, d'autant que l'on se rapproche du bord libre. Elle est marquée par différents reliefs : au niveau du canthus interne par l'insertion du tendon canthal médial, au niveau du canthus externe par les rides d'expression que constitue la patte d'oie.

Le bord libre des paupières présente un segment latéral ciliaire formé de 2 à 3 rangées de cils en paupière supérieure assez fournies et 1 à 2 rangées en paupière inférieure moins fournies. La portion ciliaire s'arrête au niveau du segment lacrymal qui comprend le point lacrymal et le canalicule lacrymal qui drainent les larmes vers le sac lacrymal.

2. Anatomie chirurgicale : (22 ; 45 ;54)

Sur le plan chirurgical il faut retenir que la paupière présente deux lamelles, une lamelle antérieure comprenant la peau et l'orbiculaire et une lamelle postérieure faite du tarse et de la conjonctive.

En paupière supérieure, la lamelle postérieure se prolonge avec le muscle releveur de la paupière supérieure (innervé par la troisième paire crânienne : III) et son aponévrose ainsi que le muscle de Müller (innervé par le sympathique) et en paupière inférieure avec les rétracteurs de la paupière inférieure.

En paupière supérieure la graisse orbitaire se répartit en deux compartiments : pré-septal avec le coussinet adipeux sourcilier et rétro-septal avec l'organe en rouleau et la loge graisseuse interne. En paupière inférieure, la graisse orbitaire se répartit en trois loges rétro-septales : latérale, médiane et médiale qui présentent l'intérêt d'être directement accessibles par voie conjonctivale. Suivant la disposition de la lipoptose liée au vieillissement, la lipectomie à visée esthétique portera sur l'une et/ou l'autre de ces loges graisseuses.

✧ Fonctions palpébrales à préserver lors de la chirurgie

Plusieurs fonctions palpébrales sont à préserver lors de la chirurgie.

L'esthétique des paupières joue un rôle essentiel dans l'expression du visage et dans le regard grâce à la symétrie des sourcils, des sillons palpébraux, des poches graisseuses, de la hauteur et du contour du bord libre palpébral.

Les paupières ont pour fonction essentielle de protéger l'œil.

La paupière supérieure, mobile, doit pouvoir couvrir totalement l'oeil pendant le clignement et le sommeil. Elle contribue aussi à l'étalement du film lacrymal.

La paupière inférieure, plus statique, participe avec la paupière supérieure au drainage des larmes en permettant de les évacuer vers le nez, le muscle orbiculaire jouant un rôle fondamental dans la pompe lacrymale.

C. Physiologie :

Les paupières assurent la protection du contenu orbitaire, surtout la partie antérieure de l'oeil et, grâce au clignement, l'étalement du film lacrymal sur la cornée, le balayage des cellules exfoliées et des poussières et s'opposent à l'agression des corps étrangers ; elles protègent la rétine contre l'éblouissement.

Les paupières ouvertes délimitent la fente palpébrale, ovale légèrement oblique en haut et en dehors ; dans le regard de face, la paupière supérieure recouvre la cornée sur un ou deux millimètres tandis que la paupière inférieure tangente le limbe.

➤ Les mouvements palpébraux :

Les mouvements des paupières sont sous la dépendance de deux muscles antagonistes : l'orbiculaire qui assure la fermeture de la fente palpébrale, et le releveur de la paupière supérieure qui assure son ouverture. L'orbiculaire est innervé par le nerf facial, le releveur de la paupière supérieure est innervé par le nerf oculomoteur commun.

A l'état d'éveil, le tonus musculaire du releveur de la paupière supérieure l'emporte sur celui de l'orbiculaire. Pendant le sommeil, c'est le tonus de l'orbiculaire qui est prédominant. La fermeture palpébrale, qui est donc caractéristique de l'état de sommeil peut également survenir à l'état d'éveil de manière volontaire ou réflexe. Cette fermeture résulte de la mise en action de l'orbiculaire et de l'inhibition du releveur.

➤ **Le clignement :**

Le clignement est une occlusion fugace de la fente palpébrale, symétrique bilatérale et rythmique. Due à une contraction de l'orbiculaire. Il peut être spontané, réflexe ou volontaire.

➤ **Clignement spontané :** la fermeture est brève (un quinzième de seconde), de durée inférieure à celle de la post-image, donc ne gêne pas la vision. Elle est peu intense résultant de la contraction de la portion palpébrale de l'orbiculaire uniquement. Sa fréquence est extrêmement variable, en moyenne 10 à 20 clignements par minute ; de nombreux facteurs interviennent, psychique (la colère augmente la fréquence) ou physique (toute cause irritante favorise le clignement). Son rôle est important : humidifie la cornée, repose le releveur et permet la régénération des pigments rétinien.

➤ **Clignement réflexe :** c'est un réflexe de protection. Il est toujours bilatéral. On distingue :

- Réflexe sensitif : L'affleurement de la cornée provoque une occlusion palpébrale de défense qui est très sensible. L'attouchement des cils provoque un clignement.

- Réflexes à la percussion : la percussion de certains points de la tête provoquent une occlusion palpébrale (ex. région sus orbitaire, front ...).
- Réflexe optico-palpébral : ce sont le réflexe à l'éblouissement et le réflexe à la menace.
- Réflexe auriculo-palpébral : un bruit intense provoque une occlusion palpébrale plus ou moins complète.

➤ **Clignement volontaire** : il met en jeu les deux portions palpébrales et orbitaires de l'orbiculaire. Il est plus long que le clignement réflexe. Il est extrêmement varié selon les désirs du sujet.

✧ Les mouvements associés à ceux des paupières :

Mouvements oculaires associés aux mouvements des paupières : au cours de la fermeture des paupières, l'œil tourne vers le haut (» 15°). Ce phénomène est bilatéral et se produit même si la fermeture palpébrale est impossible c'est le signe de Charles Bell de la paralysie faciale. C'est une défense supplémentaire de les lors du sommeil. Chez 35 % des sujets, la contraction de l'orbiculaire entraîne un myosis.

Mouvements palpébraux associés à ceux du globe : dans le regard vers le haut, la paupière supérieure s'élève légèrement ce qui permet d'éviter que la pupille soit cachée. Dans le regard vers le bas, la paupière supérieure suit le globe et la paupière inférieure se rétracte.

Fonctions palpébrales à préserver lors de la chirurgie

Plusieurs fonctions palpébrales sont à préserver lors de la chirurgie.

L'esthétique des paupières joue un rôle essentiel dans l'expression du visage et dans le regard grâce à la symétrie des sourcils, des sillons palpébraux, des poches graisseuses, de la hauteur et du contour du bord libre palpébral.

Les paupières ont pour fonction essentielle de protéger l'œil.

La paupière supérieure, mobile, doit pouvoir couvrir totalement l'œil pendant le clignement et le sommeil. Elle contribue aussi à l'étalement du film lacrymal.

La paupière inférieure, plus statique, participe avec la paupière supérieure au drainage des larmes en permettant de les évacuer vers le nez, le muscle orbiculaire jouant un rôle fondamental dans la pompe lacrymale.

D. Epidémiologie : [8 ; 35 ;51 ;61]

Les statistiques concernant la fréquence et la distribution des tumeurs palpébrales sont variables. Un biais statistique affecte les données des grands centres, où sont adressés les cas les plus difficiles. Les variations géographiques d'ensoleillement, la pigmentation cutanée, l'âge moyen de la population sont des facteurs déterminants du type de tumeurs cutanées rencontrées. Récemment, une différence importante dans la fréquence du carcinome sébacé a été mise en évidence entre les données d'Europe et des USA et celles d'Asie, où ce carcinome est fréquent, occupant la deuxième place derrière le carcinome basocellulaire. En Asie, cette forte incidence est liée à une importante prévalence d'infection par les différents virus du papillome humain (HPV). Un rôle important de ces virus dans la genèse du carcinome sébacé est évoqué. Ces

virus seraient également impliqués dans le carcinome épidermoïde palpébral et conjonctival.

Que les lésions soient néoplasiques (carcinome) ou pré-néoplasiques (kératose actinique), il est utile de préciser les habitudes d'exposition solaire du patient et de compléter le traitement de la tumeur proprement dite par une prise en charge de cette exposition solaire. Les moyens actuels de photo protection sont d'une grande efficacité, à condition d'être correctement appliqués. Il est admis que l'amincissement de la couche d'ozone, ainsi que les expositions solaires cumulées au cours de l'existence auront pour effet une augmentation importante des carcinomes cutanés auxquels les médecins et les ophtalmologistes auront à faire face dans les années à venir.

La fréquence du mélanome augmente sensiblement. Il survient de plus en plus précocement, voire même chez l'adulte jeune.



**Classification
des tumeurs**

III.CLASSIFICATION DES TUMEURS : [4 ; 28 ;48 ;67 ;78]

A. Les tumeurs épithéliales :

1.Tumeurs cutanées :

a .Tumeurs bénignes : (43 ; 44 ;65)

➤ *Papillome* :

C'est une prolifération épithéliale bénigne donnant une lésion surélevée sur les plans voisins .

CLINIQUE : Il apparaît comme une tumeur pédiculée, rosée, friable unique ou le plus souvent multiples et rapprochées .

ETIOLOGIE : une étiologie virale est suspectée chez l'enfant devant des papillomes multiples.

➤ *Keratose senile ou solaire* :

C'est la plus fréquente des dermatoses précancéreuses.

CLINIQUE : Elle apparaît chez le sujet de plus de cinquante ans de race blanche , sur les parties découvertes, comme des taches brunes parfois érodées , ou papillomateuses, le plus souvent recouvertes d'un enduit kératosique desquamant facilement.

EVOLUTION : une transformation est possible en épithélioma basocellulaire ou spinocellulaire , généralement de faible malignité.

➤ *Keratose seborrhéique (verruve séborrhéique)* :

C'est une lésion cutanées les plus fréquemment rencontrées au niveau des paupières, observée essentiellement à la deuxième moitié de la vie.

CLINIQUE : Elle apparaît comme une lésion brune ou noire, bien limitée, discrètement surélevée, de consistance molle ou friable, unique ou multiple.

➤ *kerato-acanthome* :

C'est une lésion bénigne, apparaissant chez les sujets de plus de cinquante ans de race caucasienne et caractérisée par une production exagérée et localisée de kératine.

CLINIQUE : en peau saine il apparaît une papule rosée qui grandit rapidement et atteint en 6 à 8 semaines une taille maximale de 1 à 2 cm de diamètre. Cette lésion fait nettement saillie sur le plan cutané. Elle présente un bourrelet périphérique globuleux, le centre déprimé est rempli de kératine. Sa couleur est rose clair, les limites en sont nettes. L'évolution se fait vers la régression spontanée en plusieurs mois. Les récurrences sont possibles. L'aspect est quelquefois évocateur d'un épithélioma spinocellulaire.

➤ *Kératose folliculaire inversée* :

La face en est le lieu de prédilection.

CLINIQUE : elle se présente comme un nodule isolé papillomateux ou verruqueux, apparaissant surtout chez l'homme entre 20 et 80 ans ; le diamètre est inférieure à 5mm, cette lésion peut récidiver après ablation.

➤ *Tricho-épithéliome* :

Il s'agit de petites tumeurs cutanées, souvent familiales ou héréditaires. C'est un hamartome annexiel orienté vers la production de poils dans la lésion.

CLINIQUE : Il apparaît comme un nodule isolé ou en petits nombre, de petite taille, jaune rosé ou bleuté tendant à augmenter de volume pour atteindre une taille de quelques millimètres, au maximum un centimètre.

EVOLUTION : Elle est en général lente et bénigne ; une transformation maligne épithéliomateuse est possible.

➤ ***Pilomatrixome (tumeur calcifiée de malherbe)***

Elle apparaît sur les paupières ou les sourcils chez l'enfant ou l'adulte jeune .

CLINIQUE : Elle se présente comme un nodule cutané d'une dureté pierreuse, dont la couleur va du rose au pourpre avec quelques points jaunâtres. Elle grossit peu, jusqu'à 10mm au maximum .La peau aux alentours est le siège de télangiectasies.

EVOLUTION : L'évolution est bénigne, et il survient rarement des récurrences après l'ablation chirurgicale.

➤ ***Molluscum contagiosum :***

Il se présente sous forme de petites élevures cutanées, globuleuses, ombiliquées .Il résulte de la transformation des cellules épithéliales sous l'action d'un poxvirus.

CLINIQUE : Il se présente comme des papules des paupières ou du bord libre, de petite taille, avec un centre ombiliqué .Si la lésion siège au niveau d'un bord libre, les inclusions sont libérées dans le sac conjonctival, provoquant une conjonctivite ou une kératite.

b. Tumeurs malignes :

FREQUENCE : L'épithélioma basocellulaire est la tumeur la plus fréquente au niveau des paupières. Il représente 90% des des tumeurs malignes de la région orbitaire selon Reese. Le rapport des épithélioma basocellulaire/spinocellulaire est de 39 sur 1 selon Kwitko au niveau des paupières. Sur 1184 lésions palpébrales ou malignes, Henkind dénombre 209 basocellulaires (17 ,6%)et 11 spinocellulaires (0 ,9%). Les tumeurs bénignes de la surface épithéliales décrites précédemment représentent 15,8% des cas.

➤ *Carcinome intraepithelial (maladie de bowen)*

CLINIQUE :Il se présente comme des placards un peu saillants bien délimités dont l'évolution se ferait assez souvent mais très lentement vers un épithélioma baso ou spinocellulaire.

Diagnostis différentiel : Il est quelquefois difficile avec celui de kératose séborrhéique irritée.

Evolution : la transformation en épithélioma est très rare.

➤ *Carcinome ou epithelioma basocellulaire : [13]*

C'est la tumeur palpébrale la plus fréquente , touchant le plus souvent la paupière inférieure puis le canthus interne et la paupière supérieure .Le canthus externe en est la localisation al moins fréquente. Elle survient surtout après 60ans mais le nombre de cas découvert entre 20 et 40 ans augmente. Le terrain de prédilection semble être le sujet de peau claire ayant subi une exposition solaire importante, sans prédominance de sexe.

CLINIQUE : Il existe de nombreuses formes cliniques :

- épithélioma perlé : la forme la plus fréquente ; elle réalise une saillie grisâtre indolore légèrement indurée, réfléchissant la lumière cette saillie augmente de taille de taille et s'entoure d'autres lésions perlées , les cils tombent.
- épithélioma plan cicatriciel : au début c'est une plaque indurée qui s'ulcère ensuite et se recouvre de squames brunes réalisant une cicatrice plate. Elle s'étend en surface et cicatrisant au centre .
- épithélioma végétant : papillome d'aspect bénin ,il augmente de volume puis se déprime au centre, s'ulcère et se couvre de néovaisseaux.
- épithélioma pigmenté : peut prêter à confusion avec un mélanome mais il est bordé de perles épithéliomateuses de pigmentation irrégulière, son évolution est plus lente.
- épithélioma ulcéré : On trouve l'ulcus rodens , l'épithélioma térébrant et l'épithélioma infecté.

Selon la différenciation cellulaire on distingue des carcinomes kératinisants ou pilaires, adénoïdes, adamantinoïdes et bowénoïdes.

Selon l'existence ou non de phénomènes dégénératifs et le type de stromaréaction, on décrit des carcinomes pseudokystiques, cylindromateux et sclérodermiformes.)

PRONOSTIC : Le risque de métastases est très faible , l'extension est locorégionale.

➤ *Noeumatose baso-cellulaire ou syndrome de gorlin :*

Décrit par Gorlin en 1960 , ce syndrome associe plusieurs types d'atteintes :

- atteinte cutanéomuqueuse (peut comprendre des noevis basocellulaires multiples avec des poussées évolutives lors de la grossesse, des épithéliomas basocellulaires multiples ou une kératose palmoplantaire)
- atteinte maxilo-dentaire : kystes maxilodentaires ou malformations variées.
- atteintes osseuses : anomalies costales , vertébrales ou des mains .
- atteintes diverses : nerveuses, psychiques , génitales, endocriniennes ou oculaires.

➤ *Carcinome spinocellulaire :*

C'est la deuxième tumeur maligne rencontrée mais elle 30 à 40 fois moins fréquente qu'un épithélioma basocellulaire. Ces tumeurs apparaissent très souvent sur une dermatose préexistante : kératose sénile, radiodermite, cicatrice de brûlures ou de lupus.

CLINIQUE : Dans quelques cas, la forme de début est une corne cutanée. Le plus souvent la lésion apparaît comme un nodule dur et induré , devenant végétant ou ulcérovégétant , avec un fond irrégulier plus ou moins infiltrant.

PRONOSTIC : Le risque de métastases est réel pour le carcinome spinocellulaire à l'opposé du basocellulaire . Le pronostic serait meilleur pour ceux qui se développent sur le versant conjonctival. Ils disséminent surtout par

voie lymphatique (cœur,poumon) ; parfois le long du trijumeau (atteinte cérébrale).

FACTEURS PRONOSTICS : Borders a classé des carcinomes malpighiens en 4 types de gravité croissante selon le pourcentage de cellules différenciées au sein de la prolifération tumorale ; le pronostic le plus défavorable(type IV) correspond à la présence de moins de 25% de cellules différenciées dans la tumeur.

Freidmann et Collont plus récemment proposés pour les carcinomes malpighiens du corps et des extrémités une classification basée sur l'importance de l'épaisseur de la prolifération tumorale.

De 0 à 4 mm, il n'y aura pas de récurrences , pas de métastase et une exérèse limitée, dans ce cas serait suffisante . De 4 à 8 mm, il y a risque de récurrence et une exérèse large est souhaitable .Si la tumeur a plus de 8 mm , il y a un risque de métastases important , d'où la nécessité d'associer un curage ganglionnaire à une exérèse large.

➤ ***Xeroderma pigmentosum*** :

C'est une maladie à transmission autosomique récessive en rapport avec un trouble de la réparation de l'ADN et des cellules cutanées, induites par l'exposition au soleil. C'est l'enzyme qui excise les zones altérées –ADN endonucléase- qui fait défaut .Il en résulte des altérations précoces de la peau à l'exposition soleil, qui débutent par un érythème avec des taches pigmentaires vers l'âge de 1 à 2 ans. Puis apparaissent des lésions d'atrophie cutanée, des zones hyperpigmentées et des télangiectasies. Enfin dès l'enfance ou l'adolescence, on voit apparaître sur la peau des tumeurs diverses : carcinome spinocellulaire, basocellulaires plus rarement des fibrosarcomes .Des mélanomes malins apparaissent 3% des sujets atteints de xeroderma pigmentosum.

On peut parfois trouver des manifestations oculaires : conjonctivites kératites, opacités cornéenne et parfois manifestations neurologiques (microcéphalie, ataxie cérébelleuse, retard de croissance).

➤ ***Incontinentia pigmenti*** :

Il s'agit d'une maladie héréditaire liée au chromosome x qui à l'état hétérozygote chez la femme entraîne un état peu grave, tandis que chez l'homme le trouble entraîne une mort in utéro, ce qui explique la prédominance féminine de la maladie.

Elle évolue en trois phases : un stade inflammatoire à la naissance, un stade verruqueux après quelques semaines ou mois puis un stade pigmentaire. La gravité de la maladie est liée au risque d'apparition de carcinome spino ou basocellulaire ou de mélanocarcinome.

2. Tumeurs des glandes sébacées :

➤ *Adenomes :*

CLINIQUE : l'adénome sébacé est une tumeur bénigne rare , qui se présente comme un nodule ferme et jaunâtre.

➤ *Adenocarcinome :*

Il peuvent survenir au dépend des glandes de Zeiss, des glandes sébacées de la peau ou des glandes de meibomius . Ils surviennent à tout âge avec cependant une prédilection pour la soixantaine, sans prédominance de race ou de sexe.

CLINIQUE : se présente habituellement comme une masse assez volumineuse, avec fréquemment la notion de chalazion récidivant incisé. Aussi devant un chalazion ne cédant pas à des traitements chirurgicaux répétés, doit-on faire une biopsie. Il se présente aussi comme une paupière d'aspect inflammatoire, ou un aspect plus malin à type d'induration ou ulcération à la peau.

Il s'étend soit directement à l'orbite soit par métastase lymphatiques (adénopathies préauriculaires et sous maxillaires et la chaîne cervicale). Les métastases les plus fréquentes sont le poumon, le foie, le cerveau, le péricarde et les os.

3. Tumeurs des glandes sudoripares :

a. Tumeurs bénignes :

➤ *Syringome* :

C'est une tumeur relativement fréquente se présentant comme une petite papule molle , de 1 à 2 mm ,jaunâtre souvent multiple ressemblant à du milium.

➤ *Hydradenome Nodulaire A Cellules Claires*

Se présente comme un nodule ferme, parfois bleuté, souvent encapsulé et alors entourée d'une coque épaisse le plus souvent kystique.

b : Tumeurs malignes (hydradénocarcinome)

Ces tumeurs seraient un peu plus fréquentes que les adénocarcinomes sébacés. Elles surviennent le plus souvent entre 60 et 80 ans.

La tumeur se présente comme un nodule ferme ou kystique d'aspect inflammatoire, il reste longtemps indolore. Il peut survenir sur les paupières supérieures ou inférieures ou le canthus interne et pourra envahir l'orbite et l'os sous-jacent.

4. Oncocytome :

C'est une tumeur relativement bénigne extrêmement rare, se localisant préférentiellement au niveau du canthus interne. Elle apparaît chez les sujets de plus de soixante ans avec une prépondérance féminine.

5. Papulose lymphoïde :

C'est une affection cutanée rare.

La lésion initiale est une papule érythémateuse évoluant vers un nodule pouvant s'ulcérer .Elle évolue en une guérison spontanée en un à plusieurs mois.

B. Tumeurs mésenchymateuses :

1. Tumeurs bénignes :

On a décrit des fibromes, des lipomes, des rhabdomyomes, des leiomyomes, des myxomes et des chondromes.

2. Sarcomes :

Le type rhabdomyosaromateux est la tumeur orbitaire maligne la plus fréquente chez le jeune enfant. Elle pourra se présenter comme une masse palpébrale ferme, qui grandit rapidement en quelques semaines. Son pronostic est très mauvais malgré le traitement.

C. Tumeurs vasculaires :

1. Angiomes [64 ; 89]

➤ *Angiome capillaire* :

Il peut occuper une petite partie de la paupière ou toute la face .

Angiome tubéreux :

Il se présente comme une formation lobulée, rouge vif, en relief de croissance rapide, apparaissant chez l'enfant et pouvant régresser spontanément vers 6 ans .

➤ *Angiome caverneux* :

Superficiels, ils forment des tumeurs surélevées, de consistance molle, rouge ou violettes. Ils peuvent être plus profonds, sous cutanés. L'évolution peut être rapide et il est indispensable avant toute chirurgie de pratiquer une exploration radiologique, car ils peuvent communiquer avec un angiome orbitaire.

2. Sarcome de Kaposi :

CLINIQUE : Il se présente comme une plaque érythémato-angiomateuse avec des nodules bleutés ou violacés.

EVOLUTION : Il entre actuellement le plus souvent dans le cadre du syndrome d'immunodéficience acquise, son pronostic est donc lié à l'autre localisation et aux infections opportunistes associées.

D. Tumeurs lymphoïdes :

➤ *Mycosis fongoïde :*

Ce lymphome T-épidermotrope apparaît comme des placards infiltrés, avec une érythrodermie

➤ *Lymphome malin non hodgkinien :*

Non épidermotrope , il se caractérise par le respect de l'épiderme, il se présente comme des nodules ou des tumeurs ulcérées.

➤ *Maladie de hodgkin :*

Sa localisation palpébrale est très rare.

➤ *Leucémies :*

Il s'agit en particulier de la leucémie lymphoïde chronique.

E. Tumeurs d'origine nerveuse :

1. Tumeurs à cellules de Merkel :

Les tumeurs à cellules de Merkel palpébrales sont rares souvent confondues avec des lymphomes ou des carcinomes à petites cellules. Ce sont des tumeurs probablement d'origine neuroendocrine. Leur origine à partir de cellules de Merkel de l'épiderme est mise en doute ; il convient donc de l'appeler carcinome neuroendocrinien cutané.

EVOLUTION : Le seul traitement approprié est l'exérèse large afin d'éviter la récurrence locale. Les métastases ganglionnaires sont très fréquentes. La radiothérapie est inefficace, n'empêchant ni la récurrence locale ni les métastases à distance.

2. Neurofibromatose de von Recklinghausen [10 ; 32]

C'est une maladie systémique caractérisée par la prolifération diffuse des cellules de la gaine de schwann des nerfs périphériques. C'est une maladie héréditaire dont la fréquence est de 1 pour 3000, mais elle peut apparaître isolément par mutation génétique.

CLINIQUE : Elle apparaît fréquemment au niveau de la paupière supérieure dans la partie externe, donnant au bord libre une forme en « S ». Elle peut être responsable d'un ptosis sévère ou d'un ectropion palpébral. Lorsqu'on palpe la tumeur, une sensation de fibres « vermicelles » peut être utile au diagnostic. Enfin, on recherchera sur la peau les taches « café au lait » présentes dès les premières années de la vie. La diffusion de la tumeur à l'orbite, à la conjonctive, à l'uvéa, au canal optique est assez fréquente.

TRAITEMENT : Les localisations palpébrales de cette pathologie méritent le plus souvent une simple surveillance. L'exérèse chirurgicale est possible mais ne guérit pas, la tumeur continue à grossir par la suite. Les indications de la chirurgie sont soit douleurs oculaires, soit ptôsis ou ectropion importants, soit des dégâts esthétiques majeurs.

F. Tumeurs mélaniques :

➤ *Noevi [26]*

Lentigo :

CLINIQUE : Il apparaît sur des zones non exposées au soleil comme une macule pigmentée (jaune ou noire) , parfois peu saillante .

Noevus pigmenté banal :

C'est la tumeur pigmentée la plus courante .

CLINIQUE : de taille variable , elle varie du jaune au noir, la surface est lisse ou verruqueuse.

Mélanocarcinomes: [5 ; 29 ;42 ;62 ;79]

Ils apparaissent sur peau saine ou sur un noevus préexistant. Celui –ci sera suspect dès qu'il se modifiera (taille , couleur, hémorragie, douleur)

Classification histogénétique des mélanomes malins



**Rappel
thérapeutiq
ue**

IV.RAPPEL THERAPEUTIQUE : [97]

A. Principes Thérapeutiques Chirurgicaux [19 ; 96]

1. Règles carcinologiques :

La plupart des auteurs s'accordent désormais à préférer la chirurgie chaque fois que cela est possible.

Quel que soit le degré de suspicion clinique, le traitement des tumeurs palpébrales doit satisfaire les principes généraux de la chirurgie carcinologique. Il convient d'abord d'évaluer soigneusement la tumeur et son degré d'infiltration clinique. En cas de doute sur le diagnostic, ou de suspicion de franche malignité (carcinome sébacé, carcinome épidermoïde, mélanome,...), on choisira d'établir d'abord la nature de la tumeur grâce à une biopsie diagnostique (*incisional biopsy*) et de poursuivre l'exérèse dans un second temps. Pour une lésion étendue, plusieurs biopsies sont pratiquées et identifiées. En cas de lésion ulcérée, il est préférable de biopsier la périphérie de la lésion en incluant du tissu normal. Le prélèvement doit être suffisamment profond pour éviter de ne prendre que du tissu réactionnel périlésionnel. Tous les fragments obtenus doivent être soumis, car il arrive que seul le plus petit soit révélateur. Dans la mesure du possible, il faut éviter les artefacts produits par la coagulation ou l'écrasement.

Dans les cas simples, on procède d'emblée à son exérèse (*excisional biopsy*).

Afin d'optimiser l'examen anatomopathologique, le chirurgien se doit de communiquer toutes les informations utiles, comme l'âge et le sexe du patient, l'évolution de la tumeur, l'existence d'une précédente intervention, la concomitance d'une pathologie générale, et surtout l'hypothèse diagnostique clinique. Plus particulièrement, il faut orienter la pièce opératoire, avant tout grâce à un dessin clair ou par un fil de *Nylon* (qui peut même être coupé avec la pièce, au contraire de la soie), ou une photographie. En cas de doute, il ne faut pas hésiter à inviter le pathologiste à venir personnellement en salle d'opération où il pourra par exemple indiquer le meilleur endroit pour une biopsie ou se rendre compte du champ opératoire.

En ce qui concerne la fixation, la meilleure solution est d'envoyer sur le champ la pièce fraîche, c'est-à-dire non fixée, au laboratoire. Toutefois, les petits fragments se dessèchent très vite, et il est préférable de les fixer instantanément, plutôt que d'attendre la fin de l'intervention. En général, il faut prévoir un volume de fixateur environ égal à dix fois celui de la pièce à fixer (par exemple un globe lors d'une énucléation). Le liquide de Bouin ou le formaldéhyde à 10 % sont les fixateurs les plus courants. Si l'on choisit de réfrigérer la pièce, il faut la mettre à 4 °C, et ne surtout pas la congeler. Dans la grande majorité des cas, il est correct de fixer la biopsie d'emblée. Toutefois, dans les lésions lymphomateuses ou métastatiques, certaines techniques d'immunohistochimie ou de recherche de récepteurs hormonaux requièrent du tissu frais non fixé. De même, si l'on suspecte un carcinome sébacé, il vaut mieux soumettre le tissu frais, car le processus de préparation histologique dissout les vésicules intracellulaires de graisse dont l'identification est indispensable au diagnostic. Dans tous les cas de figure, on ne pourrait trop insister sur l'intérêt de communiquer étroitement avec le pathologiste. L'évaluation des marges de résection est une précaution pour éviter la récurrence.

L'examen extemporané est souvent adéquat pour assurer la présence de tissu pathologique, connaître sa nature, et compléter sa résection. Toutefois, l'évaluation extemporanée est peu fiable dans le cas de certaines tumeurs comme le carcinome baso-cellulaire sclérodermiforme, le carcinome sébacé, les tumeurs sclérosantes et les lésions pigmentées. Même l'examen de tissu correctement fixé a ses limites, par exemple en cas de tumeurs qui peuvent donner lieu à des foyers d'extension locale séparés de la lésion principale par des zones de tissu sain (*skip areas*).

Au total, trois techniques peuvent être proposées pour l'évaluation des marges de résection :

✧ Excision avec examen extemporané

On recommande d'exciser en bloc la lésion, en gardant une marge de sécurité d'environ 3 à 4 mm dans toutes les directions s'il s'agit d'un carcinome baso-cellulaire, de 5 mm en cas de carcinome sébacé et de 4 mm en cas de carcinome épidermoïde [71]. Puis des languettes sont prélevées en toute épaisseur sur les bords de l'excision, repérées et fixées par le froid pour un examen extemporané qui guidera sur l'éventuel élargissement de l'excision. Cette technique n'est pas utilisable pour la graisse orbitaire ni pour l'os. Si l'anatomopathologiste répond qu'une ou plusieurs languettes sont envahies, le chirurgien prélève de nouvelles languettes numérotées en regard de celles envahies jusqu'à ce que l'anatomopathologiste ne retrouve pas d'envahissement tumoral. La reconstruction peut avoir alors lieu dans le même temps opératoire.

Il faut souligner pour cette technique l'importance de pratiquer un dessin orienté des pièces opératoires et des languettes numérotées, afin de bien élargir l'excision en regard de la languette envahie.

✧ Technique de fixation rapide

C'est une technique en deux temps éventuels. Elle consiste à prélever des fragments, comme pour la technique précédente, mais à les analyser cette fois-ci selon les techniques de fixation histologiques habituelles, ce qui nécessite, même de façon rapide environ 24 heures jusqu'à la fin de la lecture.

Il est donc possible, soit de réaliser la réparation du déficit tissulaire dans le même temps opératoire mais en prévenant le patient et l'hospitalisation qu'une nouvelle intervention peut être réalisée le lendemain en cas d'exérèse insuffisante, soit de différer la réparation tissulaire comme dans la technique de Mohs, au moment où l'anatomo-pathologiste répond que l'exérèse est totale. Ses indications sont celles de l'insuffisance de l'examen extemporané : carcinome baso-cellulaire sclérodermiforme, carcinome glandulaire sébacé, carcinome à cellules de Merkel, mélanomes.

✧ Chirurgie micrographique de Mohs [59,80]

Surtout pratiquée aux États-Unis, elle a suscité l'apparition d'une sous spécialité de chirurgiens dermatologues qui pratique la première étape de chirurgie micrographique de Mohs. C'est la technique chirurgicale spécialisée qui permet le meilleur contrôle d'exérèse de n'importe quel cancer cutané, tout en conservant le maximum de tissu sain.[83]

Cette technique convient particulièrement aux tumeurs cutanées périoculaires qui sont caractérisées par une croissance continue, et qui ont une faible tendance à métastaser. Dans la pratique, le spécialiste en chirurgie micrographique procède dans un premier temps à l'exérèse tumorale, tandis que le chirurgien oculoplastique se charge de la reconstruction secondairement. Les deux temps opératoires peuvent être séparés de quelques jours, le plus souvent de 24 à 48 heures. Ses indications comprennent essentiellement toute tumeur qui ne peut être interprétée de façon fiable sur coupe en congélation. Ces lésions comprennent certains carcinomes baso-cellulaires, le carcinome épidermoïde, le carcinome *in situ* et le kératoacanthome. Certaines néoplasies, comme le carcinome sébacé et le mélanome, se distinguent par une croissance discontinue où l'on retrouve des îlots séparés de la tumeur principale (*skip areas*) et par un potentiel métastatique. De ce fait, ces tumeurs représentent les limites de fiabilité de la technique. Néanmoins, cette technique reste la meilleure possible, par exemple, en cas de carcinome baso-cellulaire morphéiforme récurrent. La technique consiste à d'abord enlever le plus gros de la tumeur (*debulking*), puis à prélever des tranches marginales de 1 à 4 mm d'épaisseur sur tout le pourtour de la lésion tumorale et suivant une topographie minutieuse. Les marges sont prélevées par morceaux de 5 à 10 mm de diamètre environ qui sont tous numérotés, coloriés et répertoriés sur un diagramme. Un technicien d'anatomopathologie procède alors à la coupe en congélation de chaque pièce dans le plan de la tranche, de sorte que toutes les faces chirurgicales soient visualisées sur une même lame. Les fragments positifs font l'objet d'une reprise d'exérèse jusqu'à la négativation de toutes les lames. Particulièrement performante pour les lésions superficielles, cette technique n'est toutefois pas utilisable dès que les tissus orbitaires sont envahis. S'il subsiste un doute à l'examen en coupe à congélation, l'examen

anatomopathologique sur fixation permanente reste toujours possible. Remarquons que cette technique dans sa forme actuelle diffère quelque peu de la technique originale, où les tissus étaient fixés sur le vivant, ce qui retardait les reprises des marges de parfois plusieurs jours. Malgré sa lourdeur en équipement et en temps, et son coût en termes de compétences nécessaires, cette technique reste aujourd'hui une méthode d'excellence. Les études montrent qu'en l'absence d'examen extemporané, environ 50 % des excrèses sont incomplètes [71]. Cette technique qui n'est disponible que dans certains centres spécialisés est très longue et coûteuse.

Pour ces tumeurs agressives, si les Anglo-Saxons affirment que le meilleur traitement est la chirurgie de Mohs, réservée à des centres spécialisés, avec un taux de récurrence inférieur à 2%, une étude française récente montre un taux de récurrence très satisfaisant puisqu'il est de 0,7% à 4 ans avec la chirurgie associée à l'examen extemporané. Avec examen extemporané [71], le taux de récurrence est très bas (<1 %).

2 Règles de reconstruction : [27 ; 31 ;55 ;73 ;79]

a . Règle de mustardé :

Suivant la règle des quarts de Mustardé, les déficits de moins d'un quart de longueur totale chez le jeune, et de moins d'un tiers chez le sujet âgé, peuvent être réparés par rapprochement simple complété parfois d'une canthotomie avec un résultat esthétique et fonctionnel satisfaisant.

Un déficit plus important nécessite un apport de tissus pour combler le déficit en respectant l'anatomie palpébrale et sa fonction.

b. Reconstruction En deux plans:

La paupière peut chirurgicalement être divisée en deux plans

- une lamelle antérieure constituée par un plan superficiel cutanéomusculaire ;
- une lamelle postérieure formée par un plan profond tarso-conjonctival.

Ces deux différents plans se réunissent au niveau de la marge palpébrale au bord libre des paupières. La reconstruction doit respecter ces deux plans.

Si on choisit de combler la perte de substance par des greffes ou des lambeaux, il est déconseillé de superposer plusieurs greffons, car il y a un fort risque de nécrose. Il est préférable d'associer un greffon à un lambeau qui apportera la vascularisation. Les associations les plus fréquentes sont un lambeau cutané avec une greffe tarso-conjonctivale, une greffe cutanée avec un lambeau tarso-conjonctival, et un lambeau cutané avec lambeau tarso-conjonctival.[2]

La reconstruction doit d'abord restaurer l'intégrité et la fonction de la paupière supérieure qui est la plus importante. Les principes de reconstruction ne sont donc pas identiques en paupière supérieure et inférieure non seulement par la différence topographique mais également par l'importance fonctionnelle privilégiée de la paupière supérieure. La reconstruction des paupières sera donc traitée séparément dans le chapitre dédié.

Pour restaurer la statique palpébrale, il est indispensable de reconstituer d'abord une marge palpébrale stable et la bonne position des tendons canthaux interne et externe, sur le tubercule de Whitnall et la crête lacrymale postérieure. Les voies lacrymales seront respectées ou reconstruites dans le même temps opératoire si possible.

B. Reconstruction palpébrale suite a une pathologie tumorale [50 ; 70 ;93 ;94]

Le développement des procédures chirurgicales suit la règle de Mustardé développé précédemment.

1 Anesthésie

Pour les exérèses concernant moins d'un tiers de la paupière, une anesthésie locorégionale est la meilleure alternative. En effet le risque vital d'une anesthésie générale peut être évité compte tenu de la durée acceptable de l'intervention : exérèse de la lésion et suture par rapprochement bord à bord en tissu macroscopiquement sain.

Des infiltrations de lidocaine 2% (Xylocaine®2%) autour de la lésion, de superficie en profondeur avec une aiguille 30 G sont réalisées, après s'être assuré par une aspiration, du site extravasculaire de l'injection. L'association de la lidocaine à l'épinéphrine (Xylocaine®adréliné 2%) est intéressante, car elle diminue le risque d'hématome et raccourcit le temps de l'hémostase par thermocoagulation. A noter que la thermocoagulation est à éviter autour de la pièce opératoire destinée à l'anatomopathologiste, car elle rend l'analyse des limites d'exérèse, difficile. L'adjonction de bicarbonate de sodium à 1/3 de la seringue permet une alcalinisation de la lidocaine diminuant alors la douleur au moment de l'injection sans diminuer l'efficacité de l'anesthésie per opératoire.

L'anesthésie générale est souhaitable dans les autres cas. Lorsque l'exérèse est supérieure à 1/3 de la paupière, la reconstruction nécessite un temps d'intervention plus long, inconfortable pour le patient. De même, lorsqu'un examen extemporané est demandé. Pour les lésions du canthus qui nécessitent une nouvelle canthopexie, au temps opératoire s'ajoute la douleur, induit par la fixation au périoste du néo tendon, difficilement soulagé par une anesthésie locorégionale, indiquant l'anesthésie générale.

2. Déficit superficiel

a. Technique Du « LAISSER FAIRE »

En cas de perte de substance superficielle peu étendue, il est parfois intéressant d'utiliser la technique du « laisser-faire » qui donnera un meilleur résultat esthétique qu'une greffe ou lambeau. Elle consiste pour un déficit purement myocutané (ce qui est fréquent dans la commissure interne) ou comportant peu de déficit tarsoconjunctival à attendre sur plusieurs semaines la cicatrisation. Ce type de reconstruction spontanée convient tout à fait aux déficits de la commissure interne mais sa lenteur fait souvent préférer une greffe sauf si le tissu avoisinant est de mauvaise qualité. L'exérèse de la tumeur est suivie par une hémostase soigneuse. La cicatrisation se fait spontanément, aidée par l'application de Tulle gras et de pommade vitamine A.

b. Reconstruction d'une perte de substance superficielle

Elles intéressent le plan cutané et parfois l'orbiculaire.

Si le déficit est peu étendu, un simple décollement des berges cutanées avec rapprochement bord à bord suffit à combler le déficit. Il s'agit d'une simple plastie cutanée de glissement.

Si le déficit est modéré et ne dépasse pas un quart de la longueur de la paupière, on peut utiliser un simple glissement cutané ou totaliser la perte de substance en créant volontairement un déficit de pleine épaisseur d'un quart de longueur palpébrale. La fermeture du déficit se fait alors par rapprochement bord à bord avec suture soigneuse en trois plans.

Si le déficit cutané est étendu, une greffe de peau s'impose afin d'éviter toute rétraction palpébrale. A chaque fois que cela est possible, la greffe couvrira l'ensemble de l'unité palpébrale. En paupière supérieure, il est possible de faire une greffe dermo-épidermique. En paupière inférieure, il est recommandé de faire une greffe de peau totale, afin de résister à l'effet de pesanteur. Si le déficit cutané est étendu et s'accompagne d'un déficit plus profond du muscle orbiculaire, mieux vaut utiliser un lambeau de voisinage plus épais qu'une greffe.

3. Perte de substance de pleine épaisseur

a. Déficit Inférieur a 1/3 de la paupière

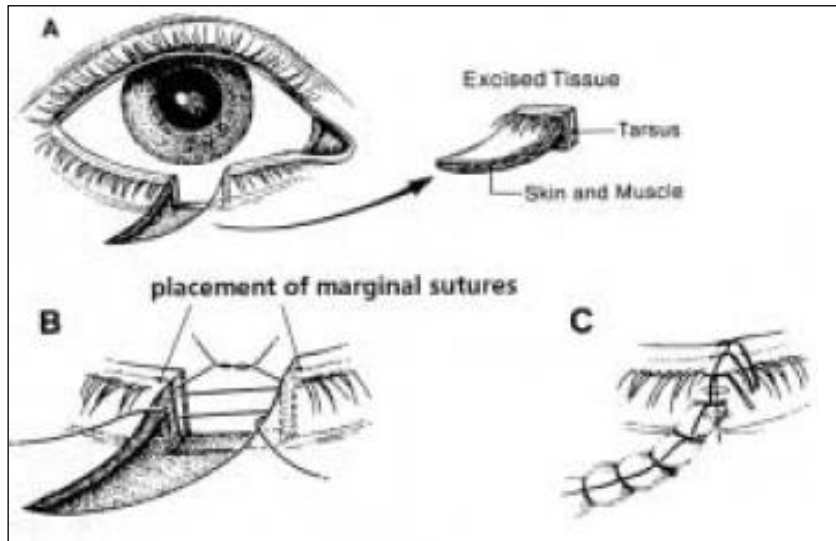
Si le déficit est inférieur ou égal à un quart de la longueur de la paupière, voire un tiers chez le sujet âgé où il existe un relâchement des tissus, la

reconstruction peut se faire par simple rapprochement bord à bord [7]. Les sutures se font en trois plans comme dans une résection pentagonale simple.

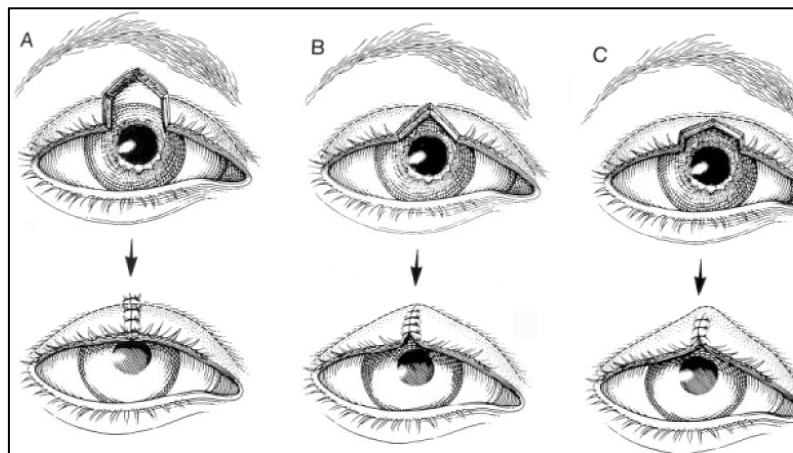
Techniquement, la suture des bords palpébraux sera réalisée en deux plans :

- Les targes sont d'abord rapprochés, par du fil résorbable, Vicryl® 5/0 :
 - Un point lâche est posé sur le tarse de la marge afin de vérifier si la suture du tarse respecte la continuité du bord libre et éviter « une marche d'escalier » ;
 - Puis des points profonds (ou surjet) rapprochent les bords, en nouant le fil sur le versant musculo-cutané afin d'éviter une abrasion cornéenne dû au frottement des noeuds en position tarso-conjonctival.
 - Le releveur de la paupière supérieure ou les rétracteurs de la paupière inférieure sont réinsérés au plan tarso-conjonctival pour restaurer la dynamique.
- Le plan musculo-cutané est suturée avec du fil non résorbable tissé, Soie®6/0 :
 - Deux à trois points sont placés au niveau du bord libre pour restaurer la marge; un point est placé sur la ligne grise, consolidé par un point de part et d'autre.
 - Les chefs de ces points marginaux seront rabattus dans les noeuds de la suture cutanée.
 - La suture par des points séparés cutané-orbitaire termine le geste.

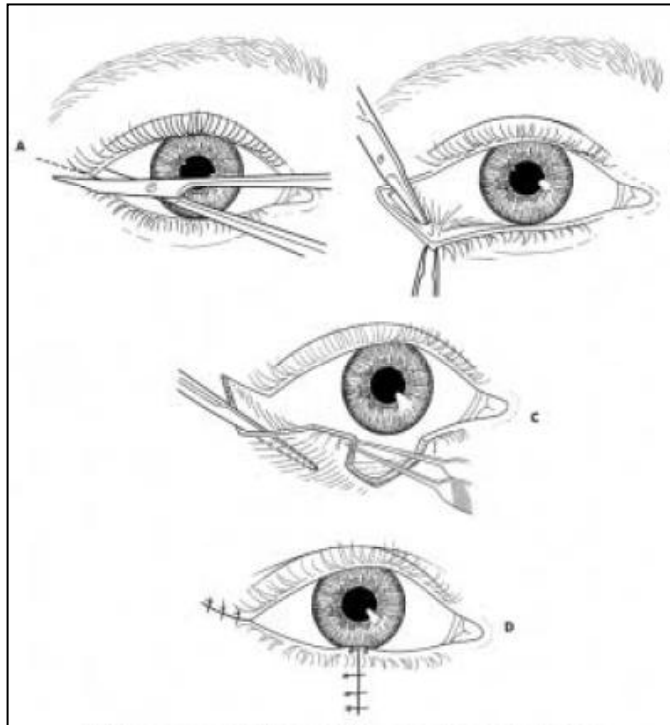
Les points cutanéés devront être retirés au 8^{ème} jour tandis que les points de la marge doivent rester en place jusqu'au 15^{ème} jour.



En paupière supérieure, exciser un pentagone dont les cotés soient placés au bord supérieure du tarse pour obtenir, une marge palpébrale continue.



En cas de tension excessive, une canthotomie latérale. La commissure externe de l'œil est coupé aux ciseaux afin d'obtenir une suture sans traction sur Les berges.



b. Déficit supérieur a 1/3 de la paupière

Selon la règle du tiers de Mustardé , il est nécessaire d'apporter du tissu pour la reconstruction palpébrale quand le déficit est supérieur à 1/3.[7]

Afin de limiter le risque de nécrose, il est nécessaire de combler le déficit tissulaire en combinant :

- une greffe (autogreffe, ici, transplantation de tissu d'un site donneur pour remplacer la zone lésée receveur; la survie du greffon se fait par colonisation vasculaire par les berges du site receveur) ;

- lambeau (transplants qui remplacent une zone lésée de voisinage en conservant un pédicule vasculaire rattaché au site donneur).

b.1. Greffes

Les greffes utilisées en chirurgie plastique palpébrale recouvrent les greffes cutanées, les greffes muqueuses, les greffes de cartilage, et les greffes composées comme les greffes muco-palatines.

b.1.1 Greffes cutanées

Elles sont de deux types [7] :

✧ *soit la greffe dermo-épidermique ;*

La greffe dermo-épidermique fine est prélevée avec un dermatome sur une zone glabre et plane (face interne du bras ou de la cuisse).

Ses principaux inconvénients sont

- une pigmentation secondaire inesthétique ;
- surtout une rétraction secondaire (1/3 de surface) gênante si elle n'a pas été prévue lors du temps opératoire.

✧ *soit la greffe de peau totale.*

Les greffes de peau totale diffèrent de la précédente par l'épaisseur du greffon, par l'absence de pigmentation et de rétraction secondaire. Les sites de prélèvement les plus fréquents sont le dermatochalazis de la paupière supérieure et la région rétro-auriculaire. La taille du greffon doit s'adapter à la surface réceptrice.

Techniquement, le prélèvement et la mise en place de la greffe de peau totale comporte

- exposition de la zone de prélèvement ;
- marquage des limites de la greffe prélevée ;
- infiltration intradermique d'une solution de sérum adrénalinée pour obtenir une surface plane exsangue ;
- incision et dissection de la greffe à l'aide d'une lame de bistouri en ne prenant que l'épiderme et le chorion et en laissant le tissu graisseux ;
- fermeture de la zone de prélèvement après avoir largement décollé les bords et fait l'hémostase ;
- mise en place du greffon au niveau du site d'exérèse cutanée et sutures soigneuses avec des points séparés de Soie® 6/0.

La mise en place d'un bourdonnet pendant deux à quatre jours permet une bonne application du greffon sur le site d'exérèse et empêche la constitution de toute collection liquidienne sous le greffon.

b1.2. Greffes de muqueuses

Elles sont utilisées pour la reconstruction des pertes de substance conjonctivale et pour le plan profond muqueux d'une reconstruction palpébrale.

➤ La greffe conjonctivale, excellente, se heurte au problème de la taille du prélèvement qui reste limitée. Le tissu est prélevé dans le fornix supérieur après avoir largement infiltré la conjonctive, sans fermeture au niveau de la zone de prélèvement, à condition d'avoir laissé la capsule de Tenon.

➤ La greffe de muqueuse buccale est abondante et présente une plus grande résistance à la rétraction. Le prélèvement est plus aisé au niveau de la lèvre inférieure ou supérieure. De plus, la muqueuse labiale est plus fine que la muqueuse jugale.

La technique de prélèvement comporte

- une exposition de la lèvre avec éversion par deux crochets de Gillies ;
- une large infiltration sous-muqueuse d'une solution de sérum adrénaliné ou de Xylocaïne adrénalinée®. L'excision de la greffe se fait au bistouri. Le greffon ainsi prélevé est dégraissé sur sa face postérieure avant sa mise en place.

La muqueuse labiale n'est pas suturée. L'épithélialisation se fait entre 48 heures et 8 jours. Des bains de bouche sont prescrits après chaque repas pour une dizaine de jours.

b.1.3 Greffes de cartilage.

Les greffes de cartilage sont prélevées au niveau du cartilage auriculaire (conque de l'oreille), toujours après infiltration de la zone de prélèvement.

- exposition de la zone de prélèvement ;
- marquage des limites de la greffe prélevée ;
- infiltration intradermique d'une solution de sérum adrénalinée pour obtenir une surface plane exsangue ;
- incision et dissection de la greffe à l'aide d'une lame de bistouri après dissection de l'épiderme et le chorion en regard ;

- fermeture de la zone de prélèvement après avoir décollé les bords et fait l'hémostase ;
- mise en place du greffon au niveau du site d'exérèse et sutures soigneuses avec des points séparés de Vicryl®5/0.

L'hémostase rigoureuse et la mise en place d'un pansement compressif permettent d'éviter tout hématome à ce niveau.

b.1.4 Greffes composées

Elles réalisent des greffes bi ou pluri-tissulaires. Elles permettent la reconstruction de la lamelle postérieure dans une reconstruction palpébrale. Le greffon de choix dans les reconstructions palpébrales est le greffon tarso-conjonctival.

➤ Les greffes tarso-conjonctivales sont prélevées en paupière supérieure saine et permettent une reconstruction du plan profond en paupière supérieure ou inférieure. Ce prélèvement ne peut être fait en paupière inférieure en raison de la faible hauteur du tarse à ce niveau.

La technique de prélèvement comporte

- une éversion de la paupière sur plaque ou sur écarteur de Desmarres ;
- le dessin de la zone de prélèvement situé à environ 4 mm du bord libre afin d'éviter un entropion cicatriciel
- infiltration sous conjonctivale d'une solution de sérum adrénalinée
- l'incision est réalisée au bistouri après infiltration.
- mise en place du greffon au niveau du site d'exérèse et sutures soigneuses avec des points séparés de Vicryl® 5/0.

La zone de prélèvement ne nécessite pas de suture, et n'entraîne aucune conséquence sur la motilité de la paupière supérieure.

➤ Les greffes mucopalatines sont faciles à prélever et présentent une excellente qualité du fait de leur rigidité et de leur bonne tolérance pour la surface oculaire.

La technique de prélèvement comporte

- mise en place d'un ouvre bouche, assurant une bonne visibilité de la zone donneuse et la pose d'un packing ;
- ce prélèvement se fait au niveau du palais rigide, à distance de la ligne médiane et des racines dentaires, le greffon est dessiné
- infiltration palatine d'une solution de sérum adrénalinée
- prélevé au bistouri
- mise en place du greffon au niveau du site d'exérèse et sutures soigneuses avec des points séparés de Vicryl® 5/0.

La zone donneuse n'est pas suturée, mais une gaze hémostatique type Surgicel® peut être appliquée.

Le principal inconvénient de ce prélèvement est le risque hémorragique du site donneur, du 5^e au 8^e jour lors de la chute d'escarre. Le patient devra être prévenu de ce risque et disposer à son domicile de gaze hémostatique pour comprimer en cas de saignement.

➤ La greffe tarso-marginale de Hubner, réalise un transplant palpébral de pleine épaisseur, excepté la partie cutanée qui est retirée.

La technique consiste

- en un marquage sur la paupière homologue contro-latérale à la mutilation, du prélèvement en forme de pentagone dont la longueur est égale au quart de la longueur palpébrale ;
- excision monobloc du prélèvement de pleine épaisseur aux ciseaux droits
- fermeture de la zone de prélèvement par sutures en trois plans et transposition de la greffe au niveau du déficit controlatéral après avoir enlevé la partie cutané-orbitaire du transplant à 2 mm de la marge palpébrale avec des points séparés de Vicryl® 5/0.

b.2 Lambeaux [85 ;99]

Les lambeaux s'opposent aux greffes libres en ce sens qu'il s'agit de transplants toujours pédiculés. Tout lambeau nécessite que l'on préserve sa vascularisation (conservation de tissu cellulaire porte-vaisseaux, taille d'un lambeau suffisamment large, direction des prélèvements dans l'axe d'un pédicule vasculaire, aucune traction ni torsion), que l'on étudie sa forme, sa taille et son épaisseur avant de l'inciser.

Le lambeau étant ainsi prélevé, la fermeture de la zone de prélèvement se fait soit par simple rapprochement bord à bord après décollement, soit par un autre lambeau ou une greffe.

Les lambeaux en chirurgie palpébrale sont des lambeaux de voisinage dont on distingue plusieurs variétés. [7]

b.2.1 Lambeau de glissement / de translation

Il est taillé aux dépens de la zone contiguë et vient recouvrir la perte de substance sans enjamber de zone saine. Il répond au décollement étendu des berges d'une perte de substance. Il s'agit généralement d'un lambeau myocutané.

b.2.2. Lambeau d'avancement

Il fait appel à deux variétés principales : la plastie YV et la plastie en U (taille d'un lambeau perpendiculaire à l'axe d'une perte de substance à combler).

b.2.3. Lambeau de rotation

Ils sont très utilisés en chirurgie plastique. En chirurgie palpébrale, c'est le lambeau d'Imre qui est le plus connu (réparation de la paupière inférieure).

Il est indispensable de prendre des mesures exactes du lambeau avant d'inciser : en particulier la distance qui sépare le pied du lambeau de son extrémité doit être égale à la distance qui existe entre le pied du lambeau et la partie la plus éloignée de la perte de substance. En outre, la longueur du lambeau ne doit pas dépasser en général une fois et demie sa largeur.

b.2.4 Lambeaux de rotation-avancement temporo-jugal

b.2.5. Lambeaux par transposition

Ils sont prélevés à distance de la perte de substance et transféré vers celle-ci en enjambant une zone saine. Ils nécessitent un soulèvement puis un déplacement pour obtenir une mise en place.

Parmi ces lambeaux, citons le lambeau frontal pour les reconstructions de la commissure interne, le lambeau de transposition temporal supraorbitaire et le lambeau frontotemporal peu utilisé.

b.2.6 Lambeau tarsoconjunctival

Il prélevé en paupière supérieure pour permettre de reconstruire le plan profond d'une mutilation palpébrale inférieure de pleine épaisseur.

Techniquement :

- Everser la paupière supérieure sur une plaque.
- Inciser le tarse à 3-4 mm du bord libre, parallèlement.
- Inciser chaque extrémité verticalement, jusqu'au bord supérieur du tarse.
- Disséquer la face antérieure du tarse afin de libérer le lambeau tarsoconjunctival qui doit pendre à l'extrémité de la conjonctive du cul-de-sac.
- Suturer le bord inférieur du lambeau à la conjonctive restante de la paupière inférieure.

L'utilisation d'un greffon est indépendante de la localisation du déficit tissulaire. Par contre le lambeau de par sa propriété d'être pédiculé doit s'adapter à la zone d'exérèse. Les différents lambeaux seront donc traités selon la topographie lésionnelle (paupière supérieure et paupière inférieure).

b.3 Paupière inférieure [73]

Pour les déficits supérieurs à un quart voire un tiers de la longueur totale de la paupière inférieure, on différencie les mutilations à direction verticale, des mutilations marginales. [7]

b.3.1. Mutilations à direction verticale :

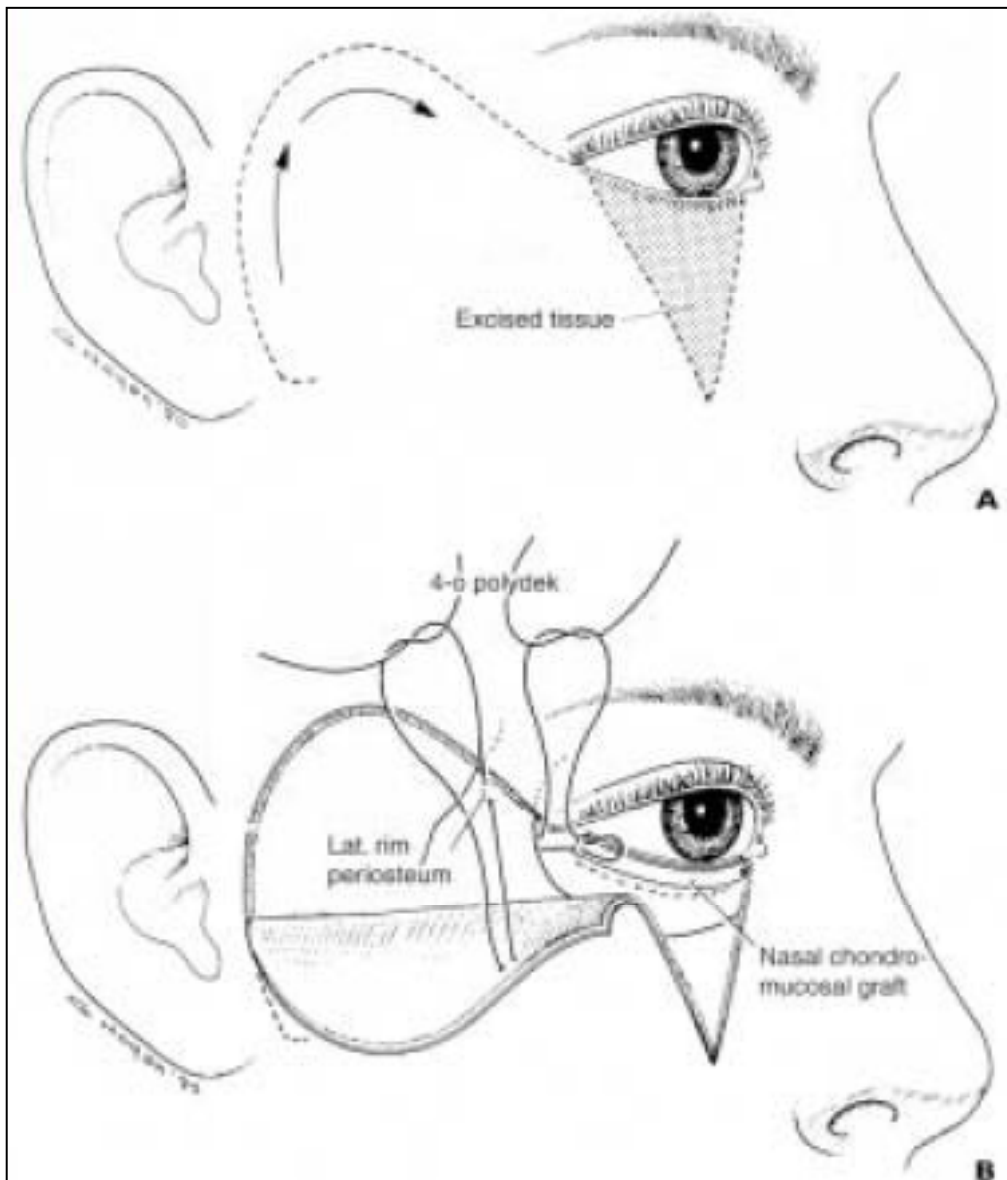
➤ *Perte de substance centrale et paracentrale :*

Le lambeau cutané temporojugal de Mustardé est une technique de référence. La longueur du lambeau mobilisé doit être telle qu'il n'existe aucune tension au cours des sutures.

Techniquement, le lambeau cutané temporojugal de Mustardé est un lambeau de rotation ajustable[98] :

- Marquage des limites de la lésion et de la marge de sécurité.
- Dessiner les limites du lambeau de rotation :
 - une ligne verticale, en médiale de la zone d'exérèse telle que sa longueur soit le double de la taille horizontale de la zone d'exérèse puis une ligne qui remonte de cet extrémité pour former un triangle inversé dont le dernier angle est l'extrémité latérale de la lésion ;
 - poursuivre le trait jusqu'au canthus latéral ;
 - faire une ligne courbe du canthus latéral à la queue du sourcil ;
 - qui doit être poursuivi en arc de cercle prenant la zone temporale et se finissant en regard de l'oreille pour se terminer au niveau du lobe de l'oreille, s'il s'agit d'une reconstruction de toute la paupière inférieure ;
- Exciser le triangle inversé, incluant la lésion, en restant superficiel par rapport au muscle facial sauf s'il existe un envahissement tumoral.
- Inciser superficiellement puis disséquer le lambeau afin qu'il n'existe pas de traction lors de la rotation.

- Reconstruction de la lamelle postérieure par une greffe suturé aux berges par des points de fil résorbable 6/0.
- Insérer un drain avant de suturer le lambeau si le lambeau se termine au niveau du lobe de l'oreille.
- Commencer la suture au niveau du nouveau bord libre en fixant le coin supéro médiale du lambeau à la crête lacrymale antérieure avec du fil non absorbable 5/0 (Prolène®) ou au tarse résiduel par du fil résorbable 5/0 (Vicryl®) si le defect ne concerne pas toute la paupière.
- Positionner le lambeau sur la partie latéral du défaut sans induire de traction et fixer le plan profond du lambeau au dessus du tendon canthal latéral par 4 à 5 points de fil non résorbable 4/0 pour stabiliser le néo tendon canthal latéral.
- Suturer le greffon muqueux au plan cutané du bord libre par un surjet de monofilament 6/0.
- Suturer le reste du lambeau en deux plans par des points séparés de fil résorbable 5/0 pour le plan profond et de monofilament 6/0 pour le plan cutané.
- Appliquer un pansement compressif pendant 48h.
- Retirer le drain à 48h.
- Ablations des sutures au 5ème jour.
- Le plan profond sera reconstruit par mobilisation du plan tarso-conjonctival en incisant le fond du cul-de-sac conjonctival et en rompant le septum orbitaire, ou par une greffe composée tarso-conjonctivale ou mucopalatine si le déficit est trop important.



La greffe tarso-marginale de Hübner (voir plus haut) est une excellente indication associée à une greffe cutanée.

➤ ***Perte de substance du segment nasal :***

Le *lambeau temporojugal de Mustardé* décrit précédemment peut être utilisé avec mobilisation du plan tarsoconjunctival ou une greffe tarsomarginale, ou une greffe composée.

Il est nécessaire de fixer solidement la paupière (plan superficiel et profond) à l'angle interne pour éviter tout ectropion et de reconstruire la voie lacrymale si elle a nécessité d'une résection.

➤ ***Perte de substance du segment temporal :***

On peut associer un lambeau temporojugal de Mustardé et une mobilisation du plan tarsoconjunctival.

Une solution élégante consiste également en un *lambeau palpébral supérieur à pédicule externe*, doublé d'une greffe tarsoconjunctivale[98] .

Techniquement, le lambeau de transposition de la paupière supérieure en paupière inférieure :

- Marquer le pli palpébral supérieur qui constituera le bord inférieur du lambeau.
- Evaluer la largeur du déficit qu'il faudra reproduire sur le dessin du lambeau en paupière supérieure au niveau du dermatochalazis.
- Relier les lignes en médial prolongées suffisamment pour recouvrir le défaut horizontalement et épargner le pédicule en latéral.
- Inciser puis disséquer le lambeau.

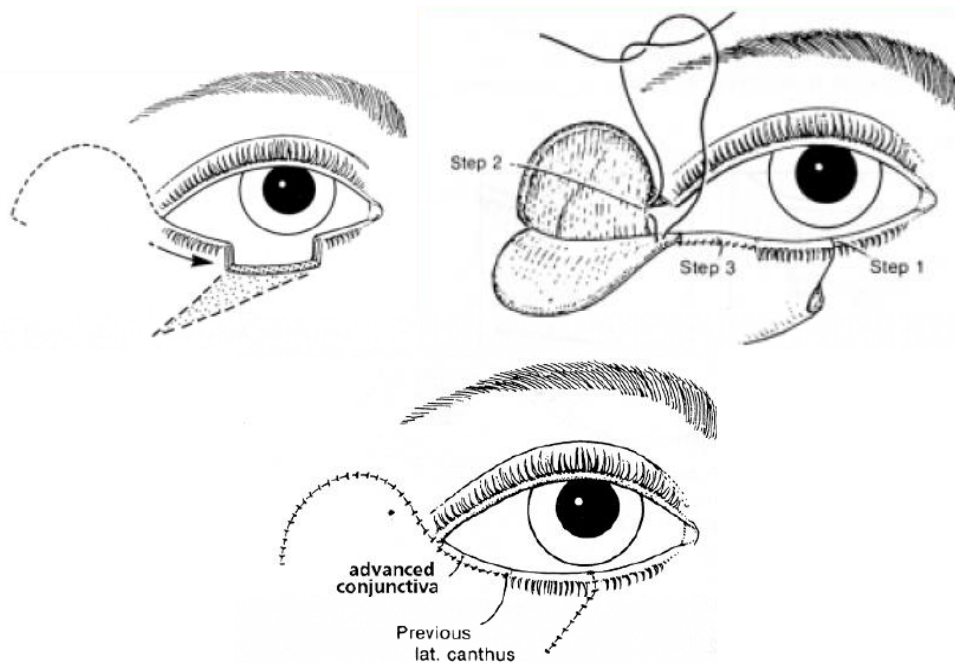
- Si la transposition ne se fait pas convenablement, un amincissement du pédicule est possible en prenant soin de conserver un pédicule vasculaire.
- Suturer le lambeau par des points séparés du monofilament 6/0.
- Suturer le site du prélèvement par des points séparés de monofilament 6/0.
- Suturer la lamelle postérieure à la lamelle antérieure au niveau du bord libre par un surjet de monofilament 6/0.
- Ablation des points au 5ème jour (J5).

Le lambeau de rotation temporal de Tenzel permet également la reconstruction des déficits de 40 à 60 % de la paupière inférieure.

Techniquement [98]:

- Marquer un lambeau semi-circulaire d'approximativement 22 mm de hauteur (vertical) et 18 mm de largeur (horizontale) en partant de la commissure externe.
- Inciser le lambeau selon le dessin.
- Récliner le lambeau afin d'exposer le canthus latéral.
- Couper le tendon latéral inférieur afin de libérer la paupière inférieure résiduel du septum.
- Mobiliser le lambeau palpébral pour combler le défaut, avec précaution pour ne pas induire une laxité horizontale par excès tissulaire.

- Suturer la paupière, plan par plan.
- Suturer la portion temporale du lambeau au plan profond avec fil 4/0 non-résorbable
- Suturer la zone du lambeau qui croise le tendon latéral, au chef supérieur par des points « long acting » résorbable 4/0 pour créer un néo canthus.
- A noter : Il est important que l'incision ne soit pas horizontale mais dans la continuité de la ligne de la paupière inférieure pour éviter la formation d'une dépression latérale.



➤ ***Perte de substance de la totalité de la paupière inférieure :***

Le *lambeau temporojugale de Tenzel* peut être choisi. Il oblige à une grande dissection dans l'épaisseur de la graisse pour éviter de léser le nerf facial, à une suspension du canthus latéral pour éviter l'affaissement de l'angle externe et une bonne fixation au niveau de l'angle interne. Le plan profond sera reconstruit par une greffe composée mucopalatine ou tarsoconjunctivale[7].

Dans ce cas le *lambeau orbitonasogénien de Tessier* semble être la meilleure indication.

Son épaisseur est ajustable, et permet de le doubler uniquement d'une greffe de muqueuse labiale. Sa longueur permet de le fixer sans difficulté sur l'angle externe, évitant ainsi chute palpébrale et ectropion.

Techniquement [98]:

- Reconstruction de la lamelle postérieure avec une greffe tarso-conjonctivale
- Marquer le lambeau dont la base se situe sous le canthus médial de direction verticale
- La longueur du lambeau correspondant à la longueur du defect
- Incision et dissection du lambeau au dessus du muscle facial, dans le tissu graisseux
- Suturer la plaie jugale en premier à la Soie®6/0
- Ajuster et suturer le lambeau aux marges cutanées et du greffon tarso-conjonctival par des points séparés de Soie® 6/0
- A noter que la peau de la joue est plus épaisse que celle de la paupière pouvant donner un aspect disgracieux.

b.3.2 Les mutilations marginales :

On peut utiliser un lambeau cutané préseptal de paupière supérieure homolatérale doublé d'une greffe composée tarsoconjonctivale ou tarsomarginale.

Techniquement[98] :

- Reconstruction de la lamelle postérieure par une greffe tarsoconjonctivale.
- Marquer l'excès cutané (dermatochalazis) de la paupière supérieure homolatérale.
- Vérifier que la largeur du lambeau dessiné (vertical) corresponde à l'importance du défaut (vertical) selon la règle de Mustardé.
- Prolonger les deux lignes jusqu'au pédicule du lambeau permettant sa transposition.
- Vérifier que la longueur du lambeau (horizontal) à partir du pédicule soit égale à la longueur du défaut (horizontal).
- Inciser et disséquer le lambeau.
- Affiner son pédicule en respectant une épaisseur permettant la vascularisation du pédicule, pour permettre la transposition.
- Suturer le lambeau aux marges du greffon par un surjet de monofilament 6/0 pour rétablir une unité entre la lamelle antérieure et postérieure.

- Suturer le lambeau aux berges cutanées par des points séparés de monofilament type Soie®6/0.
- Ablation des points à J5.
- A noter que la principale complication est l'ischémie du lambeau en raison de sa finesse qui peut régresser malgré cet aspect possible post opératoire précoce.

A défaut, on peut utiliser, un lambeau orbitonasogénien de Tessier (voir plus haut) étroit doublé d'une greffe composée.

Ces deux techniques ont l'avantage de ne pas fermer l'œil.

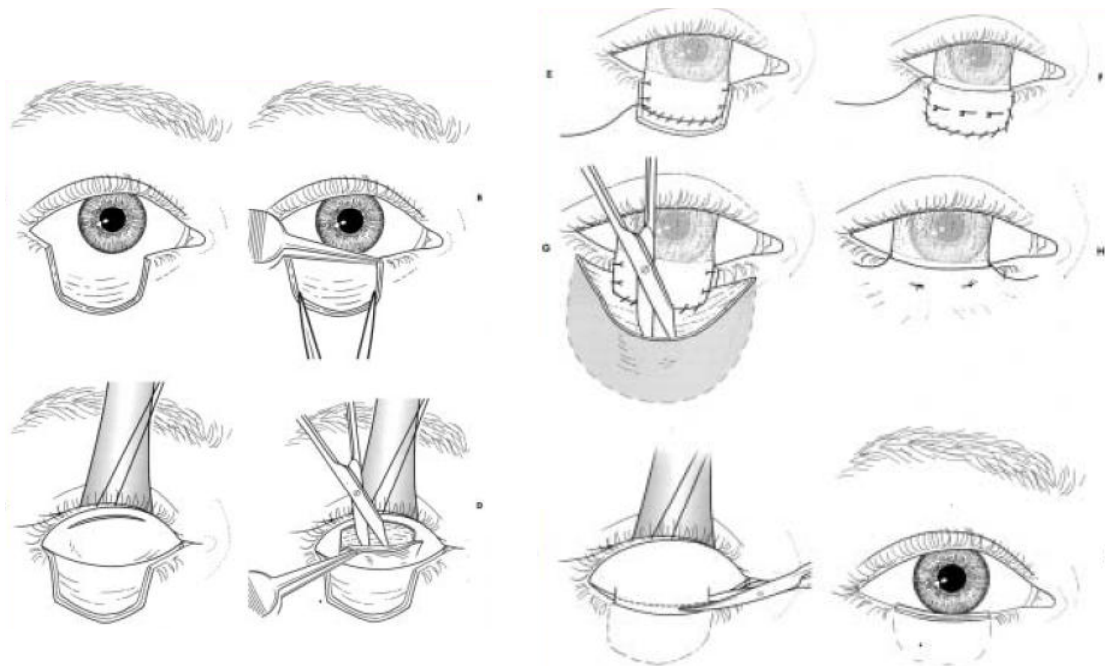
➤ La technique de Hugues-Kollner consiste en un lambeau tarsoconjunctival doublé d'une greffe cutanée. Il est utilisé pour des défaut qui ne dépasse pas ou peu le bord inférieur du tarse inférieur.

Techniquement [98] :

- Evaluer la longueur nécessaire du lambeau.
- Everser la paupière supérieure et marquer la conjonctive à 4mm du limbe.
- Pose un point de traction dans le bord du tarse supérieure.
- Inverser la paupière supérieure sur un Desmarres.
- Dessiner la ligne parallèle à la marge, à 4mm du limbe.
- Marquer la longueur du lambeau.
- Inciser le tarse de pleine épaisseur, selon le dessin et continuer verticalement de part et d'autre du segment.

- Disséquer le lambeau dans l'espace pré tarsal pour le récliner.
- Disséquer le muscle de Müller sur 10 mm, sachant qu'il s'insère à la partie supérieure du tarse sans endommager la conjonctive, pour diminuer le risque de rétraction de la paupière supérieure.
- L'hémostase est nécessaire lors de la dissection du muscle de Müller très vascularisé mais ne doit s'exercer sur la conjonctive en regard.
- Laisser le muscle de Müller se rétracter là où il a été libéré.
- Prolonger les incisions verticales de 3 à 4 mm pour étendre le lambeau en longueur
- Suturer le lambeau aux bords du défaut par du fil résorbable type Vicryl®6/0, en commençant par l'extrémité du lambeau au fond du défaut.
- Recouvrir par une greffe de peau totale.
- A noter : la principale complication est la rétraction de la paupière supérieure si le muscle de Müller n'a pas été suffisamment disséqué de la conjonctive. Il est donc nécessaire de vérifier la position de la paupière supérieure après libération du lambeau afin de poursuivre la dissection entre le muscle de Müller et la conjonctive, si besoin

Les pédicules seront sectionnés et ajustés environ 2 à 3 semaines plus tard, date de l'ouverture des paupières.

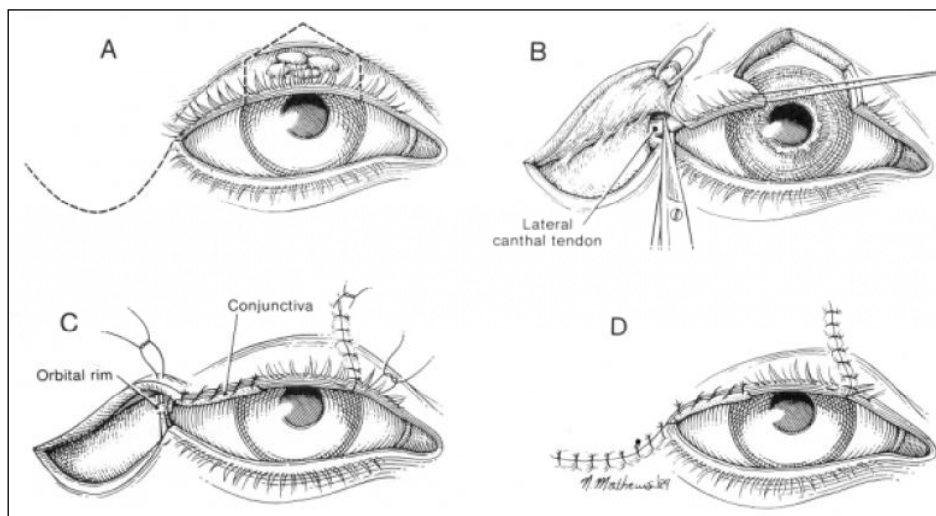


b.4 Paupière supérieure[74]

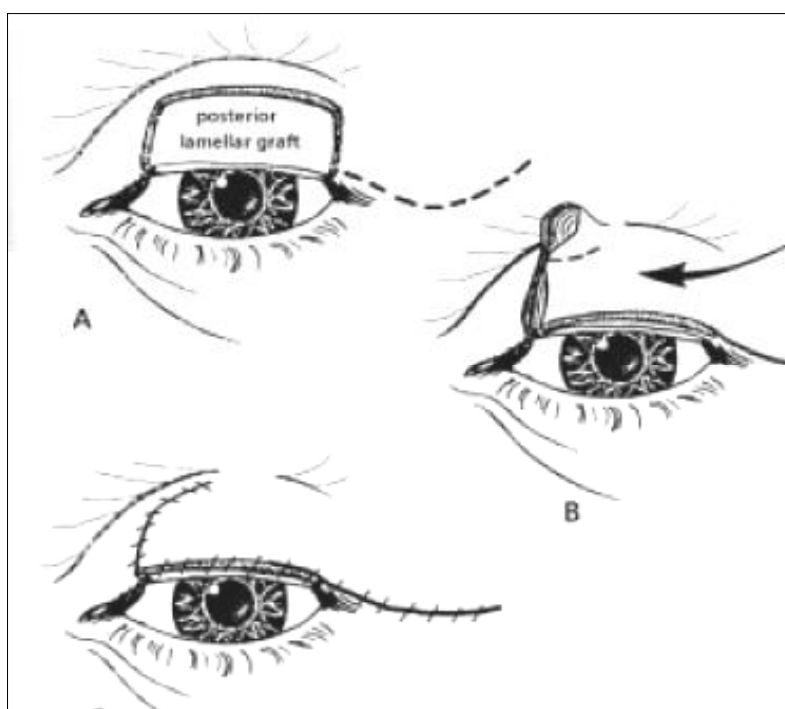
Pour les déficits supérieur à un quart voire un tiers de la longueur totale de la paupière supérieure, la reconstruction prend en compte des difficultés liées à l'anatomie de la paupière supérieure, à sa dynamique assurant la protection du globe oculaire.

Le matériel de choix à utiliser pour la réparation de la paupière supérieure est la paupière inférieure dont l'importance physiologique est moindre.

La mutilation marginale palpébrale supérieure peut être reconstruite par un simple *allongement du plan tarsoconjunctival* et du releveur doublé d'une greffe ou d'un lambeau cutané de surface.



Lorsque la perte de substance de pleine épaisseur n'excède pas la moitié de la longueur palpébrale, le *lambeau de glissement de Tenzel* (voir ci-dessus) associé à la greffe tarsomarginale peut être une solution.



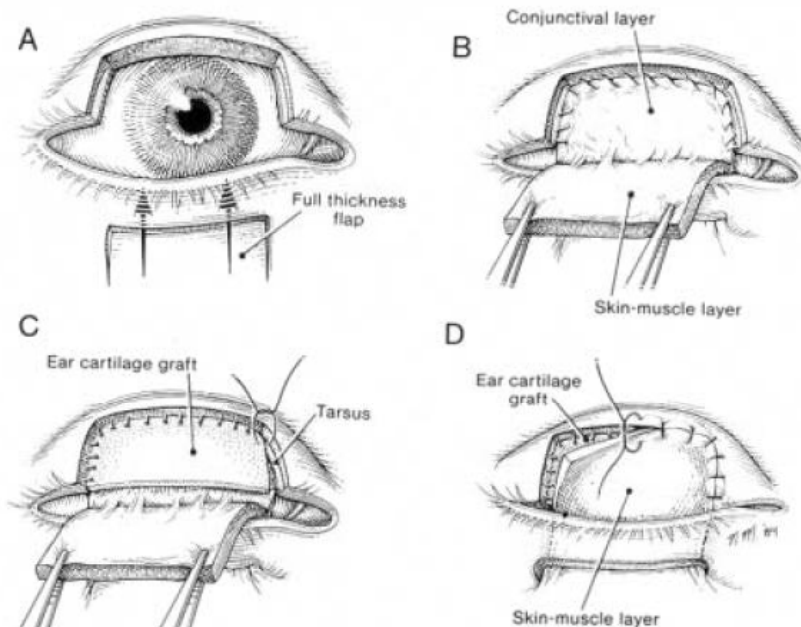
➤ Le lambeau de Cutler-Beard est également utilisé. Il consiste à transposer la paupière inférieure sous la ligne ciliaire par un simple glissement dans la zone de déficit.

Techniquement [98] :

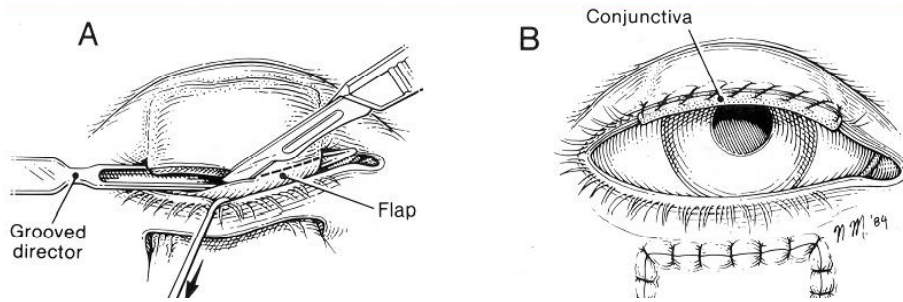
- Ramener sans traction les bords du défaut à la paupière inférieure afin de déterminer la longueur horizontale du lambeau nécessaire.
- Dessiner une ligne parallèle à la ligne grise à 5mm du bord.
- Faire partir une ligne à chaque extrémité du segment, verticalement profondément.
- Inciser à la lame de bistouri en suivant les lignes dessinées.
- Etre transfixiant dans la paupière au coin du lambeau à la lame froide et reprendre la découpe aux ciseaux le long de l'incision.
- Prolonger les incisions jusqu'au fornix conjonctival inférieur afin d'obtenir un lambeau en forme de U.
- Suturer le lambeau à la paupière supérieure en trois plans.
- Suturer la conjonctive tarsale du lambeau à la conjonctive tarsale de la paupière supérieure.
- Suturer le muscle orbiculaire du lambeau de la paupière inférieure à l'aponévrose du releveur de la paupière supérieure et au muscle orbiculaire de la paupière supérieure.
- Suturer la peau à la peau par des points séparés de monofilaments, Soie®6/0.

- Les points cutanés seront enlevés au 5ème jour post opératoire.
- Le pédicule sera sectionné au bout de 6 semaines s'il s'est suffisamment étiré pour diminuer la tension qu'il s'y exerce au début. Si ce délai n'est pas suffisant, on peut encore attendre 3 semaines. Pour le libérer, passer un crochet sous le lambeau en pont et inciser de manière convexe vers le bas afin de prévoir la rétraction. Laisser en place l'excès conjonctival.
- Suturer la conjonctive à la peau au niveau de la nouvelle marge palpébrale par un surjet de monofilament 6/0.
- Fixer le pédicule du lambeau à la marge ciliaire palpébrale inférieure qui a été préservée, par une suture en trois plan afin d'éviter les fistules à travers la paupière.

Premier temps :



Second temps :



Ses avantages principaux sont sa simplicité, la rapidité de sa réalisation et l'absence de nécrose. Son inconvénient est qu'il n'apporte pas de ligne ciliaire à la paupière supérieure, son risque d'entropion cicatriciel de la paupière inférieure et la fermeture de l'œil pendant 6 semaines.

Parmi les complications, la nécrose de la marge de la paupière inférieure peut survenir si l'artère marginale n'a pas été respectée lors de la découpe du lambeau. Il faut alors attendre le deuxième temps opératoire pour parer le tissu nécrotique, essayer de récupérer et refermer le tissu sain à l'aide, si besoin d'une cantholyse ou autre procédure. La reconstruction de la marge de la paupière supérieure est relativement instable, évoluant souvent vers un entropion. Il est fréquent aussi que la marge soit irrégulière amenant à exciser les irrégularités du bord. Il peut arriver la pousse d'un poil irritant l'œil que l'on peut traiter par une électrolyse.

L'inconvénient est que ce lambeau ne permet pas de rétablir le bord ciliaire.

Une technique est de transférer un lambeau de pleine épaisseur de la paupière inférieure incluant les cils en paupière supérieure. Il s'agit du *switch flap*. Les cils sont plus courts qu'en paupière inférieure mais présente contrairement à d'autres techniques de reconstruction. Cette technique se fait en deux temps, avec la section du lambeau et une reconstruction de la paupière inférieure dans le deuxième temps.

Techniquement [98]:

- Après avoir créé le défaut, le déposer en paupière inférieure afin d'évaluer la longueur horizontale du lambeau nécessaire pour la reconstruction, le marquer en paupière inférieure. A noter que le bord du lambeau doit être distant au minimum de 2 mm du méat lacrymal inférieur.
- Mesurer en paupière supérieure, la longueur verticale du défaut.
- Le positionnement du pédicule a une importance dans le résultat esthétique final. Le principe est que la zone suturée dans le premier temps opératoire à la paupière supérieure soit plus grande que celle de la reconstruction finale. La première étape de la suture du lambeau doit tendre le plus possible vers centre de la paupière supérieure. Le dessin du lambeau doit, donc, prendre en considération le centrage du lambeau.
- La règle est que le pédicule soit en position latéral sauf s'il reste une portion conséquente de paupière supérieure médiale après résection de la tumeur.

- Après avoir décidé de la position du pédicule et du centrage, délimiter la largeur verticale du lambeau, à 5mm si le défaut est inférieure ou égale à la moitié de la paupière supérieure et à 7 mm si le défaut est plus important.
- Couper le lambeau en commençant du côté opposé au pédicule en respectant sa vascularisation (largeur suffisante au niveau du pédicule).
- Si le défaut, créé en paupière inférieure par le lambeau, est inférieure à $\frac{1}{4}$ essayer de refermer la paupière inférieure par rapprochement au maximum dans ce premier temps. Sinon, attendre le deuxième temps opératoire pour la reconstruction de la paupière inférieure.
- Suturer le lambeau au maximum à la paupière supérieure en trois plans en respectant le pédicule.
- A deux/ trois semaine post-opératoire, couper le pédicule et rafraîchir le bord du lambeau laissé à l'air afin de le suturer en paupière supérieure avec une meilleure coaptation selon trois plans.
- Reconstruire la paupière inférieure par la simple poursuite du rapprochement des bords, rafraîchis, si le défaut est inférieur à $\frac{1}{4}$ de la longueur. Sinon, il faut procéder à une reconstruction de paupière inférieure décrit précédemment.

Les complications sont une lésion du pédicule vasculaire du lambeau lors de la découpe. Il faut alors suturer le lambeau en paupière inférieure et attendre une semaine avant d'exercer une rotation du lambeau. Un œdème de la paupière supérieure est habituel et dure plusieurs semaines. Une contraction de la suture en paupière supérieure peut amener la formation d'un nœud cicatriciel, que l'on pourra disséquer à 6 mois post opératoire.

Le lambeau *de pleine épaisseur de paupière inférieure d'Abbé-Mustardé* (voir ci dessus) est théoriquement la méthode de choix pour la reconstruction d'une paupière supérieure, bien que moins utilisé actuellement [7].

Ses avantages sont multiples. La taille du lambeau sera égale à la taille du déficit palpébral supérieur, diminué d'un quart de la longueur (règle des quarts). Le lambeau subira une rotation de 180°. Le pédicule du lambeau siègera en regard de la mutilation palpébrale supérieure. Sa largeur ne doit pas être inférieure à 4 mm pour préserver les vaisseaux qui cheminent à 3 mm du bord libre. Il sera sectionné et ajusté entre 8 et 20 jours suivant l'importance de la transposition palpébrale. La reconstruction de la paupière inférieure au niveau de la zone de transposition se fera par rapprochement bord à bord par un lambeau temporojugal ou obito-naso-génien au cours du premier temps opératoire ; ou mieux encore, au cours de la section du pédicule, évitant ainsi tout risque supplémentaire de nécrose du lambeau de transposition. Il est fréquent qu'un troisième temps chirurgical soit fait pour ajuster la fente palpébrale et le ptôsis résiduel.

4. Traitements complémentaires : [60]

a. Cryochirurgie [3 ; 12 ;20 ;23]

La cryochirurgie donne de bons résultats et des avantages de faisabilité et fiabilité en consultation, qui en font une technique de choix dans les mains des dermatologues, pour les petites tumeurs superficielles (ne dépassant pas 5 mm d'épaisseur) dont le diagnostic et l'extension font peu de doute clinique. Au besoin, une biopsie préalable permet d'exclure, par exemple, un carcinome basocellulaire de type sclérodermiforme. Le contrôle anatomopathologique de l'efficacité du traitement n'est pas possible ; celle-ci doit être assurée par une

surveillance clinique régulière. C'est également la technique de choix pour contrôler le développement des nombreuses lésions actiniques ou suspectes chez les patients atteints de xeroderma pigmentosum. En effet, la technique, qui peut être dosée et répétée, induit peu de rétraction cicatricielle. Par ailleurs, elle ne perturbe pas une chirurgie ultérieure éventuelle, et relativement peu l'examen anatomopathologique. Techniquement, il faut utiliser un réfrigérant tel que l'azote liquide pour atteindre rapidement une température de $-196\text{ }^{\circ}\text{C}$. Le froid est délivré à la lésion, soit par contact direct de la cryode, soit par vaporisation. La répétition de deux cycles congélation-décongélation augmente l'efficacité. Un contrôle de la pénétration des tissus par le froid peut être assuré par impédancemétrie, à l'aide d'électrodes placées en périphérie de la tumeur. En dessous de $-50\text{ }^{\circ}\text{C}$, le risque d'induire des encoches dans la marge palpébrale est réel, et la perte des cils est de règle. Les dégâts aux glandes de Meibomius ne doivent pas être sous-estimés ; les ectropions par inflammation marginale persistante sont possibles, mais souvent transitoires. Une injection de corticoïdes peut atténuer les phénomènes inflammatoires et douloureux, et améliore la cicatrisation. Il existe des contre-indications absolues telles que la cryoglobulinémie, la cryofibrinogénémie, la maladie de Raynaud, l'urticaire au froid, les collagénoses, le myélome et les troubles de l'agrégation plaquettaire.

b. Traitement par laser : [9 ; 52 ; 88]

Les lasers argon ou CO_2 sont aisément accessibles à l'ophtalmologue. Réservée aux tumeurs cliniquement bénignes, cette technique offre plusieurs avantages, parmi lesquels un bon contrôle du dosage, une hémostase instantanée, une bonne cicatrisation. Grâce à leur absorption du bleu-vert, les angiomes superficiels répondent bien au laser argon.

c. Radiothérapie : [46 ; 57 ; 58 ;68 ;77]

La radiothérapie peut être proposée pour des tumeurs inéligibles pour la chirurgie, en cas de mauvais état général par exemple, ou lorsque la chirurgie entraîne des conséquences trop lourdes. Le carcinome basocellulaire ne métastase virtuellement jamais, et le carcinome épidermoïde que dans 5 % des cas. De ce fait, la radiothérapie ne doit être délivrée que sur la tumeur, à moins que la voie de drainage lymphatique ne soit cliniquement envahie. Des taux de contrôle de l'ordre de 90 % peuvent être attendus, d'après le grade. En cas de récurrence après radiothérapie, il convient de poursuivre avec de la chirurgie. Les complications possibles comprennent rétraction et ectropion, sténose des voies lacrymales, atrophie cutanée et cataracte. La phase aiguë des effets secondaires se manifeste après 2 à 4 semaines, alors que les effets chroniques peuvent mettre jusqu'à 6 mois pour s'installer. En particulier, il faut s'attendre à une sécheresse oculaire, lorsqu'on dépasse une dose cumulée d'environ 40 Gy. La sténose des voies lacrymales est alors un effet secondaire bienvenu. Plus le patient est jeune, plus les effets secondaires sont sévères. [6 ;18 ;30]

Le carcinome sébacé, les différents carcinomes des glandes sudoripares et le carcinome neuroendocrine cutané représentent d'autres indications possibles de la radiothérapie, éventuellement en traitement néoadjuvant postopératoire. Ce complément de traitement serait apte à diminuer le risque d'extension lymphatique et à améliorer le contrôle local. Techniquement, le radiothérapeute fait en général appel à des rayons de bas voltage, caractérisés par une dose maximale à la surface cutanée et une décroissance rapide en profondeur.

d. Chimiothérapie :[22]

Certains agents chimiothérapeutiques tels que le cisplatine, seul ou en combinaison avec la doxorubicine, la bléiomycine, l'isotrétinoïne ou l' α -interféron, ont démontré un certain intérêt pour des carcinomes épidermoïdes avancés ou multiples, ou encore dans le xeroderma pigmentosum.



**Matériel et
méthodes**

V.MATERIEL ET METHODES :

✧ **Patients :**

Nous avons mené une étude rétrospective concernant 40 patients souffrant de tumeurs palpébrales, hospitalisés au service d'ophtalmologie B de l'hôpital des spécialités de Rabat entre janvier 2003 et décembre 2007.

✧ **Méthodes :**

Le recueil des données cliniques, radiologiques, histologiques et thérapeutiques fut réalisé pour chaque patient à partir des dossiers médicaux (archivés dans le service d'ophtalmologie B et colligés sur une période de 5ans).

Ces informations sont recueillies selon une fiche d'exploitation :

Cette fiche a été remplie pour tous les patients inclus dans l'étude pour permettre l'analyse des différents paramètres.

➤ **Fiche d'exploitation :**

- **identité :**

- nom
- âge
- sexe

- **renseignements cliniques :**

- siège de la tumeur (œil gauche ou droit, paupière supérieure ou inférieure)
- aspect de la tuméfaction

- **Données radiologiques : (Tomodensitométrie)**
- **Geste thérapeutique :**
 - biopsie
 - exérèse tumorale
 - reconstruction palpébrale
- **données histologiques :**
- **Evolution :**
- ✧ **Observations**

Nom	Age sexe	ATCD	Œil atteint	Paupière atteinte	Examen oculaire	TDM orbito-cérébrale	Traitement	Histologie	Evolution
Mina A	70ans F	RAS	OD	PI ANGLE INTERNE	Coroncule de l'œil droit tuméfaction bourgeonnante de la paupière inférieure, angle interne envahissant le globe oculaire qui est refoulé en dehors	-Épaississement hétérogène de la coroncule droite sans lésion musculaire du muscle droit interne. -Présence d'un processus de l'angle inféro-interne de l'orbite droite de densité tissulaire prenant le contraste extracônique de 18mm de grand axe hétérodense .Ce processus s'étend en avant du globe, en dehors il refoule le globe oculaire, en dedans il s'étend vers l'os entraînant son amincissement sans lyse osseuse.	-Biopsie conjonctivale -Exentération de l'œil droit à minima prenant la paupière supérieure angle interne à /externe et le tiers de la paupière inférieure	<u>03/03</u> Carcinome épidermoïde bien différencié et dyskératosique infiltrant <u>03/03</u> -Carcinome spinocellulaire infiltrant. -Les limites de l'exérèse sont saines	Bonne après un recul de 5 mois
Med T	44ans M	RAS	OD	PI	Tumeur pigmentée avec perles ulcérées.		-Biopsie -Résection d'une tumeur infiltrante de la paupière inférieure de l'angle externe à l'angle interne avec cantholyse interne de la paupière supérieure - lambeau nasogénien suture à la conjonctive bulbaire	<u>11/03</u> Carcinome basocellulaire adénoïde pigmenté	-Récidive de la tumeur de l'œil droit en 2004 (chute des cils au niveau du bord externe de la PS) <u>05/04</u> : résection du tiers externe de la PS et une partie de l'angle externe avec mise en place d'un lambeau à partir de la PS <u>biopsie faite</u> (exentération proposée mais refusée par le patient) <u>anapath</u> : carcinome basocellulaire d'exérèse incomplète reprise et curithérapie
Izza A	74ans F	RAS	OG	PI ANGLE INTERNE	(2003) Tumeur de la paupière inférieure ulcéreuse, infiltrante de l'angle interne à l'angle externe (prenant toute la paupière inférieure) avec infiltration de la conjonctive tarsale	<u>10/03</u> TDM orbitaire normale avec Comblement du sinus maxillaire droit	<u>11/03</u> Biopsie exérèse+reconstruction : -Résection de la tumeur de l'angle externe à l'angle interne et en profondeur -Lamelle postérieure à partir du palais -lamelle antérieure à partir de 2 lambeaux externe et interne de la paupière supérieure	<u>11/03</u> Carcinome basocellulaire à différenciation pilaire	(2006) Récidive à l'angle interne <u>09/06</u> Exérèse sans reconstruction Atteinte profonde arrivant au septum <u>09/06</u> Carcinome épidermoïde bien différencié kératinisant et infiltrant exérèse latérale incomplète
Hannou M	50 ans F	RAS	OD	PI	-Fente palpébrale réduite -tumeur de la paupière inférieure de l'œil droit infiltrante allant de l'angle interne à l'angle externe	<u>09/04/04</u> Aspect TDM évoquant soit un reliquat post opératoire soit une récurrence. à confronter avec les données cliniques	<u>02/01/04</u> Biopsie exérèse+reconstruction- Résection de la tumeur de la paupière inférieure qui prend de l'angle interne	<u>07/01/04</u> Carcinome basocellulaire	

					avec perte de cils et sécrétions dystrophique.		arrivant jusqu' au septum interne et donc ouverture de ce dernier. -Réfection de la lamelle postérieure par une greffe muco-cartilagineuse à partir du palais et de la lamelle antérieure par un lambeau à partir de la paupière supérieure charnière au niveau de l angle interne.		
Keltoum k	56ans F	RAS	OG	PI	-Tumeur au niveau des 2 tiers externe de la P I intéressant le bord libre qui paraît ulcéré avec perte de cils et vascularisation superficielle. -Tumeur de forme ovale à grand axe horizontal de consistance ferme.		03/04 biopsie exérèse+reconstruction : -exérèse d une tumeur de la PI (2/3sup) passage à rat du septum. -réparation de la lame post par une greffe à partir du palais. Réparation de la lamelle antérieur par glissement à partir de la PI.	03/04 Carcinome basocellulaire	Suites simples

Nom	Age sexe	ATCD	Œil atteint	Paupière atteinte	Examen oculaire	TDM orbito-cérébrale	Traitement	Histologie	Evolution
Med Lhb	84ans M	RAS	OD	PI	Tumeur de la paupière inférieure prenant le bord libre avec chute de cils		<u>05/04</u> -biopsie -Exentération de tout le contenu orbitaire et des PS et PI.	<u>05/04</u> <u>Orbite droite:</u> Carcinome épidermoïde bien différencié kératinisant et invasive <u>Tumeur cutané:</u> carcinome spinocellulaire dont l'exérèse est incomplète	-Complément d'exérèse: l'anaplat; remaniement fibreux avec réaction inflammatoire cellulaire géante
Khadouj bt	70ans F	RAS	OG	PI	Tumeur infiltrante et bourgeonnante de la PI prenant les cils		<u>05/04</u> Biopsie exérèse +reconstruction :- Exérèse de la tumeur de la PI ;2mm de la PS jusqu'aux points lacrymaux. -greffe de la lamelle post par un prélèvement du tarse de la PS. -lambeau de glissement a partir de la PI avec réfection de l'angle externe.	<u>05/04</u> Carcinome basocellulaire dont l'exérèse est complète.	Leger ectropion
Abbou c	80ans M	RAS	OG	PS	Masse de la PS non infiltrante indolore qui prend toute la PS mobile par rapport au plan cutané adhérent au plan profond responsable d'un ptôsis mécanique avec motilité conservée.	-Présence au dépend de paroi palpébrale supérieure et inférieure gauche d'un <u>processus lésionnel</u> de densité tissulaire homogène mesurant 35/40mm se retroussant de manière modérée et homogène après injection de pci. - Ce processus occupe la région supéro-externe du globe oculaire gauche faisant saillie en dehors et reste de siège	<u>06/04</u> Biopsie de la tumeur. <u>06/04</u> biopsie refaite avec gros fragment. <u>07/04</u> Exérèse de la tumeur de la PS OG (exérèse subtotale)	<u>06/04</u> Infiltrats lymphoïdes sans caractère histologique de malignité. <u>06/04</u> Remaniement inflammatoire chronique pouvant être en rapport avec un chalazion. <u>07/04</u> Lymphome lymphocytaire . Une étude IHC est à	

						extracônique , elle n'exerce aucun effet de masse sur les structures avoisinantes notamment le globe oculaire avec lequel elle présente un contact intime dans sa partie supéro-externe Respect de la paroi osseuse.		réaliser ultérieurement. <u>07/04</u> Lymphome hodgkinien à petite cellules de type indolent (IIc) Une étude IHC est souhaitable.	
Med Sb	74ans M	RAS	OG	PI	tumeur bourgeonnante de la PI		<u>10/04</u> Biopsie-Exérèse tumorale large allant en profondeur jusqu' à l'os avec mise en place d un greffon cutané de la face interne du bras droit	<u>10/04 au niveau de la PI</u> : carcinome basocellulaire limites d exérèse profonde et saine une des latérales est tumorale <u>fond d'exérèse tumorale</u> : absence de lésion tumorale ou spécifique	<u>11/04</u> Greffon viable
Med Kh	7ans M	Xéroderma Pigmentosum	OD	PS	Tumeur de la conjonctive palpébrale de la PS le reste est difficile à différencier		<u>12/04</u> Biopsie exérèse: Résection tumorale complète	<u>12/04</u> Carcinome épidermoïde bien différencié et kératinisant infiltrant dont l'exérèse profonde est incomplète.	

Nom	Age sexe	Atcd	Œil atteint	Paupière atteinte	Examen oculaire	Tdm orbito-cérébrale	Traitement	Histologie	Evolution
Bouchra M	30ans F	RAS	OD	PS	Tumeur intéressant le tiers moyen sous le rebord orbitaire ferme mobile avec un faux ptôsis	<u>12/04</u> TDM orbito-encéphalique de la région palpébrale droite fortement réhaussé par	<u>02/05</u> Biopsie Exérèse de la tumeur	<u>02/05</u> Deux fragments: -remaniement fibro-inflammatoire non spécifique. -shalazion.	

						l'injection du produit de contraste.			
Rahma Ag	70ans F	HTA	OG	PI	Tumeur ulcérobourgeonnante du tiers interne de la PI		<u>07/05</u> biopsie de la paupière <u>07/05</u> Exérèse de la tumeur de l'angle interne avec lambeau nasogénien	<u>06/05</u> Carcinome basocellulaire <u>07/05</u> Carcinome basocellulaire dont l'exérèse est complète	Bon control après recul de 8 mois
Med Lam	53ans M	RAS	OD	AI	tumeur de l'angle interne de 12mm sur 15mm bourgeonnante brunâtre	<u>06/05</u> Processus tissulaire de l'angle interne de l'œil droit sans signes d'extension locorégionale	<u>06/05</u> Biopsie exérèse+reconstruction :Résection de la tumeur avec mise en place d'un lambeau frontal	<u>06/05</u> Carcinome basocellulaire	<u>07/05</u> Lambeau médiofrontal en place <u>05/05</u> Deuxième temps opératoire
Said C	70ans M	RAS	OD	PI	Tumeur de la PI ulcéreuse prenant le bord libre.		<u>03/05</u> Biopsie exérèse+reconstruction : *Résection d une tumeur végétante de la PI de 2cm de largeur occupant presque sa totalité et s'élargissant en inférieur avec 2 cm de marge. *Réparation de la lamelle postérieure par une greffe mucopalatine. *préparation d un lambeau nasogénien pour réparation de la lamelle antérieure.	<u>03/05</u> Carcinome basocellulaire dont l'exérèse est incomplète	

Fatima Ag	65ans F	RAS	OG	PI	Tumeur bourgeonnante de 0,8cm siègeant au niveau du tiers moyen de la paupière inférieure		<u>03/05</u> *Résection de la lamelle antérieure de la PI . *exérèse+biopsie. *greffe cutanée de la face interne du bras.	<u>03/05</u> Carcinome basocellulaire confirmé sur la pièce de résection en profondeur.	
-----------	------------	-----	----	----	---	--	--	--	--

Nom	Age sexe	Atcd	Œil atteint	Paupiere atteinte	Examen oculaire	Tdm orbito-cerebrale	Traitement	Histologie	Evolution
Abdeslam Id	69ans M	RAS	OD	PI	Lésion ulcéro-bourgeonnante à base dure du 1/3 externe de la PI avec chute des cils en regard.		<u>05/05</u> Biopsie exérèse +reconstruction : -Exérèse de la tumeur palpébrale inférieure droite (2/3 de la PI avec prélèvement tarsal important+recouvrement myocutané) lambeau de rotation de la PS. greffon peu large	<u>05/05</u> -carcinome basocellulaire. -une des limites d exérèse latérale est atteinte.	<u>05/05</u> -Marche d escaliers au niveau de la PI. (greffon et lambeau étroits)
Hadda A	60ans F	RAS	OD	PS	Tumeur bourgeonnante intéressant le tiers externe de la PI de l'oeil droit		<u>05/05</u> Biopsie exérèse+reconstruction : Résection de la tumeur de la PI de l 'oeil droit avec greffe tarsale a partir de la PS Lambeau de glissement cutané	<u>05/05</u> Carcinome épidermoïde moyennement différencié et kératinisant	
Fatima M	40ans F	RAS	OG	PS	Tumeur ulcéro-bourgeonnante surinfectée intéressant toute la PS avec signes inflammatoires en regard avec pseudo-ptosis		<u>06/05</u> Biopsie exérèse +reconstruction : Cure chirurgicale d'une tumeur de la PS OG -Exérèse carcinologique emportant toute la PSG. -greffe de la muqueuse buccale interne. -lambeau médio-frontal. <u>09/05</u> Réfection de la PS OG.	<u>06/05</u> -Carcinome épidermoïde moyennement différencié peu mature, infiltrant et parakératosique. -limites de résection saines.	<u>07/05</u> engraissement du lambeau palpébral supérieur OG nécessitant un dégraissage. <u>10/07</u> Dégraissage du greffon de l œil gauche de la PS
Mahjouba G	40ans F	RAS	OG	PI	(2005) PI angle interne Infiltration cartonnée en regard du point lacrymal inférieur. (2006) Tumeur infiltrant le point lacrymal inférieur.		<u>04/05</u> Biopsie <u>04/2005</u> Excision conservatrice de la tumeur cutanée respectant le point lacrymal inférieure. <u>06/05</u> Résection de la tumeur+plastie du point lacrymal	<u>04/05</u> Epithelioma basocell <u>06/05</u> Carcinome basocellulaire dont l'exérèse est incomplète <u>06/06</u> Carcinome basocellulaire dont l'exérèse est incomplète.	<u>07/05</u> Œil rouge +ectropion du point lacrymal
Larbi Es	45ans M	RAS	OG	PI	Tumeur de la paupière inférieure adhérent eau plan profond	<u>2005</u> Épaississement cutané de la paupière inférieure gauche avec densification de la graisse	<u>09/05</u> Biopsie <u>11/05</u> Résection d'une tumeur de la paupière inférieure profonde envahissant l'orbiculaire, allant jusqu'au septum par endroit.confection d'un greffon à	<u>09/05</u> Carcinome basocellulaire de type compact l'une des limites est passée en zone tumorale <u>12/05</u> -Paupière inférieure Carcinome basocellulaire	<u>06/08</u> Récidive tumorale :module du cantus interne induré rond de 0,5cm mobile par rapport au plan superficiel et

						<p>sous cutané en regard. Absence d'extension du processus en intra orbitaire .</p>	<p>partir de la face interne du bras droit. Fixation du greffon du rebord palpébral en haut , et à la peau juguale sous le rebord orbitaire inférieur.</p>	<p>limites latérales saines limites profondes sont passées en zone tumorale. <u>-angle interne</u> Carcinome basocellulaire dont l'exérèse est incomplète <u>-angle externe</u> Carcinome basocellulaire</p>	<p>adhérent au plan profond 06/08 <u>-résection du nodule</u> avec la peau en regard au niveau du cantus interne de l'œil gauche(absence de résidu tumoral et remaniement fibreux cicatriciel à l'anapath) <u>-biopsie cutanée superficielle</u> (recoupe cutanée saine à l'anapath) <u>-biopsie profonde</u> (recoupe profonde saine à l'anapath) -CONTROL DU 17/102/09 TDM NORMALE</p>
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--

Nom	Age sexe	Atcd	(Eil atteint	Paupière atteinte	Examen oculaire	Tdm orbito-cérébrale	Traitement	Histologie	Evolution
Saadia S	60ans F	RAS	OD	PI Angle interne	Janvier 2006 :Tumeur perlée ulcérée hypertrophique (juillet 2006 :masse brune et ferme localisée à l aile du nez)		<u>01/06</u> Biopsie exérèse+reconstruction : *Exérèse d'une tumeur de la de la Paupière inférieure et de l'angle interne. *Réfection du lambeau postérieur à partir d'une lamelle du tarse supérieur. *lambeau de rotation à partir de la paupière supérieure avec un pédicule fin au niveau de l'angle interne. <u>07/06</u> Biopsie exérèse	<u>01/06</u> Carcinome basocellulaire dont l'exérèse est incomplète <u>07/06</u> Carcinome basocellulaire d'exérèse complète	<u>12/07</u> Pas de récidence de la tumeur de la PI ni de celle de l aile du nez.
Med Elg	52ans M	RAS	OD	Angle interne	-Diminution de la fente palpébrale. Blindage des téguments de l'angle interne adhérent au plan profond et à la structure nasale. Limitation des mouvements oculaires en adduction et en abduction.	<u>02/06</u> Blondeau scanner Opacité des sinus maxillaires en faveur d une sinusite+ présence d une opacité avec érosion osseuse ethmoidale et frontale. <u>03/06</u> TDM oculaire Processus tumoral de l angle interne de l'œil droit étendu au niveau sinusien d'allure malin.	<u>03/06</u> Biopsie de l'angle interne de la paupière inférieure droite.	<u>03/06</u> Carcinome basocellulaire nodulaire et infiltrant	Adressé en service d'ORL pour exentération élargie
Larbi Y	70ans M	RAS	OD	PI	-Masse de la PI localisée a l'angle interne. -tumeur bourgeonnante du 1/3 interne de la PI saignante surinfectée sans adhérence avec le plan profond.	-Masse de la PI localisée a l'angle interne. -tumeur bourgeonnante du 1/3 interne de la PI saignante surinfectée sans adhérence avec le plan profond.	<u>04/06</u> Biopsie exérèse de la tumeur	<u>04/06</u> Carcinome basocellulaire	
Rkia A	70ans	RAS	OG	PI	Tumeur du bord libre envahissant le globe d'aspect malin		<u>03/06</u> biopsie <u>03/07</u> Exentération du côté gauche	<u>03/06</u> Carcinome basocellulaire <u>03/07</u> Carcinome basocellulaire infiltrant partiellement la cornée	Addressée à l'ino pour radiothérapie complémentaire puis à l'hôpital d'oujda

Rabha Y	60ans F	RAS	OD	Angle interne	Tumeur de la racine du nez et de l'angle interne adhérente au plan profond , ulcéreuse triangulaire(4cm/3cm) suintante et infectée. Fente palpébrale rétractée.	<u>05/06</u> Petite masse tumorale siégeant au niveau de la racine du nez droit refoulant discrètement l'orbite et le M droit interne en dehors.	<u>06/06</u> -cure chirurgicale d'une tumeur maligne l'angle interne de l'OD propagée à la racine du nez et la région lacrymale en profondeur. -Exérèse de la tumeur en totalité. - Exentération a minima. (l os lacrymal paraît touché donc curetage et cautérisation) -mise en place d un lambeau médio-frontal.	<u>06/06</u> Carcinome basocellulaire de type nodulaire dont la résection est passée en zone tumorale.	<u>06/06</u> Nécessite un complément de radiothérapie
---------	------------	-----	----	---------------	---	---	--	---	--

Nom	Age sexe	Atcd	Ceil atteint	Paupière atteinte	Examen oculaire	Tdm orbito-cérébrale	Traitement	Histologie	Evolution
Mbarek B	70ans M	RAS	OD	Angle interne	Tumeur de l'angle interne ulcérobougeonnante ,perlée, nécrotique par endroit, mobile (1,5/2,5cm) prenant les <u>points</u> lacrymaux et le canal d union sans ADP prétragienne.		<u>06/06</u> -biopsieExérèse d'une tumeur ulcéro-bougeonnante du canthus interne droit . -Reconfection d'un lambeau nasogenien de petite taille.	<u>06/06</u> Carcinome basocellulaire nodulaire dont l'exérèse est incomplète	
Driss O	59ans M	RAS	OD	PI	tumeur bourgeonnante saignante avec ulcérations par endroit localisée au bord libre de la paupière inférieure (tumeur prenant plus des deux tiers de la paupière inférieure avec atteinte du bord libre tarse et conjonctive tarsale)		-biopsie+Exérèse tumorale carcinologique -greffe du cartilage tarsale au milieu avec points autoenfuis -lambeau de translation myo-cutané BEARD à partir de la paupière supérieure (points dégagés)	<u>06/06</u> Carcinome basocellulaire <u>10/06</u> Carcinome basocellulaire de type nodulaire	Greffon cartilagineux viable Lambeau myo-cutané viable
O. Mhammed	60ans M	RAS	OG	PI	Lésion au niveau du tiers moyen de la PI perlée ulcérée et pigmentée sans chute de cils		<u>BIOPSIE</u> <u>2006</u> Exérèse de la tumeur de la PI de l'oeil gauche. Prélèvement de 2 greffons au niveau de l'oeil droit l'un en PS et l'autre en PI . Suture des deux greffons l'un à l'autre et à la PIG.	<u>04/06</u> Carcinome basocellulaire nodulaire dont l'exérèse latérale est incomplète <u>05/06</u> Carcinome basocellulaire nodulaire dont l'exérèse est complète	
Miloudi B	60ans M	RAS	OD	PI	-Masse ulcéro-bougeonnante et infiltrante de la PI -ectropion et signes inflammatoires	<u>09/06</u> TDM oculaire normale en dehors d'une irrégularité postéro-inférieure de la PI droite	<u>08/06</u> biopsie <u>11/06</u> -Exérèse de la tumeur palpébrale comportant le bord libre . - mise en place d'une	<u>08/06</u> Carcinome épidermoïde bien différencié et kératinisant largement ulcéré	Patient refuse de se refaire opérer et sort CAM.


							greffe du tissu de la paupière droite.	11/06 Carcinome basocellulaire type nodulaire -recoupe profonde tumorale+partie interne tumorale.	
Rachida B	17ans F	Neurofibromatose de Van Recklin Ghausen	OG	PI	-Tuméfaction de la PI. -Saillie du rebord orbitaire +exophtalmie -déformation faciale	05/06 Dysplasie sphéno-orbitaire gauche à minima associée à un probable névrome pléxiforme antéro inférieur et latéral de l'orbite et de la PI gauche entrant dans le cadre de la maladie de Van Recklin Gauschen	11/06 Biopsie exérèse :Résection de la majeure partie de la tumeur	11/06 Aspect histologique d'un neurofibrome ple xiforme	

Nom	Age sexe	Atcd	Œil atteint	Paupiere atteinte	Examen oculaire	Tdm orbito-cerebrale	Traitement	Histologie	Evolution
Tamou O	77ans F	RAS	OD	Angle interne	Tumeur sous canthale interne ,dure ,adhérente à la peau, mobile sur les plans sous jacents , brunâtre non dépressible.	<u>12/06</u> Aspect de TDM orbitaire en faveur d un processus tumoral de du revêtement cutané de la PI droite évoquant en 1 ^{er} lieu un épithélioma à confronter aux données histologiques.	<u>01/07</u> Biopsie exérèse+reconstruction : Exérèse de la tumeur de l'angle interne de l'œil droit. Lambeau de rotation	<u>01/07</u> Carcinome adénoïde kystique	
Hamza H	70ans M	RAS	OG	PI	Tumeur au niveau de la partie externe de la PI bourgeonnante et pigmentée	<u>02/07</u> Biopsie exérèse de la tumeur pigmentée de la PI gauche. Exérèse avec 2mm de limites de sécurité (tissu brunâtre suspect)	<u>02/07</u> Biopsie exérèse de la tumeur pigmentée de la PI gauche. Exérèse avec 2mm de limites de sécurité (tissu brunâtre suspect)	<u>02/07</u> Mélanome malin dont l'exérèse est complète.	
Fatima Bou	68ans F	RAS	OG	PI	Masse ulcérée au niveau de la paupière inférieure gauche d'environ 2 cm sur 1,5 cm avec quelques cils trichiasiques		Biopsie avec trois fragments <u>03/07</u> <u>Œil gauche</u> -Exérèse de la tumeur palpébrale inférieure. -reconstruction par lambeau jugal en cerf volant. <u>Œil gauche</u> Tumeur prenant les 2/3 centraux de la paupière inférieure résection jusqu'à la conjonctive et 5mm de sécurité -glissement du lambeau jugal.	<u>03/07</u> Carcinome basocellulaire de type nodulaire <u>03/07</u> Carcinome basocellulaire nodulaire et infiltrant limites d'exérèse saines.	

Latifa S	20 mois F	Constatation d'une tuméfaction palpébrale gauche à l'âge d'une semaine augmentant progressivement de volume ayant motivé plusieurs consultations où le diagnostic d'angiome a été pose	OG	PS	<u>03/07</u> Tuméfaction élastique bleutée de la paupière supérieure d'environ 6cm/4cm devenant plus ferme et plus sombre pendant les cris.	<u>03/07</u> Aspect TDM compatible avec une formation angiomateuse palpébrale supérieure gauche (angiome ou hémangiome) à confronter aux données de l'anapath.	Réséction de proche en proche de la tumeur par électrocoagulation.	<u>03/07</u> Angiome capillaire.	Bon control après 9mois
Zakaria Z	10ans M	RAS	OD	PI	Hématome palpébral localise de la paupière inférieure	<u>04/07</u> Aspect TDM en faveur d'une tumeur palpébro-orbitaire droite d'allure bénigne faisant évoquer un angiome.	-Ponction drainage a deux reprises -Exérese de la tumeur	Hématome sur angiome	

Nom	Age sexe	Atcd	Œil atteint	Paupiere atteinte	Examen oculaire	Tdm orbito-cérébrale	Traitement	Histologie	Evolution
Med Bmz	1 an M	Xéroderma pigmentosum Tumeur de l'angle interne de l'œil gauche en 2003 (intervention pour dacryolite en 2003)	OD OG	PI	<u>Œil droit</u> Masse volumineuse inflammée et infectée au niveau de la paupière inférieure <u>Œil gauche</u> Lésion de 0,5cm au niveau de la paupière inférieure	<u>04/07</u> Présence d'un processus lésionnel tissulaire homogène ulcéro bourgeonnant de la paupière inférieure droite se rehaussant après injection de produit de contraste . Il mesure environ 4/2 ,2 cm de grand axe . Ce processus refoule le globe oculaire en arrière il respecte la graisse les muscles ainsi que l'os.	<u>04/07</u> Biopsie de la masse <u>04/07</u> Exentération droite large prenant les paupières supérieures et inférieures	<u>04/07</u> Carcinome spinocellulaire <u>04/07</u> Carcinome spinocellulaire dont l'exérèse est incomplète.	
Belaïd A	36ans M	RAS	OG	PS	<u>OG</u> Angiome palpébral sup		<u>06/07</u> -Exérèse d'un angiome palpébral supérieur gauche. -Confection d'une greffe cutanée à partir de la face antérieure du bras droit.	<u>06/07</u> *Angiome caverneux totalement excisé. *Absence de signes histologiques de malignité.	
Fatiha K	42ans F	RAS	OD	PI	Lésion ulcéro- bourgeonnante au niveau de la partie externe de la PI avec ectropion		<u>08/07</u> Biopsie exérèse+reconstruction : Cure chirurgicale d'une tumeur de la PI de l'OD avec lambeau de rotation.	<u>08/07</u> Carcinome basocellulaire infiltrant complètement excise	
Med Ms	54ans M	RAS	OD	PI	-Tumeur ulcéro- bourgeonnante de la PI de 2cm de diamètre médiane avec ectropion secondaire. -Ptérygion lateral.	<u>07/08</u> Processus tumoral malin conjonctivo-palpébral droit notamment carcinome	<u>08/07</u> *biopsieExérèse+reconstruction : Exérèse tumorale avec 2mm de sécurité +conservation d'une partie de la lamelle post. *Réparation par un greffon palpébral de la PI du coté gauche. *Cantholyse externe par rapprochement des berges cutanées.	<u>09/07</u> Carcinome basocellulaire nodulaire dont l'exérèse est complète.	

Kaida H	70ans F	RAS	OD	PS	<u>OD</u> Noevus au niveau de la partie externe de la PS.	<u>07/07</u> Aspect TDM orbitaire en faveur d un processus tumoral de la glande lacrymale droite à compléter par l'étude histologique. <u>28/07/08</u> Aspect en faveur d'une atteinte tumorale conjonctivo-lacrymale et palpébrale avec infiltration du nerf optique (lymphome ? carcinome ?) à confronter de préférence avec une IRM.	<u>09/07</u> Biopsie de la tumeur faite ce jour + exérèse du noevus cutané	<u>09/07</u> Aspect histologique d'un lymphome lymphocytaire	Chimiothérapie complémentaire
---------	------------	-----	----	----	--	--	---	---	-------------------------------



Résultats

VI.RESULTATS :

1. Répartition selon les années :

Sur une période de cinq ans, de janvier 2003 à décembre 2007, nous avons colligé 40 tumeurs palpébrales soit une moyenne de 8 tumeurs par ans avec un pic de 10 tumeurs retrouvé au cours des années 2005, 2006 et 2007.

(3 EN 2003 7 EN 2004 10 EN 2005 2006 ET 2007)

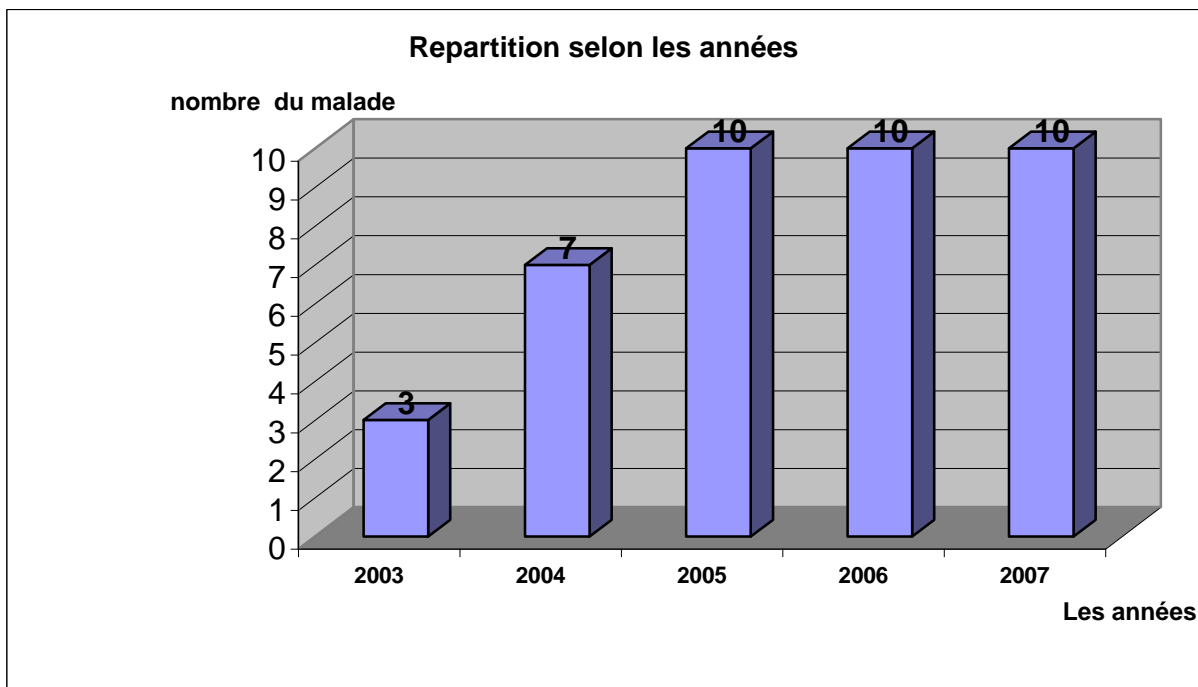


Figure N°1 : répartition des patients selon les années

2. Répartition selon l'âge et le sexe:

L'âge de nos patients varie entre 1 an et 84 ans avec une moyenne de 53,97ans.

La tranche d'âge allant de 50 à 80 ans représente le plus fort contingent avec 28 cas soit 70%.

L'âge varie entre 30 et 50 ans dans 7 cas soit 17,5% des patients, 5 de nos patients ont moins de 30 ans soit 12,5% de nos malades.

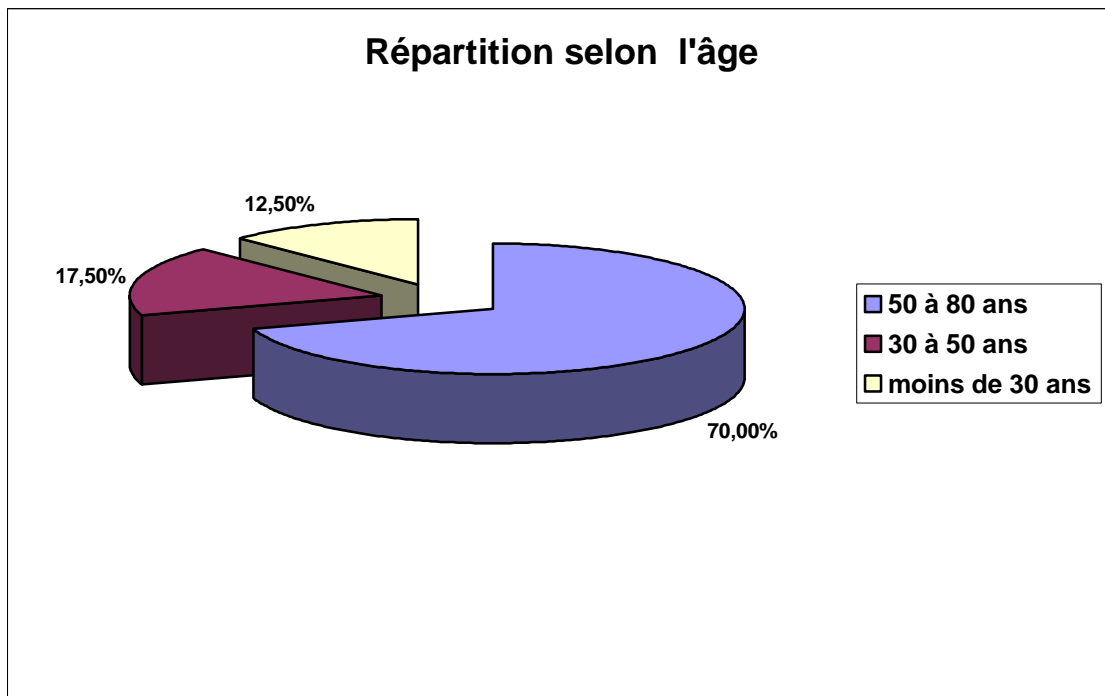


Figure N° 2 : Répartition des patients selon l'âge

Dans notre série, les deux sexes sont représentés de la même manière soit 20 cas de chaque sexe, donc nous avons un sexe ratio de 1.

3. Résultats cliniques:

Tous nos malades ont bénéficié d'un examen somatique général, appareil par appareil, en plus d'un examen ophtalmologique complet, les résultats sont les suivants :

a. Antécédents:

Chez 3 de nos patients les tumeurs palpébrales rentrent dans le cadre d'une maladie générale : il s'agit de deux cas de xéoderma pigmentosum et d'un cas de neurofibromatose de Van Recklin Ghausen.



Photo N°1 : Tumeur pigmentée de la paupière inférieure gauche chez un garçon souffrant de xéoderma pigmentosum



Photo N°2 : un neurofibrome plexiforme prenant les paupières supérieure et inférieure droites chez une patient souffrant de la maladie de Van Recklin ghausen

b. Siège de la tumeur :

Dans notre série, l'oeil droit est atteint dans 22 cas soit 55% des cas, l'oeil gauche dans 17 cas soit 42,5% des patients. Par ailleurs on note une seule atteinte bilatérale mais de façon non simultanée.

Aussi, la paupière inférieure est la plus touchée, on parle de 24 cas soit 60% de nos malades, la paupière supérieure elle, n'est affectée que dans 8 cas soit 20% des patients. Chez 5 de nos malades (12,5%), c'est l'angle interne qui est touché, alors que l'angle externe est concerné dans 3 cas seulement (7,5%).

Quoique le siège exact au niveau de la paupière ne soit pas toujours précisé, on note que chez 5 de nos patients, la tumeur siège au niveau du tiers externe. Chez 5 patients c'est le tiers moyen qui est touché alors que pour 3 patients, la tumeur s'étend de l'angle interne à l'angle externe. Le tiers interne est intéressé dans deux cas.



Photo N°3 : angiome siégeant au niveau de la paupière supérieure gauche Chez une fillette de 20 mois



Photo N° 4 : carcinome basocellulaire siégeant au niveau de l'angle interne de l'œil droit



Photo N 5 : tumeur ulcérobourgeonnante siégeant au niveau du tiers externe de la paupière inférieure droite

c. Signes associés :

Chez 6 de nos malades, la tumeur est infiltrante et envahit le plan profond. 5 de nos patients présentent un ectropion associé, et 4 d'entre eux présentent une perte de cils. On note aussi la présence de signes inflammatoires en regard de la tumeur chez 3 malades, 3 autres présentent une réduction de la fente palpébrale. Chez 2 patients, l'aile du nez est aussi envahie, dans un cas c'est tout le globe oculaire qui l'est. Un cas d'exophtalmie est rapporté dans notre série ainsi qu'une adénopathie prétragienne a été retrouvée chez l'un de nos patients.

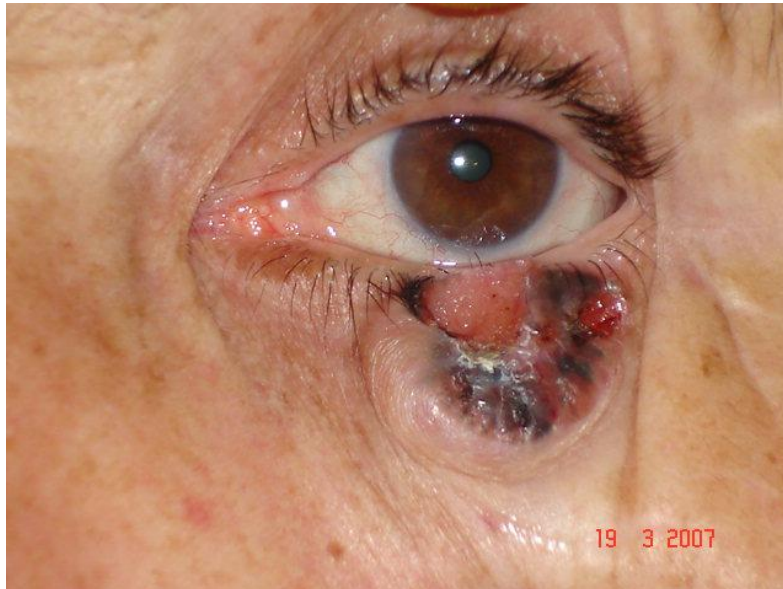


Photo N 6 : tumeur ulcérée et pigmentée du tiers moyen de la paupière inférieure gauche avec perte de cils

4. Résultats paracliniques:

Tous nos malades ont bénéficié de façon systématique d'un bilan radiologique standard (orbite face et profil) qui est revenu normal chez tous les malades.

21 explorations tomodensitométriques ont été réalisées chez 18 de nos patients dont 19 en préopératoire et 2 en postopératoire ; elles ont permis de préciser :

- Le siège de la tumeur (dans 14 d'entre elles).
- Le rapport ou l'envahissement des structures avoisinantes lorsqu'il existe n'est précisé que chez 8 malades :

La tumeur refoule le globe oculaire chez deux de nos patients, elle le respecte chez deux patients.

Dans deux cas la tumeur envahit l'os.

Un cas d'infiltration du nerf optique, un cas d'hypoplasie du canal lacrymal.

- Une prise de contraste a été notée 5 fois soit 12,5% des cas.
- La taille n'est précisée que dans 3 cas.
- Chez 2 de nos patients on retrouve un comblement des sinus associé à la tumeur.
- La TDM a été répétée chez 4 de nos patients : pour des résultats non concluants lors du premier examen dans trois cas et pour combiner un blandeau scanner à une TDM oculaire pour le quatrième

- Dans notre série, la TDM a permis de prédire la nature histologique de la tumeur chez 6 malades soit 15% des cas. Cependant, elle a égaré le diagnostic chez 3 patients.

Un bilan d'extension a concerné certains patients chez qui la maladie pouvait disséminer, il était fait d'une radiographie pulmonaire et une échographie abdominale qui sont revenues normales.



Figure3 :TDM orbito céphalique montrant un processus de densité tissulaire se développant au niveau de la paroi palpébrale supérieure gauche faisant saillie en dehors du globe oculaire, sans effet de masse, avec respect de la paroi osseuse.



Figure4 : TDM orbito céphalique montrant un processus tissulaire de l'angle interne de l'œil droit sans signes d'extension locorégionale

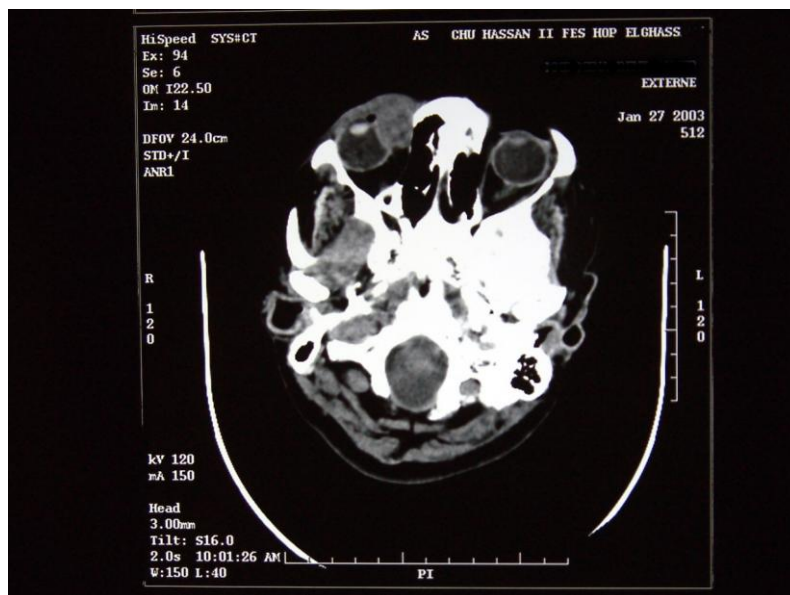


Figure5 : TDM orbito céphalique montrant la présence d'un processus de l'angle inféro-interne de l'orbite droite de densité tissulaire .Ce processus s'étend en avant du globe, le refoule en dehors, il s'étend vers l'os entraînant son amincissement sans lyse osseuse.

5. Résultats Thérapeutiques :

- Dans notre série, on a eu recours à des exentérations à 6 reprises soit chez 15% des malades :
 - 3 exentérations larges (dont une réalisée au service de chirurgie maxillofaciale)
 - 3 exentération à minima (dont une d'une reconstruction palpébrale)
- 8 de nos malades ont bénéficié d'une biopsie, suivie dans un délai variable d'un second geste chirurgical.
 - Il s'agit pour 2 patients soit 5% d'une exérèse simple sans réparation.
 - pour 6 patients soit 15%, c'est une exérèse avec reconstruction.
- 8 de nos malades soit 20% ont bénéficié d'une biopsie-exérèse de la tumeur sans réparation.
- 18 de nos malades soit 45% ont aussi bénéficié d'une biopsie-exérèse de la tumeur mais suivie d'une réparation.

Ainsi chez 24 patients les différents gestes chirurgicaux ont nécessité selon les indications le recours à une reconstruction palpébrale :

- chez 7 patients on a réalisé des greffes dermo-épidermiques (4 en utilisant la face interne du bras et 3 par la peau totale de la paupière).
- chez 4 malades :
 - la lamelle postérieure a été remplacée par une greffe du tarse de la paupière supérieure.

- la lamelle antérieure respectivement par un lambeau de glissement de la paupière inférieure à deux reprises, une fois par un lambeau de rotation de la paupière supérieure et enfin une fois par un lambeau de translation de Beard .
- Chez 4 malades :
 - la lamelle postérieure a été remplacée par une greffe mucopalatine.
 - la lamelle antérieure respectivement par un lambeau de transposition de la paupière supérieure à 2 reprises, une fois par un lambeau de glissement de la paupière inférieure, une fois par un lambeau nasogénien.
- chez un malade, la lamelle postérieure est remplacée par greffe de la muqueuse buccale interne, la lamelle antérieure par lambeau de transposition médiofrontal.
- chez trois patients nous avons utilisé un lambeau nasogénien.
- chez 2 patients un lambeau de rotation transjugal.
- chez un patient on a utilisé un lambeau de glissement jugal, un Lambeau de transposition frontale chez un autre malade et enfin un lambeau de rotation de la paupière supérieure chez un autre malade.



Photo N° 7 : Patient traité par lambeau mediofrontal



Photo N°8 : Résultats post opératoires précoces (5jours)



Photo N 9 : Résultats post opératoires tardifs (6 mois)



Photo N 10 : marges d'exérèse d'une tumeur du tiers externe de la paupière inférieure droite



Photo N° 11 : La même tumeur traitée par une greffe de peau de la paupière supérieure homolatérale

6. Résultats histologiques :

- Le type histologique le plus retrouvé est le carcinome basocellulaire avec 25 cas soit 62,5% des patients.
- Chez 6 de nos patients soit 15% des cas on retrouve un carcinome spinocellulaire
- 3 soit 7,5% des patients présentent un angiome.
- On note la présence de 2 lymphomes lymphocytiques ce qui constitue 5% des cas.
- on note aussi la présence d'un carcinome adénoïde kystique, un neurofibrome plexiforme, et un mélanome malin soit 2,5% des cas chacun.
- Dans un cas, l'examen histologique retrouve des remaniements fibro-inflammatoires.

7. Résultats postopératoires :

Pour la majorité de nos patients, les suites opératoires sont simples nous notons la présence de complications chez 4 d'entre eux seulement soit 12,5% :

2 de nos malades ont présenté un ectropion, le troisième a présenté une marche d'escalier au niveau des paupières .chez le dernier cas, on retrouve un engraissement du lambeau que l'on a traité par un dégraissage après 1 mois puis et un autre après 3 mois.



Photo N 12 : Dégraissage du lambeau palpébral supérieur gauche

4 malades n'ont pas été suivis dans notre formation, 2 d'entre eux ont été adressés pour complément de radiothérapie, un patient a été adressé en service d'ORL, et un patient est sorti contre avis médical refusant de se faire opérer.

L'évolution à long terme est généralement favorable ; des récurrences sont rapportées dans 3 cas soit 7,5% des malades et ceci après 6 mois pour l'un et 3 ans pour les 2 autres. Dans les trois cas, il s'agit initialement d'un carcinome basocellulaire .

Chez un malade, le siège de la tumeur est resté le même (angle interne), dans les deux autres cas elle a récidivé ailleurs que son siège initial.

Les trois patients ont bénéficié d'une exérèse de cette nouvelle tumeur, sans reconstruction pour deux d'entre eux. Pour le troisième, une reconstruction par lambeau à partir de la paupière supérieure a été réalisée suivie d'un complément de curiethérapie.

Pour ce qui est des résultats histologiques, on retrouve un carcinome basocellulaire chez l'un et un carcinome épidermoïde chez le second malade. Chez le troisième, on ne retrouve pas de résidu tumoral seulement un remaniement fibreux cicatriciel.



Discussions

VII. DISCUSSIONS :

A. Aspects cliniques :

Selon la littérature, les tumeurs palpébrales représentent 7% de l'ensemble de la pathologie tumorale oculaire (Levecq)[66], 15 % des tumeurs malignes de la face, et 5 à 10 % de toutes les tumeurs cutanées(Adenis) [1].

L'incidence maximale des tumeurs de paupières se situe après l'âge de 60 ans. Même si l'âge moyen dans notre série est de 43,9 ans, il est de 70,76 ans pour Sayag [90] et de 64ans dans l'étude de Staub [95]. Comme dans notre série la tranche d'âge allant de 50 à 80ans représente 62,5% des malades, dans l'étude de Ducasse

[34] la tranche d'âge située entre 60et 80 ans et celle de plus de 80 ans représentent respectivement 49,7% et 22%. Pour Levecq, les sujets de plus de 60 ans représentait 46% des cas étudiés.

Dans notre série les deux sexes sont touchés de la même manière, c'est à peu près le même résultat le retrouvé par d'autres études :

Série	Durée de l'étude	Nombre total de patients	Nombre et pourcentage des hommes	Nombre et pourcentage des femmes
Levecq [66]	5ans	1257	617 (49,1%)	640 (50,9%)
Ducasse [34]	14ans	193	97 (50,25%)	96 (49,75%)
Massoudi[75]	2ans	13	9 (69,2%)	4 (30,8%)
Notre série	5ans	40	20 (50%)	20 (50%)

Tableau n1 : Répartition des malades selon le sexe

Dans notre série, l'œil droit est légèrement plus touché que l'œil gauche avec un taux de 57,5% contre 40%. Dans la série de Ducasse et de Sayag on trouve la même constatation, contrairement à Bonnay:

Série	Œil droit	Œil gauche
Sayag[90]	55%	45%
Ducasse[34]	50,25%	49,75%
Bonnay[15]	46,9%	53,1%
Notre série	55%	42,5%

Tableau n2 : Siège des tumeurs palpébrales (OD ;OG)

Dans la littérature, on trouve que la paupière inférieure et le canthus interne sont les plus touchés par ces tumeurs, dans notre étude c'est surtout la paupière inférieure suivie de la paupière supérieure:

Etude de ...	Paupière inférieure	Canthus interne	Paupière supérieure	Canthus externe
Older[84]	53%	27%	12%	8%
Hornblass [49]	66%	16%	13%	3%
Biro [14]	53%	28%	9,4%	4,7%
Ducasse [34]	67,3%	14%	15%	3,7%
Notre étude	60%	12,5%	20%	7,5%

Tableau n 3 : Fréquence des localisations anatomiques des tumeurs.

Lors du premier examen, une simple approche clinique permet d'orienter le diagnostic vers un processus bénin ou malin.

L'interrogatoire doit préciser les facteurs favorisants, notamment l'exposition aux UV, les éventuels antécédents traumatiques, les brûlures, l'existence d'une maladie générale. La population vieillissante présente un cumul d'exposition solaire favorisant le développement des tumeurs épithéliales.

L'évolution de la lésion est aussi un élément important du diagnostic et surtout de l'éventuelle malignité. Enfin, une analyse sémiologique recherche des signes tels des saignements au contact, une perte des cils (retrouvée chez 4 de nos malades), des ulcérations, des malpositions palpébrales d'origine mécanique (ectropion retrouvé chez 5 de nos patients), une induration péri-tumorale, une infiltration nerveuse (trijumeau, sous-orbitaire) et éventuellement une adénopathie pré-tragienne ou sous-maxillaire. Classiquement, la partie externe des paupières est drainée vers les ganglions pré-auriculaires, et la partie interne vers les ganglions sous-mandibulaires. Les lésions bénignes ont généralement une croissance plus lente, et une tendance moindre à l'ulcération que les lésions malignes, de croissance rapide, non circonscrite et infiltrante, produisant une ulcération et ayant la faculté de métastaser.

Un schéma de l'étendue de la tumeur, clair et complet doit clore l'examen ophtalmologique. Nous devons toujours finir par un examen général à la recherche de métastases éventuellement.

Toutefois, dans la mesure où au sein de chaque catégorie les caractères morphologiques les plus divers peuvent se retrouver, un diagnostic exact ne peut être basé que sur l'examen histologique. Ainsi, l'incertitude du diagnostic, des raisons esthétiques ou thérapeutiques, peut motiver l'excision tumorale et une analyse anatomopathologique.

B. Aspects paracliniques :

La tomodensitométrie est actuellement l'examen réalisé quand, après un examen clinique complet, le doute diagnostique persiste .Le plus souvent on a aussi recours a cet examen quand l'aspect de la tumeur nous amène à craindre un envahissement des structures avoisinantes.

La TDM réalise une véritable coupe anatomique de l'orbite, elle montre particulièrement bien les structures osseuses, les muscles oculomoteurs et le globe oculaire .Elle permet de visualiser le processus palpébral, de le localiser et de préciser sa répercussion sur les structures avoisinantes : modification osseuse (retrouvée chez 2 de nos patients), compression du nerf optique (comme c'est le cas chez un de nos patients). L'injection de produits iodés hydrosolubles, en dehors des contre indications, visualise une éventuelle prise du produit de contraste dans le processus (dans des TDM réalisés dans notre série, on note une prise de contraste au niveau de la tumeur).

C. Aspects étiologiques :

L'épithélioma basocellulaire est la tumeur la plus fréquente au niveau de la paupière. Il représente 90% des tumeurs malignes de la région orbitaire selon Reese [86]. Aussi, de nombreux auteurs sont du même avis : Dans la littérature, on retrouve une fréquence estimée à 84,4 % pour Ducasse [33] dans 96 cas, de 80 à 90 % pour Margo[69] , de 84 % pour Lee[63], de 85 à 95 % pour Bonner[16] mais seulement de 29,77 % pour Sihota [92] aux Indes.

Dans notre série c'est également le type histologique le plus retrouvé avec 62,5% des malades suivi du carcinome spinocellulaire avec 15% des cas. Le rapport épithélioma basocellulaire sur spinocellulaire est de 39 sur 1 selon Kwikto[56] au niveau des paupières, pour nous il est de 4,1 sur 1.

Série	Nombre total des cas	Pourcentage de carcinome basocellulaire	Pourcentage de carcinome spinocellulaire
Chekir[25]	57	67	2
Carter[21]	264	92,2	6,4
Massoudi[75]	13	61	7,6
Notre série	40	62,5	15

Tableau n 4 : Comparaison de la fréquence des épithéliomas basocellulaire et spinocellulaires

D. Aspects thérapeutiques :

L'exentération est une procédure chirurgicale défigurante qui se définit par l'exérèse de tout le contenu orbitaire avec le périoste, laissant ainsi à nu les parois osseuses de l'orbite. L'indication essentielle étant l'envahissement orbitaire.

On décrit trois types d'exentération. La plus classique est l'exentération totale qui consiste à enlever tout le contenu orbitaire jusqu'au périoste et les paupières. L'exentération subtotal quant à elle préserve les paupières et une partie de la conjonctive. Enfin l'exentération élargie ajoute, à l'exentération totale, l'exérèse des structures avoisinantes : parois orbitaires, cavités nasales, par exemple l'ethmoïde ou le maxillaire supérieur.

Dans notre série 6 patients ont subi une exentération .Dans la moitié des cas il s'agit d'un carcinome basocellulaire, dans l'autre moitié c'est un carcinome spinocellulaire.

Séries	Naquin	Simon	Speath	Rathburn	Levin	Gunnalp	Notre série
Années	27-53	51-64	21-71	40-70	69-88	63-93	03-07
Nombre de carcinomes basocellulaires	11	12	8	14	8	102	3
Nombre de carcinomes spinocellulaires	4	1		2	12	61	3
Nombre de melanomes					2	4	
Nombre total d'exentérations pour toutes les tumeurs orbitaires	44	31	36	47	92	349	6

Tableau N 5 : Comparaison des exentérations selon le type de tumeurs

La prise en charge des tumeurs palpébrales est en premier lieu chirurgicale, nécessitant une analyse anatomopathologique avec recoups au niveau des berges .En cas d'exérèse incomplète une reprise chirurgicale est indispensable. La radiothérapie externe reste cependant utile dans certains cas, nos résultats sont proches des patients publiés dans la littérature.

Dans notre série, tous les patients ont bénéficié d'une chirurgie dont 2 cas soit 5% avec radiothérapie complémentaire et un cas avec chimiothérapie complémentaire .Aussi dans la série de Massoudi[75], tous les patients ont bénéficié d'une chirurgie seule. Par contre dans la série de Chekir[25] seul 75,4% des patients ont subi une chirurgie dont 1,7% avec radiothérapie complémentaire .Dans l'étude de khlif [53] 85% des malades ont bénéficié d'un traitement chirurgical dont 10% avec irradiation complémentaire.

Dans l'étude de Chekir[25] ,15% des patients ont bénéficié d'une biopsie différée par rapport au geste chirurgical contre 20% dans notre étude. 80% des malades de cette série ont bénéficié directement d'une biopsie-exérèse tumorale contre 65% de nos malades.

E .Evolution post opératoire :

Les résultats opératoires sont satisfaisants chez la majorité de nos malades. Nous retrouvons des récives tumorales, notées chez 3 de nos malades soit 7,5% :

Séries	Rivière[87]	Khlif[53]	Faure[39]	El Halimi[37]	Massoudi[75]	Notre série
Durée de l'étude	5ans	7ans	8ans	8ans	2ans	5ans
recul	Plus de 6mois	55mois en moyenne		5mois à 6ans		26mois en moyenne
Nombre de cas	154	220	73	90	13	40
Nombre de récurrences	11	21	7	15	2	3
Pourcentage des récurrences	7,1%	9,3%	9,5%	15%	15,3%	7,5%

Tableau N 6 : Comparaison des taux de récurrences tumorales

Selon Faure [39], ni le siège initial (paupière inférieure ou canthus interne) ni la nature histologique de la tumeur n'influencent la récurrence. Le risque de récurrence est par contre plus important quand les marges d'exérèse tumorales sont envahies et c'est ce que l'on retrouve chez l'un de nos malades .



Conclusion

CONCLUSION :

Les tumeurs palpébrales regroupent un ensemble de pathologies fréquemment rencontrées par l'ophtalmologiste, elles touchent essentiellement les sujets âgés.

L'examen clinique soigneux joue un rôle prépondérant dans cette pathologie car le diagnostic précoce reste le seul garant d'une prise en charge adéquate et d'une évolution favorable.

Certaines lésions bénignes peuvent être facilement reconnaissables, mais cela n'empêchera pas dans les cas suspects, de réaliser un examen tomodensitométrique afin d'étayer le diagnostic ou de rechercher un éventuel envahissement des structures avoisinantes.

En fait, le diagnostic ne peut être certain que s'il est basé sur les données histologiques. Dans tous les cas l'apport de l'examen anatomopathologique est crucial tant pour un diagnostic précis que pour l'orientation thérapeutique.

Le carcinome basocellulaire reste le type histologique le plus rencontré (62,5% dans notre étude, 80à90% des tumeurs selon la littérature) d'où la nécessité de connaître tous les aspects cliniques et thérapeutiques de ce dernier.

La chirurgie est le traitement principal, elle doit obéir aux règles carcinologiques et essayer d'assurer, grâce aux différentes techniques de reconstruction, le meilleur résultat fonctionnel et esthétique. Le suivi post opératoire est essentiel afin de détecter et de traiter à temps toute récurrence tumorale.



Résumés

RESUME

Introduction :

Les tumeurs palpébrales regroupent des pathologies plus souvent rencontrées par le dermatologue que par l'ophtalmologiste. L'examen des paupières peut amener l'ophtalmologiste à prendre en charge ce type de lésions.

L'objectif de notre thèse est d'évaluer la fréquence de ces tumeurs et leurs différents types histologiques ainsi que l'efficacité de leur approche diagnostic et thérapeutique.

Matériel et méthodes :

Ce travail est une étude rétrospective portant sur une série de 40 malades étalée sur une période de 60 mois comprise entre janvier 2003 et décembre 2007. Tous nos malades ont bénéficié d'un examen ophtalmologique complet, d'un bilan radiologique (la TDM a été réalisée chez 18 de nos malades) ainsi que d'un examen histologique.

Résultats :

Dans notre série, Les deux sexes sont touchés de manière égale. L'âge moyen de l'atteinte est de 53,9 ans avec des extrêmes allant de 4 à 80 ans.

Le siège de prédilection est la paupière inférieure, par ailleurs l'œil droit est le plus fréquemment atteint.

Sur le plan radiologique, la TDM orbito-encéphalique réalisée chez 18 malades a permis de préciser le siège de la tumeur, son retentissement sur les structures avoisinantes comme elle a permis de suspecter le caractère malin ou bénin de la tumeur.

Sur le plan histologique, le carcinome basocellulaire est le type le plus rencontré il s'agit de 25 de nos malades.

Concernant le traitement, la chirurgie a été le temps essentiel pour tous nos malades. L'évolution après un recul de quelques mois a été bonne pour la grande majorité de nos malades, on retrouve des récurrences à trois reprises seulement et quelques complications (chez 4 malades) .Les suites opératoires étaient simples pour la majorité de nos malades.

Conclusion :

La pathologie tumorale palpébrale est diversifiée, l'histopathologie permet d'orienter vers une nature bénigne ou maligne permettant ainsi une prise en charge chirurgicale adaptée et optimale sur le plan esthétique et fonctionnel.

SUMMARY

Introduction:

Eyelid tumours include diseases which are more often met by the dermatologist than by the ophthalmologist. The examination of the eyelids can lead the ophthalmologist to manage with this type of lesion

The objective of our thesis is to evaluate the frequency of these tumours and their different histological types, we will also look at the efficiency of the approach of diagnosis and the therapies.

Material and methods:

This work is a retrospective study which observes 40 patients over a period of 60 months between January 2003 and December 2007. All our patients benefit from a complete ophthalmologic, radiological (scanner essentially) and a histological examination.

Results ;

In our study, women and men are equally affected (with a ratio of 1). The average age is 53,9 years old with extremes from 4 to 80 years old. The study shows that the bottom eyelid is the most affected by the tumours as well as the right eye.

The scanner done in 45% of the cases helped define the seat of the tumour, its impact on the surrounding structures and allows suspecting its malignant or benign nature. In Histology, basal cell carcinoma is the most frequently

encounter which affects 25 of our patients. Concerning treatment, surgery was the main treatment for all our patients. The evolution after few months has been good for the vast majority of our patients. We found three recurrences and only a few complications (in 4 patients). For the majority, there were no complications after surgery.

Conclusion

Eyelid tumour pathology is diversified, the histopathology guide to a benign or malignant nature allowing care and optimal surgical on the aesthetic and functional level.



Bibliograph

- [1] **J.P. ADENIS, A. SABATIER, P.-Y. ROBERT :**
Les tumeurs des paupières des personnes âgées. Journal Français
d'Ophtalmologie Vol 29, N° 6 - juin 2006
pp. 687-693
- [2] **ADENIS J.P., SMOLIK I., CATANZO G.**
Tumeurs des paupières aspects cliniques et thérapeutiques. In : Chirurgie
palpébrale. Doin, Paris, 1991, 97-130
- [3] **ADENIS JP, SMOLIK I, LASUDRY J**
Tumeurs palpébrales Aspects cliniques, anatomopathologiques et
thérapeutiques. In: JP Adenis, S éd Morax (Ed.) Pathologie orbito-
palpébrale Paris: Masson: 1998; 311-338.
- [4] **JP ADENIS ,S MORAX :**
chirurgie palpébrale EMC Doin Editeurs 1991 Paris(4 et 6) (99-106).
- [5] **AJAIYEGBA AI.**
Malignant melanoma of the eyelid in the black. Case Report. N Afr J
Med., 1993 ; 12 : 177-179.
- [6] **AVRIL MF, AUPERIN A, MARGULIS A et al.**
Basal cell carcinoma of the face: surgery or radiotherapy ? Results of a
randomized study. Br J cancer, 1997; 76: 100-106.
- [7] **BARRACO P, HAMEDANI M, AMELINE-AUDELAN V, MORAX S.**
Surgical treatment of eyelid tumors. Journal Français d'Ophtalmologie.
2003 Jan; 26(1):92-102

- [8] **BASSET-SÉGUIN N.**
Cancérogénèse cutanée. *In:* Saurat JH, Grosshans E, Laugier P, Lachapelle JM. Dermatologie et maladies sexuellement transmissibles. Paris : Masson, 1999:564-5
- [9] **BECKER DW JR.**
Use of the carbon dioxide laser in treating multiple cutaneous neurofibromas. *Ann Plast Surg*, 1991; 26 : 582-586
- [10] **BENCHEKROUN O, LAMARI H, MOUTAWAKKIL A, LAOUISSI N, ZAGHLOUL K, AMRAOUI A.**
Manifestations ophtalmologiques de la maladie de Von Recklinghausen. *J Fr Ophtalmol*, 1997;20:753-7.
- [11] **BERGIN DJ**
Anatomy of the eyelids, lacrimal system, and orbit. *In:* CD McCord, M Tanenbaum, WR eds Nunery (Ed.) *Oculoplastic surgery*. New York : Raven Press: 1995; 51-83
- [12] **BERNARDEAU K, DERANCOURT C, CAMBIE MP ET AL.**
Cryochirurgie des carcinomas basocellulaires: étude de 358 malades. *Ann Dermatol Vénéréol*, 2000 ; 127 : 175-179
- [13] **BEYER-MACHULE CK, RIEDEL KG**
Basal cell carcinoma. *In:* DM Albert, FA eds Jakobiec (Ed.) *Principles and practice of ophthalmology*. Philadelphia : WB Saunders: 1994; 1724-1733

[14] **BIRO L. PRICE E.**

Dermatologic management of eyelid tumors. In: tumors of adnexa and orbit. A. Hornblass (ed) CV Mosby Compagny; ed st louis, 1979 pp 66-67

[15] **G. BONNAY , E. SETROUK, V. FRANCERIE, C. BRUGNIART, T. GARCIA, C. ARNDT, A. DUCASSE :**

Reconstruction de paupière par greffe tarso-marginale. Journal Français d'Ophthalmologie Volume 32, numéro S1 page 122 (avril 2009)

[16] **BONNER PK, BREGMAN DK, MC LEAN IW, LAPIANA FG.**

Mixed type basal cell carcinoma of the eyelids. Ophthalmic Plastic Reconstr Surg, 1998;14:216-21

[17] **BOWEN JT.**

Precancerous dermatoses : a study of two cases of chronic atypical epithelial proliferation. J Cutan Dis Sysph, 1912; 30: 241-255

[18] **BRASSEUR G, CHARLIN JF, NOUEL-MIDOUX J, LANGLOIS J**

Traitement des épithéliomas de la paupière par radiothérapie interstitielle. Résultats à long terme. Limites de la méthode. Bull Soc Ophtalmol Fr 1986 ; 86 : 153-156

[19] **BROADLAND DG, ZITELLI JA.**

Surgical margins for excision of primary cutaneous squamous cell carcinoma. J Acad Dermatol, 1992, 27 : 241-248

[20] **BULLOCK JD, BEARD C, SULLIVAN JH**

Cryotherapy of basal cell carcinoma in oculoplastic surgery. *Am J Ophthalmol* 1976 ; 82 :

[21] **CARTER K.D. NERAD JA? WHITAKER D.C.**

Clinical factors influencing periocular surgical defects after Mohs micrographic surgery.

Ophthalmic plast surgery 1999;15:83-91

[22] **CARTWRIGHT MJ,**

Kurumety UR, Nelson CC, Frueh BR, Musch DC Measurements of upper eyelid and eyebrow dimensions in healthy white individuals. *Am J Ophthalmol* 1994 ; 117 : 231-234

[23] **CAUJOLLE JP, CLEVY JP, ORTONNE JP, NEGRE F, GASTAUD P**

La cryochirurgie dans le traitement des épithéliomas basocellulaires des paupières. *J Fr Ophtalmol* 1989 ; 12 : 279-286

[24] **CHANDLER JW , SUGAR J , EDELHAUSER HF**

external diseases: cornea, conjunctiva , sclera ,eyelids, lachrymal system. London: CV Mosby, 1994.

[25] **N CHEKIR, S EL MABROUK, F BEN HADJ HAMIDA, T MELLOULI, M BEN SALAH, M GHORBEL, F**

(Sousse, Tunisie): Les limites de la chirurgie dans le traitement des tumeurs primitives des paupières. *Journal Français d'Ophtalmologie* Vol 25, N° 5 - avril 2002 p. 86

[26] CHUNG C, FORTE AJ, NARAYAN D, ET AL.

Giant nevi: a review. J Craniofac Surg, 2006 Nov; 17(6):1210-5

[27] CLARKE M.

Mesenchymal and fibro-osseous tumor. In : Principle and practice of ophthalmic plastic and reconstructive surgery. Philadelphia, W.B.Saunders, 1996: 994-998.

[28] COCKERELL CJ.

Histopathology of incipient intraepidermal squamous cell carcinoma. J Am Acad Dermatol, 2000, 42 :11-17

[29] Conférence de consensus sur la prise en charge du mélanome 2005.

Classification. Ann Dermatol Venereol, 2005;132:10S14-5

[30] DE LAFONTAN B., DALY N., BACHAUD J.M., MARTINEZ M.

La curiethérapie des épithéliomas palpébraux par iridium 192. Méthodes et résultats à propos de 192 cas traités au centre Claudius-Regaus. J. Fr. Ophtalmol., 1986, 6, 471-479

[31] DE SOUSA JL, LEIBOVITCH I, MALHOTRA R et al.

Techniques and Outcomes of total Upper and Lower Eyelid Reconstruction. Arch Ophthalmol. 2007;125(12)/1601-1609

[32] D'HERMIES F, HURBLI T, MOREL X, ET AL.

Neurofibrome palpébral chez une femme jeune. J Fr Ophtalmol, 2002;25:333-6.

- [33] **DUCASSE A, DESPHIEUX JL, PLUOT M, SEGAL A.**
Les tumeurs malignes de paupière. Aspects cliniques, histopathologiques et prise en charge chirurgicale. *Ophtalmologie*, 1995;9:362-6.
- [34] **A. DUCASSE, M. PLUOT, A. GOTZAMANIS, C. BRUGNIART, L. LECCIA, P. ROSSI**
Facteurs de récurrence des carcinomes baso-cellulaires de la paupière et des canthus *Journal Français d'Ophtalmologie* Vol 25, N° 5 - avril 2002 pp. 512-51.
- [35] **DUCASSE A.**
Tumeurs des paupières. *J Fr Ophtalmol*, 1991;14:500-9.
- [36] **DUTTON JJ**
Atlas of clinical and surgical orbital anatomy. In: Philadelphia : WB Saunders (Ed.) : 1994; 139-148.
- [37] **EL HALIMI R., ZERKAOUI Y .IMDARI I BENSOUHA HMELLE Z ABDELLAH E CHAOUI Z BERRAHO A**
(Rabat Maroc) :Epithélioma basocellulaire des paupières. Techniques chirurgicales : à propos de 90 cas .*Journal français d'ophtalmologie* volume 32 Avril 2009 hors série n 1 page 1S216
- [38] **ERIC BAGGIO , JEAN MARC RUBAN :**
paupières et sourcils anatomie chirurgicale encyclopédie médicochirurgicale ,*ophtalmologie* 21-004-A-10.

[39] L. FAURE, S. COUTURE, F. LABROUSSE, J.P. ADENIS ET P.Y. ROBERT :

Incidence de la récurrence après exérèse des tumeurs épithéliales palpébrales. Étude de 73 cas journal français d'ophtalmologie vol 30 supplément 2 ; Avril 2007, page 2S248.

[40] FLORELL SR, LAYFIELD LJ, GERWELS JW.

A comparison of touch imprint cytology and Mohs frozen-section histology in the evaluation of Mohs micrographic surgical margins. *J Am Acad Dermatol* 2001;44:660-4.

[41] Font RL Eyelids and lacrimal drainage system. In: WH
ed Spencer (Ed.) *Ophthalmic pathology. An atlas and*
textbook. Philadelphia : WB Saunders: 1996; 2218-2437

[42] GROB JJ

Naevus et mélanomes cutanés. In: JH Saurat, E Grosshans, P Laugier, JM éd Lachapelle (Ed.) *Dermatologie et maladies sexuellement transmissibles*. Paris : Masson: 1999; 593

[43] GROSSHANS E TUMEURS EPITHELIALES

bénignes. In: JH Saurat, E Grosshans, P Laugier, JM éd Lachapelle (Ed.) *Dermatologie et maladies sexuellement transmissibles*. Paris Masson: 1999; 553-563.

[44] GUILLAUME JC.

Précancérose épithéliales. Dans : *Dermatologie et maladies sexuellement transmissibles*. Paris, 3^e Ed Masson, 1999 : p566.

- [45] **HAWES MJ,**
Dortzbach RK The microscopic anatomy of the lower eyelid retractors. *Arch Ophthalmol* 1982 ; 100 : 1313-1318
- [46] **HAYE C, DESJARDINS L, BECACHE B, SCHLIENGER P, LAURENT M**
Résultats de 850 cas d'épithéliomas des paupières traités par radiothérapie à l'Institut Curie entre 1970 et 1980. *Ophthalmologie* 1991 ; 5 : 326-328
- [47] **HERDAN ML, MORAX S**
Anatomie des paupières et des sourcils. *Encycl Méd Chir* (Elsevier, Paris), Ophthalmologie, 21-004-A-10: 1996; 1-10
- [48] **Histological typing of tumours of the eye and its adnexa. Second Edition,**
1998. WHO, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York
- [49] **HORNBLASS A**
tumors of the ocular adnexa and orbit. CV Mosby Compagny; ed ; st louis
1979
- [50] **HUEMER GN.**
The value of full thickness skin grafts in reconstruction of periorbital region. *Plast Reconstr Surg.* 2008 May ; 121(5): 1857-8
- [51] **JAKOBIEC FA.**
Sebaceous tumors of the ocular adnexa. *In:* Albert DM, Jakobiec FA, ed. *Principles and practice of ophthalmology.* Philadelphia: Saunders, 1994:1745-70.

[52] KAPLAN I, KOTT I, GILER S.

The CO2 laser in the treatment of lesions in the treatment of lesions of the eyelids and periorbital region. J Clin Laser Med Surg. 1996 Aug;14(4):185-7.

[53] H. KHLIF, , C. LEVY GABRIEL, R. DENDALE, L. LUMBROSO LE ROUIC, X. SASTRE, S. MORAX ET L.

Desjardins : Carcinome basocellulaire palpébral : expérience de l'Institut Curie journal français d'ophtalmologie vol 30 supplément 2 Avril 2007 page 2S248

[54] KIKKAWA DO, LEMKE BN

Orbital and eyelid anatomy. In: RK ed Dortzbach (Ed.) Ophthalmic plastic surgery. Prevention and management of complications. New York : Raven press: 1994; 1-29.

[55] KRONISH JW

Eyelid reconstruction. In: DT ed Tse (Ed.) Color atlas of ophthalmic surgery. Philadelphia : JB Lippincott: 1992; 245-294.

[56] KWIKTO M.L. BONIUK L. ZIMMERMAN L. E.

Eyelid tumors with referenceto lesions confusedwith squamous cell carcinoma I. Incidence and errors in diagnosis. Arch.Ophtalmol. 1963 ,69, 693-697

- [57] **LAGIER J, ZUR C, CAUJOLLE JP, BENSADOUN RJ,**
Chauvel P Place de l'accélérateur de particules dans les tumeurs palpébro-conjonctivales. In: JP Adenis, S éd Morax (Ed.) Pathologie orbito-palpébrale. Paris : Masson: 1998; 339-343.
- [58] **LAMOND JP, AUCHTER RM, HARARI PM**
Radiation therapy of ocular and orbital disease. In: DM ed Albert (Ed.) Ophthalmic surgery. Principles and techniques. Malden : Blackwell Science: 1999; 1634-1647.
- [59] **LARSON PO, SNOW SN, NYHAY SG, DUDLEY C, MOHS FE MOHS**
micrographic surgery for tumor excision. In: DM ed Albert (Ed.) Ophthalmic surgery. Principles and techniques. Malden : Blackwell Science: 1999; 1342-1363
- [60] **J LASUDRY, J PADENIS, PY ROBERT**
encyclopédie médicochirurgicale ophtalmologie [21-110-A-10]
- [61] **J LASUDRY : T**
tumeurs palpébrales aspects clinique et diagnostic, journal français d'ophtalmologie volume 26 , N1 Janvier 2003 pp 70-76.
- [62] **LEE JAH. Etiology,**
epidemiology and prognosis of melanoma and skin neoplasms. Curr Opin Oncol, 1990; 2: 388-393.

- [63] **LEE SB, SAW SM, AU EONG KG, CHAN TK, LEE HP.**
Incidence of eyelid cancers in Singapour from 1968 to 1995. Br J Ophthalmol, 1999;83:595-7.
- [64] **LEMARCHAND-VENENCIE F, ENJOLRAS O**
Angiomes et malformations vasculaires. In: JH Saurat, E Grosshans, P Laugier, JM éd Lachapelle (Ed.) Dermatologie et maladies sexuellement transmissibles. Paris : Masson: 1999; 628-634.
- [65] **LEMKE BN, STASIOR OG, ROSENBERG PN**
The surgical relations of the levator palpebrae superioris muscle. Ophthalmic Plast Reconstr Surg 1988 ; 4 : 25-30.
- [66] **LEVECQ , P DE POTTER A-P GUAGNINI :**
Epidémiologie des lésions oculaires et orbitaires adressées à un centre d'oncologie ociulaire. Journal français d'ophtalmologie vol 28 N 8 octobre 2005
- [67] **LINSMEIER KILMER S ADNEXAL
TUMORS. IN: MJ MANNIS, MS MACSAI, AC EDS HUNTLEY (ED.)**
Eye and skin disease. Philadelphia : Lippincott-Raven: 1996; 361-366
- [68] **MANN F, MORAX S.**
Tumeurs de l'orbite de l'enfant. Dans : Ophtalmologie. EMC (Elsevier Masson SAS), 2007,21-650-A-10.

[69] MARGO CE, WALTZ K.

Basal cell carcinoma of the eyelid and periocular skin. *Surv Ophthalmol*, 1993;38:169-92

[70] MATARASSO ATERINO EO.

Forehead-brown rhytidoplasty: reassessing the goals. *Plast Reconstr Surg* 1994 ; 93 : 1378.

[71] MAURIELLO J.A., FLANAGAN J.C..

Tumors and inflammations of the lids. In : Management of orbital and ocular adnexal tumors and inflammations. Springer-Verlag., Berlin, 1990, 197-276.

[72] MAUS M

Basic eyelid anatomy. In: DM Albert, FA eds Jakobiec (Ed.) Principles and practice of ophthalmology. Philadelphia : WB Saunders: 1994; 1689-1692.

[73] McCord CD, Nunery WR, Tanenbaum M

Reconstruction of the lower eyelid and outer canthus. In: CD McCord, M Tanenbaum, WR eds Nunery (Ed.) *Oculoplastic surgery*. New York : Raven Press: 1995; 119-144.

[74] MCCORD CD

System of repair of full-thickness eyelid defects.
In: CD McCord, M Tanenbaum, WR eds Nunery (Ed.) *Oculoplastic surgery*. New York : Raven Press: 1995; 85-97.

- [75] **R. MESSAOUDI , R. ZERROUK, S. LOUAYA, A. OUBAAZ :**
Les tumeurs malignes des paupières : à propos de 13 cas Journal Français d'Ophthalmologie Volume 32, numéro S1page 1184 (avril 2009)
- [76] **MEYER DR, LINBERG JV, WOBIG JL, McCORMICK SA**
Anatomy of the orbital septum and associated eyelid connective tissues. Implications for ptosis surgery. Ophthalmic Plast Reconstr Surg 1991 ; 7 : 104-113
- [77] **MITCHELL A, MONTANO G**
Management of periocular basal cell carcinoma : Mohs'micrographic surgery versus radiotherapy: II. Radiotherapy. Surv Ophthalmol 1993 ; 42 : 203-210
- [78] **MISSOTTEN GS, DE WOLFF-ROUENDAAL D, DE KEISER RJ.**
Merkel cell carcinoma of the eyelid review of the literature and report of patients with Merkel cell carcinoma showing spontaneous regression. Ophthalmology. 2008 Jan;115(1):195-201
- [79] **MIYAMOTO J, NAKAJIMA T, NAGASAO T ET AL**
Full-thickness reconstruction of the eyelid with rotation flap based on orbicularis oculi muscle and parietal mucosal graft: long-term results in 12 cases. J Plast Reconstr Aesthet Surg 2008 Sept
- [80] **MOHS FE**
Micrographic surgery for the microscopically controlled excision of eyelid cancers. Arch Ophthalmol 1986 ; 104 : 901-909

[81] F. MOURIAUX , P. BARRACO [DAGGER] , P. PATENOTRE, P. PELLERIN :

L'exentération orbitaire Journal Français d'Ophtalmologie Vol 24, N° 8 - octobre 2001 pp. 865-874

[82] NEGRIER S, SAIAG P, GUILLOT B, ET AL.

Recommandations pour la pratique clinique: standards, options et recommandations 2005 pour la prise en charge des patients adultes atteints d'un mélanome cutané. Ann dermatol Venereol 2005;132:10S 79-85

[83] ODLAND P.B., WHITAKER D.C..

Mohs micrographic surgery. In : Oculoplastic surgery. Lippincott Compagny, Philadelphia, 1992, 239-244

[84] OLDER J.J. QUIKERT M.H. BEARD C.

Surgical removal of basal cell carcinoma of the eyelids utilizing frozen section controls. Trans.Am.Ac.ophtalmol.otolaryngol. 1975,79,658-663

[85] PATRINELY JR, MARINES HM, ANDERSON RL

Skin flaps in periorbital reconstruction. Surv Ophthalmol 1987 ; 31 : 249-261

[86] REESE AB.

Tumors of the eye .3e edition Harper and Row, ed . New York 1976

**[87] M. RIVIERE, A. FERRON, F. SCHOLTES, C. BRUGNIART, T.D.
NGUYEN, M. PLUOT ET A. DUCASSE: C**

arcinomes basocellulaires de paupière : aspects épidémiologiques et prise en charge thérapeutique journal français d'ophtalmologie vol 30 supplément 2 ;Avril 2007 page 2S248

[88] RUBAN JM

Place du laser argon en pathologie palpébrale. In: JP Adenis, S éd Morax (Ed.) Pathologie orbito-palpébrale Paris : Masson: 1998; 385-389.

[89] SAIAG P, GROSSHANS E

Autres tumeurs vasculaires. In: JH Saurat, E Grosshans, P Laugier, JM éd Lachapelle (Ed.) Dermatologie et maladies sexuellement transmissibles. Paris : Masson: 1999; 635-639

**[90] SAYAG D. ; DUCASSE A. ; COICAUD C. ; GOTZAMANIS A. ;
SEGAL A. :**

La greffe tarso-marginale : indication en chirurgie réparatrice de paupière Journal français d'ophtalmologie 2001, vol. 24, n°7, pp. 724-728

[91] SCOTT KR, KRONISH JW P

remalignant lesions and squamous cell carcinoma. In: DM Albert, FA eds Jakobiec (Ed.) Principles and practice of ophthalmology. Philadelphia : WB Saunders: 1994; 1733-1744.

- [92] **SIHOTA R, TANDON K, BETHARIA SM, ARORA R.**
Malignant eyelid tumors in an indian population. Arch Ophthalmol,
1996;114:108-9.
- [93] **STASIOR GO, STASIOR OG**
Eyelid and canthal reconstruction. In: RK ed Dortzbach (Ed.) Ophthalmic
plastic surgery. Prevention and management of complications.
New York : Raven Press: 1994; 125-140
- [94] **STASIOR GO, STASIOR OG**
Eyelid reconstruction. In: DM ed Albert (Ed.) Ophthalmic surgery.
Principles and techniques. Malden : Blackwell Science: 1999; 1364-1373.
- [95] **G. STAUB A, M. REVOL A, P. MAY A, J.-C. BAYOL A, O. VEROLA B,
J.-M. SERVANT :**
Marges d'exérèse chirurgicale et taux de récurrence des carcinomes
cutanés : Étude prospective de 844 cas Annales de chirurgie plastique
esthétique
Volume 53, numéro 5 pages 389-398 (octobre 2008)
- [96] **TANENBAUM M, GROVE AS, MCCORD CD**
Eyelid tumors : diagnosis and
management. In: CD McCord, M Tanenbaum, WR
eds Nunery (Ed.) Oculoplastic surgery. New York : Raven
Press: 1995; 145-174.

[97] TAVASSOLI LALEH :

Tumeurs palpébrales, diagnostic, histopathologie , traitement, chirurgie
(thèse) université bordeaux2 Victor Séglan UFR des sciences médicales ;
2008.

[98] TYERS AG, COLLIN JRO.

Colour Atlas of Ophthalmic Plastic Surgery. Second edition. Butterworth
Heinemann, 2001; 360 p.

[99] Wiggs EO

Periocular flaps. In: MR ed Levine (Ed.) Manual of oculoplastic
surgery. Boston : Butterworth-Heinemann: 1996; 191-197.

جامعة محمد الخامس
كلية الطب والصيدلة بالرباط
سنة : 2009

53 أطروحة رقم:

الأورام الجفنية
بصدد 40 حالة

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم :

من طرف

السيدة: رشالحو

المزادة في 13 فبراير 1983 بالرباط

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية : الأورام الجفنية – التشريح الدقيق – الجراحة.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

السيدة: أمينة برحو

رئيسة

السيد: زكرياء ملال

أستاذة في طب العيون
مشرف

السيد: عبد الكريم بولنوار

أستاذ مبرز في طب العيون

السيد: مالك بولعدس

أستاذ في طب العيون

السيد: الحسن عبد الله

أستاذ مبرز في أمراض الفم وجراحة الوجه

أستاذ مبرز في طب العيون