

UNIVERSITE MOHAMMED V - RABAT
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT-

ANNEE: 2018

THESE N°: 286

LA PRISE EN CHARGE
DES TUMEURS CUTANÉES MALIGNES

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le :

PAR

Mr. Reda LAMNAOUAR

Né le 11 Janvier 1992

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES : Carcinome Basocellulaire – Carcinome épidermoïde – Mélanome –
Sarcome de Kaposi – Dermatofibrosarcome de Darier Ferrand.

JURY

Mr. A. ABBASSI

Professeur de Chirurgie Réparatrice et Plastique

Mr. M. O. LAMRANI

Professeur de Traumatologie Orthopédie

Mr. J. HAFIDI

Professeur de Chirurgie Réparatrice et Plastique

Mr. N. FEJJAL

Professeur de Chirurgie Réparatrice et Plastique

PRESIDENT &
RAPPORTEUR

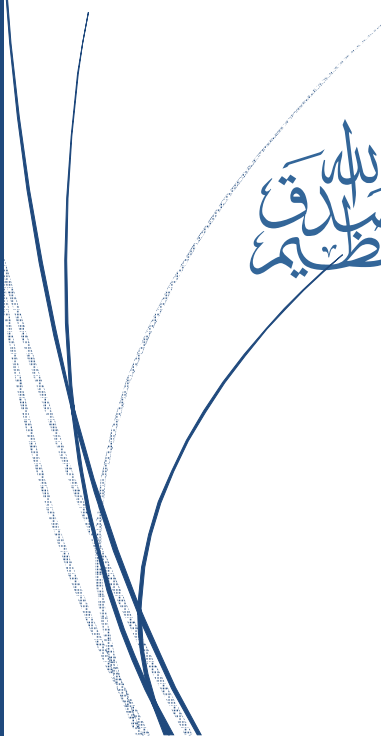
JUGES



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا
إنك أنت العليم الحكيم

سورة البقرة: الآية: 31



بِسْمِ اللَّهِ
الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969 : Professeur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 – 2013 : Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI



ADMINISTRATION :

Doyen : Professeur Mohamed ADNAOUI
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes
Professeur Mohammed AHALLAT
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération
Professeur Taoufiq DAKKA
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie
Professeur Jamal TAOUFIK
Secrétaire Général : Mr. Mohamed KARRA

1- ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS

**ET
PHARMACIENS**

PROFESSEURS :

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi
Pr. SETTAF Abdellatif

Médecine Interne – **Clinique Royale**
Anesthésie -Réanimation
pathologie Chirurgicale

Novembre et Décembre 1985

Pr. BENSAID Younes

Pathologie Chirurgicale

Janvier, Février et Décembre 1987

Pr. CHAHED OUZZANI Houria
Pr. LACHKAR Hassan
Pr. YAHYAOUY Mohamed

Gastro-Entérologie
Médecine Interne
Neurologie

Décembre 1988

Pr. BENHAMAMOUCH Mohamed Najib
Pr. DAFIRI Rachida

Chirurgie Pédiatrique
Radiologie

Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed
Pr. CHAD Bouziane
Pr. OUZZANI Taïbi Mohamed Réda

Janvier et Novembre 1990

Pr. CHKOFF Rachid
Pr. HACHIM Mohammed*
Pr. KHARBACH Aïcha
Pr. MANSOURI Fatima
Pr. TAZI Saoud Anas

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AL HAMANY Zaïtounia
Pr. AZZOUZI Abderrahim
Pr. BAYAHIA Rabéa
Pr. BELKOUCHI Abdelkader
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif
Pr. BENSOUDA Yahia
Pr. BERRAHO Amina
Pr. BEZZAD Rachid
Pr. CHABRAOUI Layachi
Pr. CHERRAH Yahia
Pr. CHOKAIRI Omar
Pr. KHATTAB Mohamed
Pr. SOULAYMANI Rachida
Pr. TAOUFIK Jamal

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
Pr. BENSOUDA Adil
Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
Pr. CHAHED OUZZANI Laaziza
Pr. CHRAIBI Chafiq
Pr. DEHAYNI Mohamed*
Pr. EL OUAHABI Abdessamad
Pr. FELLAT Rokaya
Pr. GHAFIR Driss*
Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. TAGHY Ahmed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Noureddine
Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid

Pr. EL AMRANI Sabah

Médecine Interne – **Doyen de la FMPR**
Pathologie Chirurgicale
Neurologie

Pathologie Chirurgicale
Médecine-Interne
Gynécologie -Obstétrique
Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation

Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation – **Doyen de la FMPO**
Néphrologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Biochimie et Chimie
Pharmacologie
Histologie Embryologie
Pédiatrie
Pharmacologie – **Dir. du Centre National PV**
Chimie thérapeutique **V.D à la pharmacie+Dir du CEDOC**

Chirurgie Générale V.D Aff. Acad. et Estud
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Gastro-Entérologie
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Neurochirurgie
Cardiologie
Médecine Interne
Anatomie
Chirurgie Générale
Microbiologie



Radiothérapie
Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Doyen de la FMPA
Gynécologie Obstétrique

Pr. EL BARDOUNI Ahmed
 Pr. EL HASSANI My Rachid
 Pr. ERROUGANI Abdelkader
 Pr. ESSAKALI Malika
 Pr. ETTAYEBI Fouad
 Pr. HADRI Larbi*
 Pr. HASSAM Badredine
 Pr. IFRINE Lahssan
 Pr. JELTHI Ahmed
 Pr. MAHFOUD Mustapha
 Pr. RHRAB Brahim
 Pr. SENOUCI Karima

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
 Pr. ABDELHAK M'barek
 Pr. BELAIDI Halima
 Pr. BENTAHILA Abdelali
 Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
 Pr. BERRADA Mohamed Saleh
 Pr. CHAMI Ilham
 Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
 Pr. JALIL Abdelouahed
 Pr. LAKHDAR Amina
 Pr. MOUANE Nezha

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
 Pr. AMRAOUI Mohamed
 Pr. BAIDADA Abdelaziz
 Pr. BARGACH Samir
 Pr. CHAARI Jilali*
 Pr. DIMOU M'barek*
 Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine*
 Pr. EL MESNAOUI Abbes
 Pr. ESSAKALI HOUSSEINI Leila
 Pr. HDA Abdelhamid*
 Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
 Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
 Pr. SEFIANI Abdelaziz
 Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Décembre 1996

Pr. AMIL Touriya*
 Pr. BELKACEM Rachid
 Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
 Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
 Pr. GAOUZI Ahmed
 Pr. MAHFOUDI M'barek*
 Pr. OUADGHIRI Mohamed
 Pr. OUZEDDOUN Naima
 Pr. ZBIR EL Mehdi*

Traumato-Orthopédie
 Radiologie
 Chirurgie Générale- **Directeur CHIS**
 Immunologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Médecine Interne
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Anatomie Pathologique
 Traumatologie – Orthopédie
 Gynécologie –Obstétrique
 Dermatologie

Urologie
 Chirurgie – Pédiatrique
 Neurologie
 Pédiatrie
 Gynécologie – Obstétrique
 Traumatologie – Orthopédie
 Radiologie
 Ophtalmologie
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique
 Pédiatrie

Réanimation Médicale
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique
 Gynécologie Obstétrique
 Médecine Interne
 Anesthésie Réanimation
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Cardiologie - **Directeur HMI Med V**
 Urologie
 Ophtalmologie
 Génétique
 Réanimation Médicale

Radiologie
 Chirurgie Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Radiologie
 Traumatologie-Orthopédie
 Néphrologie
 Cardiologie



Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BEN SLIMANE Lounis
Pr. BIROUK Nazha
Pr. ERREIMI Naima
Pr. FELLAT Nadia
Pr. HAIMEUR Charki*
Pr. KADDOURI Nouredine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. TAOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Gynécologie-Obstétrique
Urologie
Neurologie
Pédiatrie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Psychiatrie
Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

Pr. AFIFI RAJAA
Pr. BENOMAR ALI
Pr. BOUGTAB Abdesslam
Pr. ER RIHANI Hassan
Pr. BENKIRANE Majid*
Pr. KHATOURI ALI*

Gastro-Entérologie
Neurologie – *Doyen de la FMP Abulcassis*
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Hématologie
Cardiologie

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUMAR Hassan
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr.Sououd
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
Pr. ECHARRAB El Mahjoub
Pr. EL FTOUH Mustapha
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
Pr. ISMAILI Hassane*
Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
Pr. TACHINANTE Rajae
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Pneumophtisiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Traumatologie Orthopédie- *Dir. Hop. Av. Marr.*
Anesthésie-Réanimation *Inspecteur du SSM*
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne



Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
Pr. AJANA Fatima Zohra
Pr. BENAMR Said
Pr. CHERTI Mohammed
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
Pr. EL HASSANI Amine
Pr. EL KHADER Khalid
Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
Pr. MAHASSINI Najat
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
Pr. ROUIMI Abdelhadi*

Neurologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie *Directeur Hop. Chekikh Zaied*
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anatomie Pathologique
Pédiatrie
Neurologie

Décembre 2000

Pr. ZOHAIR ABDELAH*

ORL

Décembre 2001

Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BENABDELJLIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENAMOR Jouda
Pr. BENELBARHDADI Imane
Pr. BENNANI Rajae
Pr. BENOUECHANE Thami
Pr. BEZZA Ahmed*
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
Pr. BOUMDIN El Hassane*
Pr. CHAT Latifa
Pr. DAALI Mustapha*
Pr. DRISSI Sidi Mourad*
Pr. EL HIJRI Ahmed
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
Pr. EL MADHI Tarik
Pr. EL OUNANI Mohamed
Pr. ETTAIR Said
Pr. GAZZAZ Miloudi*
Pr. HRORA Abdelmalek
Pr. KABBAJ Saad
Pr. KABIRI EL Hassane*
Pr. LAMRANI Moulay Omar
Pr. LEKEHAL Brahim
Pr. MAHASSIN Fattouma*
Pr. MEDARHRI Jalil
Pr. MIKDAME Mohammed*
Pr. MOHSINE Raouf
Pr. NOUINI Yassine
Pr. SABBABH Farid
Pr. SEFIANI Yasser
Pr. TAOUFIK BENCHEKROUN Soumia

Anesthésie-Réanimation
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Rhumatologie
Anatomie
Radiologie
Radiologie
Chirurgie Générale
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Chirurgie Générale
Pédiatrie **Directeur. Hop.d'Enfants**
Neuro-Chirurgie
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Thoracique
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Médecine Interne
Chirurgie Générale
Hématologie Clinique
Chirurgie Générale
Urologie **Directeur Hôpital Ibn Sina**
Chirurgie Générale
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pédiatrie



Décembre 2002

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
Pr. AMEUR Ahmed *
Pr. AMRI Rachida
Pr. AOURARH Aziz*
Pr. BAMOU Youssef *
Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
Pr. BENZEKRI Laila
Pr. BENZZOUBEIR Nadia
Pr. BERNOUSSI Zakiya
Pr. BICHRA Mohamed Zakariya*
Pr. CHOHO Abdelkrim *

Anatomie Pathologique
Urologie
Cardiologie
Gastro-Entérologie
Biochimie-Chimie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique
Psychiatrie
Chirurgie Générale

Pr. CHKIRATE Bouchra
 Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
 Pr. EL HAOURI Mohamed *
 Pr. FILALI ADIB Abdelhai
 Pr. HAJJI Zakia
 Pr. IKEN Ali
 Pr. JAAFAR Abdeloihab*
 Pr. KRIOUILE Yamina
 Pr. LAGHMARI Mina
 Pr. MABROUK Hfid*
 Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
 Pr. OUJILAL Abdelilah
 Pr. RACHID Khalid *
 Pr. RAISS Mohamed
 Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
 Pr. RHOU Hakima
 Pr. SIAH Samir *
 Pr. THIMOU Amal
 Pr. ZENTAR Aziz*

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
 Pr. AMRANI Mariam
 Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
 Pr. BENKIRANE Ahmed*
 Pr. BOUGHALEM Mohamed*
 Pr. BOULAADAS Malik
 Pr. BOURAZZA Ahmed*
 Pr. CHAGAR Belkacem*
 Pr. CHERRADI Nadia
 Pr. EL FENNI Jamal*
 Pr. EL HANCHI ZAKI
 Pr. EL KHORASSANI Mohamed
 Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
 Pr. HACHI Hafid
 Pr. JABOUIRIK Fatima
 Pr. KHARMAZ Mohamed
 Pr. MOUGHIL Said
 Pr. OUBAAZ Abdelbarre*
 Pr. TARIB Abdelilah*
 Pr. TIJAMI Fouad
 Pr. ZARZUR Jamila

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
 Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
 Pr. ALLALI Fadoua
 Pr. AMAZOUZI Abdellah
 Pr. AZIZ Noureddine*
 Pr. BAHIRI Rachid

Pédiatrie
 Chirurgie Pédiatrique
 Dermatologie
 Gynécologie Obstétrique
 Ophtalmologie
 Urologie
 Traumatologie Orthopédie
 Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Traumatologie Orthopédie
 Gynécologie Obstétrique
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Générale
 Pneumophtisiologie
 Néphrologie
 Anesthésie Réanimation
 Pédiatrie
 Chirurgie Générale

Ophtalmologie
 Anatomie Pathologique
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Gastro-Entérologie
 Anesthésie Réanimation
 Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
 Neurologie
 Traumatologie Orthopédie
 Anatomie Pathologique
 Radiologie
 Gynécologie Obstétrique
 Pédiatrie
 Cardiologie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Ophtalmologie
 Pharmacie Clinique
 Chirurgie Générale
 Cardiologie



Chirurgie Réparatrice et Plastique
 Chirurgie Générale
 Rhumatologie
 Ophtalmologie
 Radiologie
 Rhumatologie

Pr. BARKAT Amina
 Pr. BENYASS Aatif
 Pr. BERNOUSSI Abdelghani
 Pr. DOUDOUH Abderrahim*
 Pr. EL HAMZAOUI Sakina*
 Pr. HAJJI Leila
 Pr. HESSISSEN Leila
 Pr. JIDAL Mohamed*
 Pr. LAAROUSSI Mohamed
 Pr. LYAGOUBI Mohammed
 Pr. NIAMANE Radouane*
 Pr. RAGALA Abdelhak
 Pr. SBIHI Souad
 Pr. ZERAIDI Najia

Décembre 2005 Pr. CHANI Mohamed

Avril 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
 Pr. AKJOUJ Said*
 Pr. BELMEKKI Abdelkader*
 Pr. BENCHEIKH Razika
 Pr. BIYI Abdelhamid*
 Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
 Pr. BOULAHYA Abdellatif*
 Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
 Pr. DOGHMI Nawal
 Pr. FELLAT Ibtiham
 Pr. FAROUDY Mamoun
 Pr. HARMOUCHE Hicham
 Pr. HANAFI Sidi Mohamed*
 Pr. IDRIS LAHLOU Amine*
 Pr. JROUNDI Laila
 Pr. KARMOUNI Tariq
 Pr. KILI Amina
 Pr. KISRA Hassan
 Pr. KISRA Mounir
 Pr. LAATIRIS Abdelkader*
 Pr. LMIMOUNI Badreddine*
 Pr. MANSOURI Hamid*
 Pr. OUANASS Abderrazzak
 Pr. SAFI Soumaya*
 Pr. SEKKAT Fatima Zahra
 Pr. SOUALHI Mouna
 Pr. TELLAL Saida*
 Pr. ZAHRAOUI Rachida

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
 Pr. ACHACHI Leila
 Pr. ACHOUR Abdessamad*

Pédiatrie
 Cardiologie
 Ophtalmologie
 Biophysique
 Microbiologie
 Cardiologie (mise en disponibilité)
 Pédiatrie
 Radiologie
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Parasitologie
 Rhumatologie
 Gynécologie Obstétrique
 Histo-Embryologie Cytogénétique
 Gynécologie Obstétrique

Anesthésie Réanimation

Rhumatologie
 Radiologie
 Hématologie
 O.R.L.
 Biophysique
 Chirurgie - Pédiatrique
 Chirurgie Cardio - Vasculaire
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Cardiologie
 Anesthésie Réanimation
 Médecine Interne
 Anesthésie Réanimation
 Microbiologie
 Radiologie
 Urologie
 Pédiatrie
 Psychiatrie
 Chirurgie - Pédiatrique
 Pharmacie Galénique
 Parasitologie
 Radiothérapie
 Psychiatrie
 Endocrinologie
 Psychiatrie
 Pneumo - Phtisiologie
 Biochimie
 Pneumo - Phtisiologie



Pr. AIT HOUSSA Mahdi*
 Pr. AMHAJJI Larbi*
 Pr. AOUI Sarra
 Pr. BAITE Abdelouahed*
 Pr. BALOUCH Lhousaine*
 Pr. BENZIANE Hamid*
 Pr. BOUTIMZINE Nourdine
 Pr. CHARKAOUI Naoual*
 Pr. EHIRCHIOU Abdelkader*
 Pr. ELABSI Mohamed
 Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
 Pr. EL OMARI Fatima
 Pr. GHARIB Noureddine
 Pr. HADADI Khalid*
 Pr. ICHOU Mohamed*
 Pr. ISMAILI Nadia
 Pr. KEBDANI Tayeb
 Pr. LALAOU SALIM Jaafar*
 Pr. LOUZI Lhoussain*
 Pr. MADANI Naoufel
 Pr. MAHI Mohamed*
 Pr. MARC Karima
 Pr. MASRAR Azlarab
 Pr. MRABET Mustapha*
 Pr. MRANI Saad*
 Pr. OUZZIF Ez zohra*
 Pr. RABHI Monsef*
 Pr. RADOUANE Bouchaib*
 Pr. SEFFAR Myriame
 Pr. SEKHSOKH Yessine*
 Pr. SIFAT Hassan*
 Pr. TABERKANET Mustafa*
 Pr. TACHFOUTI Samira
 Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
 Pr. TANANE Mansour*
 Pr. TLIGUI Houssain
 Pr. TOUATI Zakia

Décembre 2007

Pr. DOUHAL ABDERRAHMAN

Décembre 2008

Pr ZOUBIR Mohamed*
 Pr TAHIRI My El Hassan*

Chirurgie cardio vasculaire
 Traumatologie orthopédie
 Parasitologie
 Anesthésie réanimation **Directeur ERSM**
 Biochimie-chimie
 Pharmacie clinique
 Ophtalmologie
 Pharmacie galénique
 Chirurgie générale
 Chirurgie générale
 Anesthésie réanimation
 Psychiatrie
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Radiothérapie
 Oncologie médicale
 Dermatologie
 Radiothérapie
 Anesthésie réanimation
 Microbiologie
 Réanimation médicale
 Radiologie
 Pneumo phtisiologie
 Hématologie biologique
 Médecine préventive santé publique et hygiène
 Virologie
 Biochimie-chimie
 Médecine interne
 Radiologie
 Microbiologie
 Microbiologie
 Radiothérapie
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Ophtalmologie
 Chirurgie générale
 Traumatologie orthopédie
 Parasitologie
 Cardiologie



Ophtalmologie

Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali*
Pr. AGDR Aomar*
Pr. AIT ALI Abdelmounaim*
Pr. AIT BENHADDOU El hachmia
Pr. AKHADDAR Ali*
Pr. ALLALI Nazik
Pr. AMINE Bouchra
Pr. ARKHA Yassir
Pr. BELYAMANI Lahcen*
Pr. BJIJOU Younes
Pr. BOUHSAIN Sanae*
Pr. BOUI Mohammed*
Pr. BOUNAIM Ahmed*
Pr. BOUSSOUGA Mostapha*
Pr. CHAKOUR Mohammed *
Pr. CHTATA Hassan Toufik*
Pr. DOGHMI Kamal*
Pr. EL MALKI Hadj Omar
Pr. EL OUENNASS Mostapha*
Pr. ENNIBI Khalid*
Pr. FATHI Khalid
Pr. HASSIKOU Hasna *
Pr. KABBAJ Nawal
Pr. KABIRI Meryem
Pr. KARBOUBI Lamya
Pr. L'KASSIMI Hachemi*
Pr. LAMSAOURI Jamal*
Pr. MARMADE Lahcen
Pr. MESKINI Toufik
Pr. MESSAOUDI Nezha *
Pr. MSSROURI Rahal
Pr. NASSAR Ittimade
Pr. OUKERRAJ Latifa
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *

PROFESSEURS AGREGES :

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
Pr. AMEZIANE Taoufiq*
Pr. BELAGUID Abdelaziz
Pr. BOUAITY Brahim*
Pr. CHADLI Mariama*
Pr. CHEMSI Mohamed*
Pr. DAMI Abdellah*
Pr. DARBI Abdellatif*
Pr. DENDANE Mohammed Anouar
Pr. EL HAFIDI Naima
Pr. EL KHARRAS Abdennasser*

Médecine interne
Pédiatre
Chirurgie Générale
Neurologie
Neuro-chirurgie
Radiologie
Rhumatologie
Neuro-chirurgie
Anesthésie Réanimation
Anatomie
Biochimie-chimie
Dermatologie
Chirurgie Générale
Traumatologie orthopédique
Hématologie biologique
Chirurgie vasculaire périphérique
Hématologie clinique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Médecine interne
Gynécologie obstétrique
Rhumatologie
Gastro-entérologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Microbiologie ***Directeur Hôpital My Ismail***
Chimie Thérapeutique
Chirurgie Cardio-vasculaire
Pédiatrie
Hématologie biologique
Chirurgie Générale
Radiologie
Cardiologie
Pneumo-phtisiologie



Anesthésie réanimation
Médecine interne
Physiologie
ORL
Microbiologie
Médecine aéronautique
Biochimie chimie
Radiologie
Chirurgie pédiatrique
Pédiatrie
Radiologie

Pr. EL MAZOUZ Samir
 Pr. EL SAYEGH Hachem
 Pr. ERRABIH Ikram
 Pr. LAMALMI Najat
 Pr. MOSADIK Ahlam
 Pr. MOUJAHID Mountassir*
 Pr. NAZIH Mouna*
 Pr. ZOUAIDIA Fouad

Chirurgie plastique et réparatrice
 Urologie
 Gastro entérologie
 Anatomie pathologique
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie générale
 Hématologie biologique
 Anatomie pathologique

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed
 Pr. ABOUELALAA Khalil*
 Pr. BELAIZI Mohamed*
 Pr. BENCHEBBA Driss*
 Pr. DRISSI Mohamed*
 Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna
 Pr. EL KHATTABI Abdessadek*
 Pr. EL OUAZZANI Hanane*
 Pr. ER-RAJI Mounir
 Pr. JAHID Ahmed
 Pr. MEHSSANI Jamal*
 Pr. RAISSOUNI Maha*

Chirurgie Pédiatrique
 Anesthésie Réanimation
 Psychiatrie
 Traumatologie Orthopédique
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale
 Médecine Interne
 Pneumophtisiologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Anatomie pathologique
 Psychiatrie
 Cardiologie



Février 2013

Pr. AHID Samir
 Pr. AIT EL CADI Mina
 Pr. AMRANI HANCHI Laila
 Pr. AMOUR Mourad
 Pr. AWAB Almahdi
 Pr. BELAYACHI Jihane
 Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain
 Pr. BENCHEKROUN Laila
 Pr. BENKIRANE Souad
 Pr. BENNANA Ahmed*
 O.
 Pr. BENSGHIR Mustapha*
 Pr. BENYAHIA Mohammed*
 Pr. BOUATIA Mustapha
 Pr. BOUABID Ahmed Salim*
 Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba
 Pr. CHAIB Ali*
 Pr. DENDANE Tarek
 Pr. DINI Nouzha*
 Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali
 Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa
 Pr. ELFATEMI Nizare
 Pr. EL GUERROUJ Hasnae
 Pr. EL HARTI Jaouad

Pharmacologie – Chimie
 Toxicologie
 Gastro-Entérologie
 Anesthésie Réanimation
 Anesthésie Réanimation
 Réanimation Médicale
 Anesthésie Réanimation
 Biochimie-Chimie
 Hématologie biologique
 Informatique Pharmaceutique

Anesthésie Réanimation
 Néphrologie
 Chimie Analytique
 Traumatologie Orthopédie
 Anatomie
 Cardiologie
 Réanimation Médicale
 Pédiatrie
 Anesthésie Réanimation
 Radiologie
 Neuro-Chirurgie
 Médecine Nucléaire
 Chimie Thérapeutique

Pr. EL JOUDI Rachid*
 Pr. EL KABABRI Maria
 Pr. EL KHANNOUSSI Basma
 Pr. EL KHLOUFI Samir
 Pr. EL KORAICHI Alae
 Pr. EN-NOUALI Hassane*
 Pr. ERRGUIG Laila
 Pr. FIKRI Meryim
 Pr. GHFIR Imade
 Pr. IMANE Zineb
 Pr. IRAQI Hind
 Pr. KABBAJ Hakima
 Pr. KADIRI Mohamed*
 Pr. LATIB Rachida
 Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra
 Pr. MEDDAH Bouchra
 Pr. MELHAOUI Adyl
 Pr. MRABTI Hind
 Pr. NEJJARI Rachid
 Pr. OUBEJJA Houda
 Pr. OUKABLI Mohamed*
 Pr. RAHALI Younes
 Pr. RATBI Ilham
 Pr. RAHMANI Mounia
 Pr. REDA Karim*
 Pr. REGRAGUI Wafa
 Pr. RKAIN Hanan
 Pr. ROSTOM Samira
 Pr. ROUAS Lamiaa
 Pr. ROUIBAA Fedoua*
 Pr. SALIHOUN Mouna
 Pr. SAYAH Rochde
 Pr. SEDDIK Hassan*
 Pr. ZERHOUNI Hicham
 Pr. ZINE Ali*

Toxicologie
 Pédiatrie
 Anatomie Pathologie
 Anatomie
 Anesthésie Réanimation
 Radiologie
 Physiologie
 Radiologie
 Médecine Nucléaire
 Pédiatrie
 Endocrinologie et maladies métaboliques
 Microbiologie
 Psychiatrie
 Radiologie
 Médecine Interne
 Pharmacologie
 Neuro-chirurgie
 Oncologie Médicale
 Pharmacognosie
 Chirurgie Pédiatrique
 Anatomie Pathologique
 Pharmacie Galénique
 Génétique
 Neurologie
 Ophtalmologie
 Neurologie
 Physiologie
 Rhumatologie
 Anatomie Pathologique
 Gastro-Entérologie
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Traumatologie Orthopédie

Avril 2013

Pr. EL KHATIB Mohamed Karim*
 Pr. GHOUNDALE Omar*
 Pr. ZYANI Mohammad*

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
 Urologie
 Médecine Interne

***Enseignants Militaires**



MARS 2014

ACHIR ABDELLAH
BENCHAKROUN MOHAMMED
BOUCHIKH MOHAMMED
EL KABBAJ DRISS
EL MACHTANI IDRISSE SAMIRA
HARDIZI HOUYAM
HASSANI AMALE
HERRAK LAILA
JANANE ABDELLA TIF
JEAIDI ANASS
KOUACH JAOUAD
LEMNOUER ABDELHAY
MAKRAM SANAA
OULAHYANE RACHID
RHISSASSI MOHAMED JMFAR
SABRY MOHAMED
SEKKACH YOUSSEF
TAZL MOUKBA. :LA.KLA.

***Enseignants Militaires**

DECEMBRE 2014

ABILKACEM RACHID'
AIT BOUGHIMA FADILA
BEKKALI HICHAM
BENAZZOU SALMA
BOUABDELLAH MOUNYA
BOUCHRIK MOURAD
DERRAJI SOUFIANE
DOBLALI TAOUFIK
EL AYOUBI EL IDRISSE ALI
EL GHADBANE ABDEDAIM HATIM
EL MARJANY MOHAMMED
FEJJAL NAWFAL
JAHIDI MOHAMED
LAKHAL ZOUHAIR
OUDGHIRI NEZHA
Rami Mohamed
SABIR MARIA
SBAI IDRISSE KARIM

***Enseignants Militaires**

Chirurgie Thoracique
Traumatologie- Orthopédie
Chirurgie Thoracique
Néphrologie
Biochimie-Chimie
Histologie- Embryologie-Cytogénétique
Pédiatrie
Pneumologie
Urologie
Hématologie Biologique
Génécologie-Obstétrique
Microbiologie
Pharmacologie
Chirurgie Pédiatrique
CCV
Cardiologie
Médecine Interne
Génécologie-Obstétrique

Pédiatrie
Médecine Légale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Maxillo-Faciale
Biochimie-Chimie
Parasitologie
Pharmacie Clinique
Microbiologie
Anatomie
Anesthésie-Réanimation
Radiothérapie
Chirurgie Réparatrice et Plastique
O.R.L
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Psychiatrie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.



AOUT 2015

Meziane meryem
Tahri latifa

Dermatologie
Rhumatologie

JANVIER 2016

BENKABBOU AMINE
EL ASRI FOUAD
ERRAMI NOUREDDINE
NITASSI SOPHIA

Chirurgie Générale
Ophtalmologie
O.R.L
O.R.L

2- ENSEIGNANTS – CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS / PRs. HABILITES

Pr. ABOUDRAR Saadia
Pr. ALAMI OUHABI Naima
Pr. ALAOUI KATIM
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma
Pr. ANSAR M'hammed
Pr. BOUHOUCHE Ahmed
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz
Pr. BOURJOUANE Mohamed
Pr. CHAHED OUZZANI Lalla Chadia
Pr. DAKKA Taoufiq
Pr. DRAOUI Mustapha
Pr. EL GUESSABI Lahcen
Pr. ETTAIB Abdelkader
Pr. FAOUZI Moulay El Abbes
Pr. HAMZAOUI Laila
Pr. HMAMOUCHE Mohamed
Pr. IBRAHIMI Azeddine
Pr. KHANFRI Jamal Eddine
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med
Pr. REDHA Ahlam
Pr. TOUATI Driss
Pr. ZAHIDI Ahmed
Pr. ZELLOU Amina

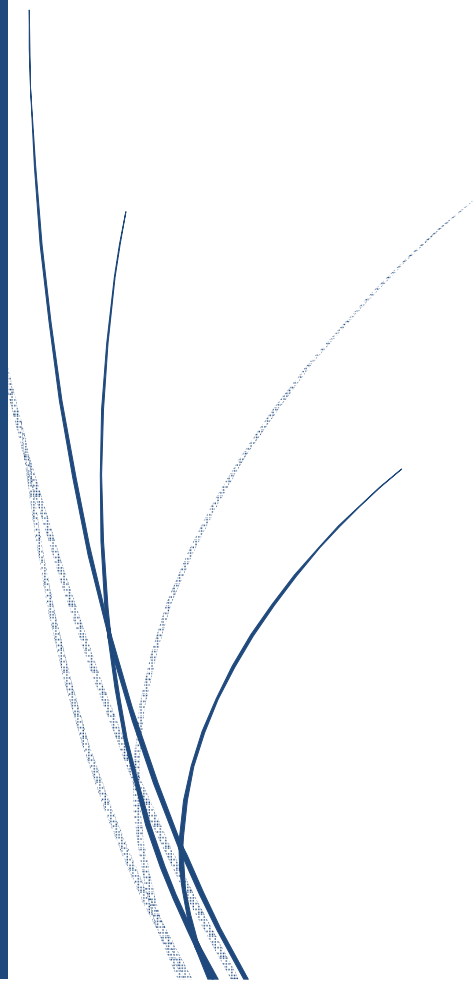
Physiologie
Biochimie – chimie
Pharmacologie
Histologie-Embryologie
Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Génétique Humaine
Applications Pharmaceutiques
Microbiologie
Biochimie – chimie
Physiologie
Chimie Analytique
Pharmacognosie
Zootechnie
Pharmacologie
Biophysique
Chimie Organique
Biologie moléculaire
Biologie
Chimie Organique
Chimie
Pharmacognosie
Pharmacologie
Chimie Organique

*Mise à jour le 14/12/2016 par le
Service des Ressources Humaines*



A thick blue vertical bar runs down the left side of the page. A blue arrow points to the right, starting from the vertical bar and extending across the top of the page. The word "DEDICACES" is written in white, italicized, serif capital letters inside the arrow.

DEDICACES



A mes chers parents

Quelques soient mes expressions en ce moment, aucun mot ne saurait exprimer l'estime, le respect et le profond amour que je vous porte.

Vous êtes le modèle de la sincérité, d'intégrité et de dévouements.

Vos prières et vos immenses sacrifices m'ont toujours poussé à donner le meilleur de moi-même.

Puisse Dieu tout puissant, vous prêter longue vie afin que je puisse vous combler à mon tour.

Que ce travail soit pour vous le gage de ma profonde reconnaissance et de ma tendre affection.

A mes très chères sœurs et frères.

Aucune dédicace ne pourrait traduire ma gratitude et ma profonde reconnaissance et mon amour.

Je vous dédie ce travail comme témoignage de mon respect et mon amour éternel.

À mes très chers amis

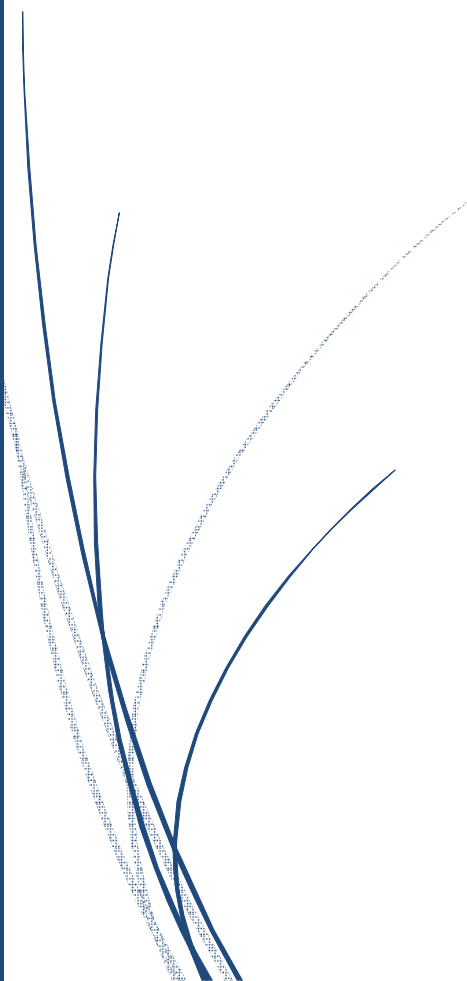
Vous trouverez ici l'expression de mes sentiments les plus sincères.

Avec tout mon amour, je vous souhaite un avenir souriant.

À tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.

A decorative graphic consisting of a dark blue vertical bar on the left and a medium blue horizontal arrow pointing to the right, which serves as a background for the title.

REMERCIEMENTS



A notre maître et Présidente de thèse et Rapporteur

MR ABBASSI Abdellah

Professeur de Chirurgie Réparatrice et Plastique

Nous avons eu le privilège de travailler parmi votre équipe et d'apprécier vos qualités et vos valeurs.

Votre sérieux, votre compétence et votre sens du devoir nous ont énormément marqués.

Veillez trouver ici l'expression de notre respectueuse considération et notre profonde admiration pour toutes vos qualités scientifiques et humaines.

Ce travail est pour nous l'occasion de vous témoigner notre profonde gratitude.

A notre maître et juge de thèse

Mr LAMRANI Moulay Omar

Professeur de Traumatologie – orthopédie

Permettez nous de vous remercier pour avoir si gentiment accepté de faire partie de nos juges.

En dehors de vos connaissances claires et précises, dont nous avons bénéficié, vos remarquables qualités humaines et professionnelles méritent toute admiration et tout respect.

Veuillez trouver ici le témoignage respectueux de notre reconnaissance et admiration.

A notre maître et juge de thèse

Mr. HAFIDI JAWAD

Professeur agrégé Chirurgie Réparatrice et Plastique

C'est pour nous un immense plaisir de vous voir siéger parmi le jury de notre thèse. Nous avons toujours été impressionnés par vos qualités humaines et professionnelles.

Veuillez agréer, cher maître, nos dévouements et notre éternelle reconnaissance.

A notre Maître et juge de thèse

Mr. FEJJAL NAWFAL

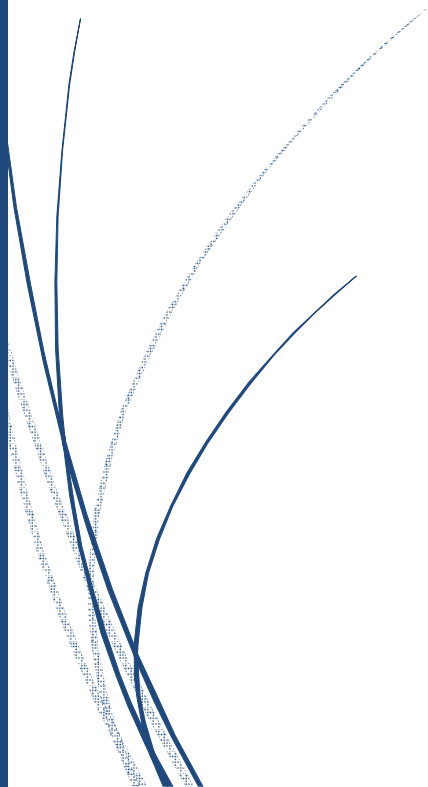
Professeur De Chirurgie Réparatrice et Plastique

Nous sommes sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de participer au jury de notre thèse et très touchés par la gentillesse avec laquelle vous nous avez toujours accueillis.

Puisse ce travail être pour nous, l'occasion de vous exprimer notre profond respect et notre gratitude la plus sincère.



LISTE DES ABREVIATIONS

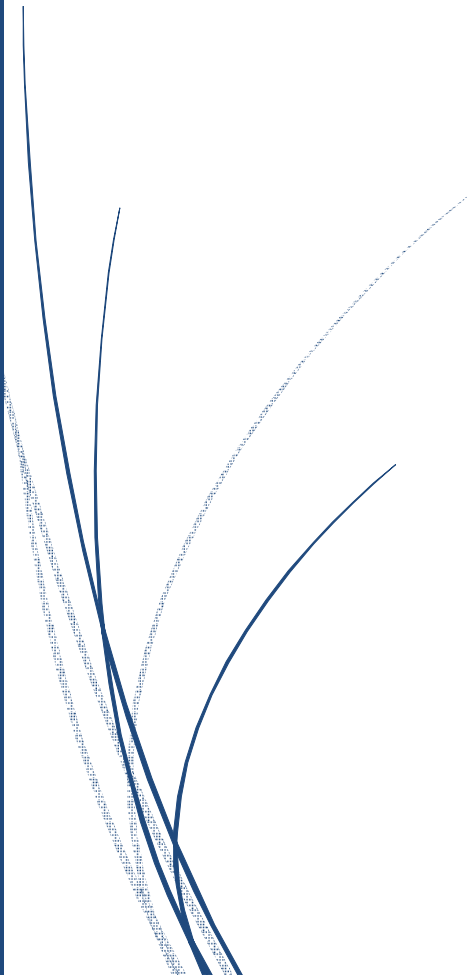


Abréviations

AJCC	: l'American Joint Committee on Cancer
BAD	: British Association of Dermatologists
CBC	: Carcinoma Basocellulaire
CE	: Carcinome épidermoïde
CSC	: Carcinome spinocellulaire
DFS	: Dermatofibrosarcome
HAS	: Haute Autorité de Santé
NCCN	: National Comprehensive Cancer Network
NHMRC	: National Health Medical Research Council
PDS	: Perte de substance
SOR	: Standards, Options et Recommandations
UICC	: Union internationale contre le cancer

A thick dark blue vertical bar runs down the left side of the page. A medium blue horizontal arrow points to the right, overlapping the vertical bar. The word "SOMMAIRE" is written in white, italicized, serif capital letters inside the arrow.

SOMMAIRE



INTRODUCTION	1
I-RAPPEL	4
A-Généralités	5
B- Epidémiologie	6
C-Anatomie de la peau	7
1- L'épiderme	8
a- Les kératinocytes	8
b- Les mélanocytes	9
c- Les cellules de Langerhans	9
d- Les cellules de Merckel	9
2-Le derme	10
3- L'hypoderme	10
4- Les annexes cutanées	11
D- Classification	11
E. Démarche diagnostique	12
1. Interrogatoire	12
2. Examen clinique	12
a-1'examen local	12
a-1-Carcinome basocellulaire	12
a-2-Carcinome épidermoïde	13
a-3-Le mélanome	13
a-4-Dermatofibrosarcome de Darier Ferrand	14
a-5-Sarcome de Kaposi	15
b- Examen locorégional	15
b-1-Examen neurologique	15
b-2-Aires ganglionnaires cervico-faciales	16
c-Examen général	16
3-Examens paracliniques	17
a-Examen anatomopathologique	17
b-Bilan d'extension	17
b-1-Extension en surface	17
b-2-Extension en profondeur	18
b-3-Extension loco-régionale	18
b-4-Extension à distance	19

F-Diagnostic différentiel	21
G-Classification des tumeurs cutanées.....	22
1-La classification des tumeurs cutanées hors le mélanome.	22
2-La classification TNM du mélanome.....	24
II-MATERIELS ET METHODE	27
A. Buts De L'étude.....	28
B-Type De L'étude.....	28
C- Méthodes.....	28
III-RESULTAT	30
A-Epidémiologie.....	31
1-Répartition chronologique.....	31
2. Répartition selon l'âge et le sexe.....	32
3- Répartition des tumeurs selon l'origine géographique.....	34
4-Facteurs de risque.....	35
5-Délai de consultation.....	36
6-Résultats cliniques.....	36
a-Siège de la tumeur.....	36
b-Nature de la tumeur.....	37
B-Particularités de chaque forme de tumeur cutanée maligne.....	38
1-Carcinome basocellulaire.....	38
a-Épidémiologie.....	38
b- Siège.....	39
2-Carcinome épidermoïde.....	40
a-Épidémiologie.....	40
b- Siège.....	42
3-Mélanome.....	43
a-Épidémiologie.....	43
b- Siège.....	44
4-Sarcomes.....	45
a-Épidémiologie.....	45
b- Particularités cliniques.....	46
c- Siège.....	47
IV-DISCUSSION	48
A –Données épidémiologiques.....	49
1-Fréquence.....	49

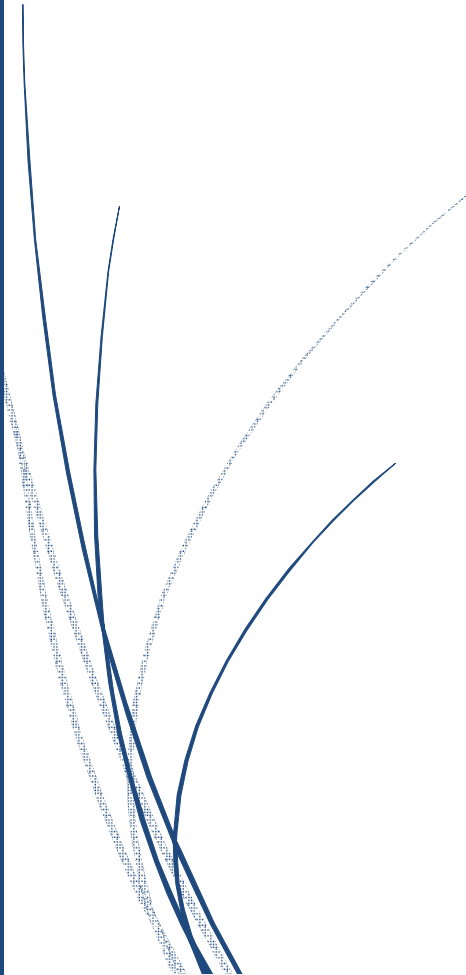
a-Le carcinome basocellulaire.....	49
b-Le carcinome épidermoïde.....	51
c-Le mélanome.....	52
d-Les sarcomes cutanés.....	54
2- Age.....	55
a-Le carcinome basocellulaire.....	55
b-Le carcinome épidermoïde.....	56
c-Le mélanome.....	57
d-Le sarcome cutané.....	58
3- Sexe.....	59
a-Le carcinome basocellulaire.....	59
b-Le carcinome épidermoïde.....	60
c-Le mélanome.....	60
d-Le sarcome cutané.....	61
4-Habitat.....	61
5-Phototype.....	61
a-Le carcinome basocellulaire.....	61
b-Le carcinome épidermoïde.....	62
c-Le mélanome.....	62
6 -Exposition solaire.....	63
a-Les carcinomes.....	63
b-Le mélanome.....	64
c-Le sarcome cutané.....	64
7-Antécédents.....	64
B-Particularités anatomo-cliniques de chaque forme de tumeur cutanée maligne.....	65
1- Carcinome basocellulaire.....	65
2- Carcinome épidermoïde.....	67
3- Mélanome.....	68
4-Sarcomes cutanés.....	69
C-Particularités des tumeurs cutanées malignes au Maroc, dans le continent africain et sur le plan international.....	72
D-Prise en charge des tumeurs cutanées malignes au Maroc et la mise au point sur les différents intervenants dans cette prise en charge.....	75
E-Prevention et optimisation de la prise en charge des tumeurs cutanées malignes.....	76
1-La prévention primaire.....	77

2-La prévention secondaire.....	79
3-La prévention tertiaire.	79
F-Prise en charge thérapeutique des tumeurs cutanées malignes.	80
1- Buts.....	80
2- Moyens.	80
a- La Chirurgie.....	80
a-1-Exérèse classique.	80
a-2-Amputation.	80
b- La cryochirurgie.	80
c- La Radiothérapie.....	81
3- Indications.....	81
a- Carcinome basocellulaire	81
a-1-1 exérèse chirurgicale.....	81
a-2 La chirurgie micrographique de Mohs.	82
a-3 Exérèse par laser CO2.	83
a-4 La radiothérapie.....	83
a-5 La cryochirurgie.	83
a-6 Le curetage-électrocoagulation.	84
a-7 La photothérapie dynamique externe.	84
a-8 L'interféron intra-lésionnel.	85
a-9- Pronostic du carcinome basocellulaire.	85
b- Carcinome épidermoïde.	86
Moyens et Indications.....	86
b-1 La chirurgie.	86
b-1-1-Excision chirurgicale.	86
b-1-2-Chirurgie de Mohs.	87
b-1-3-La cryochirurgie et la cryothérapie.....	88
b-1-4-Traitements Radiothérapiques.....	88
b-1-5- Le curetage électrocoagulation.....	88
b-1-6- Laser CO2.	88
b-2- Traitement des atteintes ganglionnaires.....	89
b-3-Surveillance.....	89
b-4--Pronostic.	89
c-Mélanome.....	92
c-1-But.....	92

c-2- Traitements adjuvants.....	96
c-3-Pronostic.	97
d- Sarcome de Kaposi.	99
d-1- Traitement de la maladie de Kaposi liée au sida.	99
d-2- Traitement spécifique de la maladie de Kaposi.....	99
d-3- Indications du traitement de la maladie de Kaposi.	100
d-4- Pronostic du sarcome de Kaposi.....	101
e- Dermatofibrosarcome de Darier ferrand.	102
e-1- Buts.....	102
e-2- Moyens.	102
e-3- Pronostic du dermatofibrosarcome de Darier Ferrand.....	103
G-Les Moyens de reconstruction.....	105
1-Introduction.....	105
2-Les techniques de reconstruction et leurs applications topographiques.....	106
a-La suture directe	106
b- La cicatrisation dirigée.....	107
c. Les greffes cutanées	108
c-1 Les greffes minces.....	108
c-2 Les greffes semi-épaisses.....	109
c-3 Greffes de peau totale	109
d. Les lambeaux cutanés	110
d-1 reconstruction frontale.....	110
d-2 reconstruction nasale	111
3-Reconstruction labiale.	114
a- Reconstruction jugale.....	116
b- Reconstruction palpébrale.....	118
c- reconstruction canthale.....	119
d- Les lambeaux à distance	120
4- Autres procédés.....	120
a-Expansion cutanée	120
b- Epithèses	120
RESUMES	121
BIBLIOGRAPHIE	125

A thick dark blue vertical bar runs down the left side of the page. A medium blue horizontal arrow points to the right, overlapping the vertical bar. The word "INTRODUCTION" is written in white, italicized, serif capital letters inside the arrow.

INTRODUCTION



La pathologie tumorale de la peau est au carrefour de plusieurs spécialités comme la médecine générale, la dermatologie, la chirurgie maxillo-faciale et plastique. Chacun a donc un rôle dans le dépistage précoce, clef de voûte du pronostic de la pathologie tumorale.

Les tumeurs cutanées malignes représentent une pathologie relativement fréquente, largement dominées par les carcinomes et quelle que soit la nature de la tumeur, un diagnostic précoce est indispensable afin de proposer un traitement curatif, associé à une faible morbidité.

La région faciale constitue un siège de prédilection de ces carcinomes. Cette constatation est attribuée en partie à la surexposition au soleil liée aux modes de vie. Le rôle des ultraviolets dans la genèse des tumeurs malignes est en effet clairement établi.

Le diagnostic de ces tumeurs est clinique et anatomopathologique, et le traitement est essentiellement chirurgical avec complément de radiothérapie. L'exérèse tumorale crée une perte de substance accessible à la chirurgie réparatrice par différents procédés qui se sont développés largement avec la microchirurgie permettant le traitement de larges exérèses.

Avant toute prise en charge thérapeutique, il faut reconnaître la lésion même si les manifestations sont variées et parfois trompeuses et de nombreuses lésions peuvent revêtir le même aspect clinique. Seule la biopsie permet un diagnostic exact. L'extension est mieux précisée par la TDM ou l'IRM et nécessite parfois une décision thérapeutique multidisciplinaire pour le choix des moyens thérapeutiques. Un suivi post thérapeutique permettra de prévenir, ou au moins de détecter à temps, une récurrence qui est lourde de conséquences et sollicite une prise en charge plus complexe et malheureusement n'empêche pas l'évolution fatale.

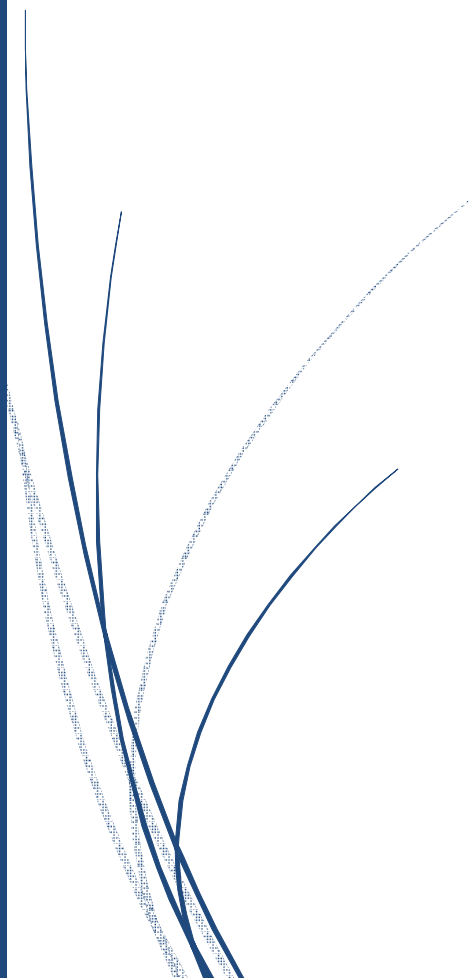
Ce travail, à travers une revue de la littérature et une étude de cas, a pour objectif d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques et histologiques dans notre contexte, et d'évaluer notre prise en charge chirurgicale sur le plan carcinologique, fonctionnel et esthétique.

Ce travail s'articule sur deux axes : 1^{er} axe est consacré à un rappel sur l'anatomie de la peau, les caractéristiques anatomo-cliniques, épidémiologiques et histologiques des tumeurs cutanées malignes, ainsi qu'un aperçu sur la prise en charge clinique, paraclinique et thérapeutique.

Le 2^{ème} axe, porte sur les résultats de notre étude réalisée de façon rétrospective au service de chirurgie plastique du CHU Ibn Sina, du 1^{er} Janvier 2008 au 30 Décembre 2017 sur 396 cas de tumeurs cutanées malignes (carcinome basocellulaire, carcinome épidermoïde, mélanome et sarcome) colligés sur une période de 10 ans ou nous abordons les aspects épidémiologiques le diagnostic ainsi qu'une évaluation de la prise en charge de ces tumeurs au sein de notre service et des différents moyens de réparation mis en œuvre pour reconstruire les pertes de substances post exérèses , enfin nous confrontons ces résultats aux données de la littérature.



I-RAPPEL



A-Généralités.

Les tumeurs cutanées malignes sont l'ensemble des tumeurs malignes développées aux dépens des cellules de la peau, on distingue :

- **Les tumeurs épithéliales** : Composées de 2 groupes

- **Les carcinomes basco-cellulaires (CBC)**, les plus fréquents (2/3 des carcinomes cutanés chez le sujet immunocompétent) sont des tumeurs d'évolution lente, essentiellement locale qui ne métastasent presque jamais.
- **Les carcinomes spino-cellulaire** ou **carcinomes épidermoïdes** cutanés (CE) ont une évolution locale beaucoup plus agressive et peuvent métastaser. Bien que développés aux dépens de la même cellule le kératinocyte, les (CBC) et les (CE) ont une physiopathologie et un comportement totalement différent ce qui justifie de les présenter séparément.

- **Les mélanomes** : se développent à partir des mélanocytes.

- **Les sarcomes** : se développent à partir du tissu conjonctif comme le **sarcome de Kaposi**.

- **Certaines tumeurs malignes superficielles (carcinomes in situ)** : la *maladie de PAGET* et la *maladie de BOWEN*.

Les carcinomes cutanés épithéliaux sont les plus fréquents des tumeurs malignes humaines, leur incidence augmente régulièrement du fait de l'allongement de la durée de vie et de certaines habitudes comme l'exposition solaire répétée. Si la grande majorité des carcinomes épidermoïdes sont de bon pronostic, leur caractère récidivant et multiple et le fait qu'ils touchent

volontiers une population âgée donc fragile, font qu'ils représentent un grave problème de santé publique.

B- Épidémiologie.

La fréquence des tumeurs cutanées malignes varie selon les régions et les populations et elle est aussi en rapport avec d'autres facteurs tels que l'exposition solaire, le phototype, l'âge, l'activité professionnelle et même le sexe.

Il aurait plus de 10 millions de carcinomes basocellulaire et près de 2,9 millions de carcinomes épidermoïde diagnostiqués chaque année dans le monde.

7000 nouveaux cas de mélanomes qui sont diagnostiqués chaque année en France. L'incidence du mélanome croît depuis plusieurs décennies et double tous les 10 ans depuis 1945 dans tous les pays du monde. L'incidence du mélanome est très variable, ainsi pour 100 .000 habitants : 0,4 en Afrique subsaharienne, 0,8 en Asie, 4 en Europe, 8 aux États Unis, 40 en Australie.

En Europe, les tumeurs malignes épithéliales représentent 85 à 90 % des cancers cutanés.

L'Australie présente les taux les plus élevés du monde pour les carcinomes épidermoïdes et basocellulaires.

Le carcinome basocellulaire est très fréquent chez les populations blanches et très rares sur peau noire.

C-Anatomie de la peau.

La peau est l'organe le plus étendu de l'organisme. C'est aussi l'organe le plus exposé à l'environnement extérieur, et par conséquent, aux traumatismes de toutes sortes. Chez un homme de 75 kg, la peau représente une surface de 1,8 m² pour un poids de 2 kg. La peau est composée par différents tissus juxtaposés, ce qui lui confère son fort potentiel de régénération et de cicatrisation [1].

De la superficie à la profondeur, on distingue : l'épiderme et ses annexes, le derme et l'hypoderme.

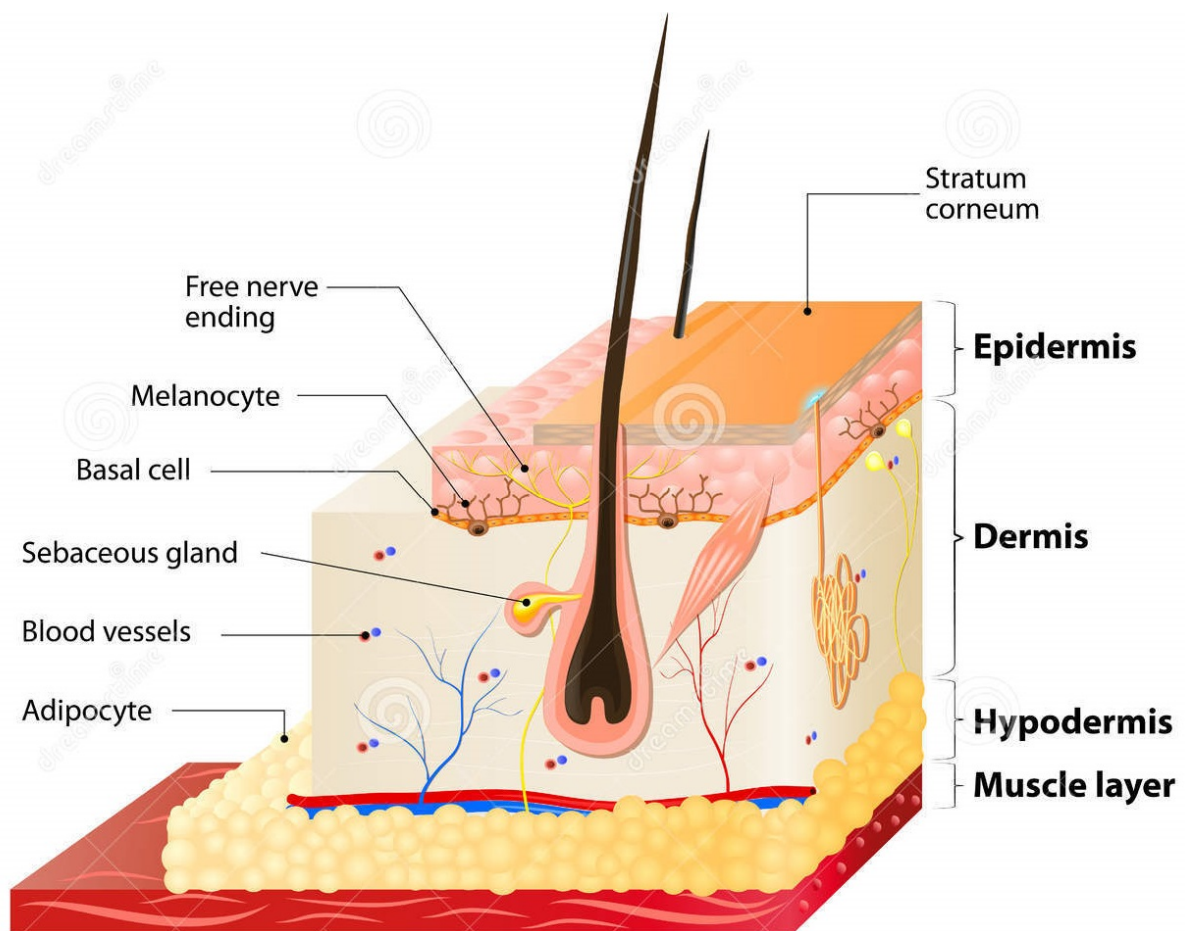


Figure 1 : Coupe transversale montrant les différentes couches de la peau.

1- L'épiderme.

La partie la plus superficielle de la peau est représentée par l'épiderme. Ce tissu est dérivé embryologique de l'ectoblaste. C'est une couche continue d'un épithélium malpighien kératinisé, dont l'épaisseur varie entre 0,04 mm au niveau des paupières et des organes génitaux externes et 1,5 mm au niveau de la paume des mains et de la plante des pieds.

Sa fonction essentielle est représentée par la formation de la couche cornée, stade ultime de la différenciation cellulaire, permettant la réalisation d'une barrière efficace entre l'organisme et le milieu extérieur. On distingue plusieurs types de cellules entrant dans la composition de l'épiderme :

a- Les kératinocytes.

Les kératinocytes, cellules composant à plus de 95% l'épiderme, sont organisés selon différents niveaux de différenciation, correspondant chacun à une couche particulière. De la profondeur à la surface de l'épiderme, on distingue :

- Le stratum germinativum, ou couche des cellules basales. Elle est composée de cellules germinatives formant une couche monocellulaire à disposition palissadique.
- Le stratum spinosum, ou corps muqueux de Malpighi, est composé de 3 ou 4 couches d'éléments polyédriques tendant à s'allonger horizontalement vers les couches superficielles.
- Le stratum granulosum, qui correspond à 3 couches de cellules granuleuses aplaties et fusiformes, situées immédiatement sous la couche cornée. Ces cellules contiennent de la kératohyaline, précurseur de la kératine.

- Le stratum corneum, ou couche cornée. Elle est composée de cellules mortes, superposées, hexagonales et allongées, régulièrement ordonnées, anuclées et complètement kératinisées.

b- Les mélanocytes.

Les mélanocytes sont responsables de la couleur de l'épiderme et des poils. Ces cellules sont dérivées de la crête neurale.

L'unité épidermique de mélanisation est une unité fonctionnelle et structurale commune à l'épiderme et aux poils. Elle est formée de mélanocytes synthétisant un pigment, la mélanine, et de kératinocytes acceptant ce pigment. Cette unité assure la coloration tégumentaire et la protection contre les radiations non ionisantes.

c- Les cellules de Langerhans.

Ce sont des macrophages du système immunitaire, localisés dans l'épaisseur du corps muqueux de Malpighi. Ils se déplacent à l'intérieur de l'épiderme, et ont un rôle dans le système immunitaire cutané (hypersensibilité de contact). Ils représentent de 3 à 5% des cellules de l'épiderme.

d- Les cellules de Merkel.

Leur origine est toujours controversée : soit issues de la crête neurale, soit du système APUD (Amine Precursor Uptake and Decarboxylation), soit dérivées d'une cellule germinale épidermique, capable de se différencier en cellule neuroendocrine ou en kératinocyte.

2-Le derme.

D'origine mésenchymateuse, le derme représente la structure de soutien, de vascularisation et d'innervation de l'épiderme. Il est composé de cellules, les fibroblastes, séparées les unes des autres par un tissu conjonctif, composé par différents types de macromolécules. Les fibroblastes sont des cellules différenciées dans la synthèse de la matrice extra-cellulaires, ou tissu conjonctif. Cette matrice extra-cellulaire est composée de fibres de collagène, d'élastine, de glycoprotéoglycanes, et de glycoprotéines de structure. L'épaisseur du derme varie de 1 à 4 mm selon les localisations.

On distingue 2 zones au niveau du derme :

- Le derme papillaire ou superficiel, dont les papilles en doigt de gant alternent avec les bourgeons et les prolongements inter-papillaires de l'épiderme. Cette région est comprise entre la jonction dermo-épidermique et le plexus horizontal artério-veineux sous papillaire.

- Le derme réticulaire ou profond, dont la limite avec l'hypoderme reste floue. Il contient des fibroblastes plus aplatis et moins nombreux, avec quelques îlots d'adipocytes en profondeur. Ces adipocytes possèdent un cytoplasme fin et un noyau aplati, refoulé en périphérie. La matrice extracellulaire, à ce niveau, est composée principalement de fibres collagène de type I, étroitement liées entre elles.

3- L'hypoderme.

Il sépare le derme des tissus sous-jacents. Il est constitué de cloisons formées de collagène et d'élastine, qui délimitent des lobules remplis d'adipocytes. Il est parcouru par des vaisseaux plus volumineux que ceux du derme. Il contient le tissu adipeux ou tissu cellulaire sous-cutané. Il contient également des glandes sudorales et les racines des follicules pileux.

4- Les annexes cutanées.

Les annexes de l'épiderme sont représentées par le follicule pilo-sébacé ainsi que par des glandes eccrines et apocrines.

D- Classification.

Les tumeurs cutanées sont classées en types histologiques qui sont établies en se basant sur les caractéristiques du stroma et des cellules tumorales ; Ainsi on distingue [2] :

- Les tumeurs cutanées épithéliales

- Les tumeurs du tissu conjonctif

TUMEURS CUTANÉES ÉPITHÉLIALES	TUMEURS DU TISSU CONJONCTIF
<i>COUCHE BASALE</i>	<i>FIBRES COLLAGÈNES</i>
- Carcinome basocellulaire	- Dermatofibrosarcome de Darier-Ferrand - Fibro-sarcome vrai
<i>COUCHE MUQUEUSE</i>	<i>TISSU GRAISSEUX</i>
- Carcinome épidermoïde - Maladie de Paget - Maladie de Bowen	- Liposarcome
<i>FOLLICULE SÉBACÉ</i>	<i>TISSU MUSCULAIRE</i>
- Carcinome annexiel pileux - Carcinome sébacé	- Rhabdomyosarcome - Leiomyosarcome
<i>GLANDES SUDORALES</i>	<i>TISSU NERVEUX</i>
- Carcinome sudoral eccrine - Carcinome sudoral apocrine	- Carcinome de Merkel
<i>MÉLANOCYTES</i>	<i>VAISSEAUX SANGUINS</i>
- Mélanome	- Maladie de Kaposi - Angio-sarcome

Tableau I : Classification des tumeurs cutanées malignes selon le type histologique

E. Démarche diagnostique.

1. Interrogatoire.

L'interrogatoire permet de préciser notamment les antécédents, personnels et familiaux, les facteurs de risque et les comorbidités.

2. Examen clinique.

a-1'examen local.

a-1-Carcinome basocellulaire.

Cliniquement le carcinome basocellulaire est suspecté devant une lésion perlée, papule arrondie translucide et télangiectasique qui s'étale progressivement. Il existe trois sous-types cliniques de CBC : recommandations de l'HAS 2004.

-CBC nodulaire : il se présente comme une papule ou un nodule lisse, translucide, grisâtre et télangiectasique constituant la lésion élémentaire ou perle. La lésion croît progressivement et atteint une taille variable avec une périphérie faite de succession de perles. La forme dite « à bordure perlée » ou « plan cicatriciel » constitue une variété de CBC nodulaire avec extension centrifuge.

-CBC superficiel : c'est une plaque rouge plane, bien limitée, à extension très lentement centrifuge. Elle est parfois recouverte de petites squames ou de croûtes. Les perles caractéristiques ne sont en règle générale pas visibles à l'œil nu. Le CBC superficiel peut être multiple d'emblée. Il prédomine en zone de peau couverte.

-CBC sclérodermiiforme : c'est une plaque dure, brillante, mal limitée et déprimée, souvent difficile à voir en l'absence d'ulcération et qui ressemble à une cicatrice blanche. Elle évolue lentement de façon centrifuge. Les limites de la tumeur sont très difficiles à préciser. Cette lésion peut rester longtemps méconnue et finir par être très étendue [6].

Ces 3 sous-types cliniques peuvent se pigmenter et/ou s'ulcérer.

a-2-Carcinome épidermoïde.

Le CE apparaît le plus souvent sur une peau photo-exposée, héliodermique, à partir d'une kératose actinique, d'une maladie de Bowen, sur une ulcération chronique, une cicatrice, une radiodermite, ou même de novo. Il s'agit d'une tumeur bourgeonnante, ulcérée et infiltrante. La forme ulcéro-végétante, la plus fréquente, est une tumeur saillante, infiltrée, à surface irrégulière, ulcérée, à fond bourgeonnant et hémorragique. L'infiltration dépasse les limites visibles de la lésion. Le pouvoir métastatique de cette forme est relativement faible [6].

a-3-Le mélanome.

L'examen clinique diagnostique du mélanome fait appel à trois méthodes : deux méthodes analytiques visuelles qui sont la règle ABCDE et la liste révisée des 7 points du groupe de Glasgow, et une méthode cognitive visuelle :

- Selon la règle ABCDE une lésion susceptible d'être un mélanome est asymétrique (critère A), avec des bords irréguliers, encochés, polycycliques, bien délimités (B), de couleur inhomogène, du brun clair au noir foncé (C), de diamètre > 6 mm (D) ; évolutive dans sa taille, sa couleur ou son épaisseur (E).

- La liste révisée des 7 points du groupe de Glasgow prend en compte 3 critères majeurs (changement de taille, de forme, de couleur d'une lésion connue croissance d'une lésion nouvelle), 4 critères mineurs (plus grand diamètre ≥ 7 mm, inflammation, ulcération ou saignement, changement dans la sensibilité de la lésion) et donne une place prépondérante au concept d'évolution.

-La méthode cognitive visuelle est fondée sur un processus de reconnaissance globale de l'image et le signe du « vilain petit canard » (une lésion mélanocytaire sera considérée comme suspecte si elle est cliniquement différente des autres nævus du patient qui ont un aspect clinique homogène)[7] .

a-4-Dermatofibrosarcome de Darier Ferrand.

Cliniquement, le DFS peut prendre plusieurs aspects, ce qui rend le diagnostic clinique difficile, d'où l'intérêt de l'étude anatomopathologique et immunohistochimique [10- 13]..

Aspects cliniques

-Phase initiale

La lésion peut prendre initialement l'aspect d'une plaque unique «non protubérante ». Quatre catégories cliniques de DFS non protubérants sont décrites [9] :

→ Plaque atrophique : elle se présente comme une plaque blanche à brune, éventuellement de couleur chair, souple, plate voire invaginée.

→Plaque sclérodermiiforme

→Plaque angiomateuse : c'est une plaque rougeâtre ou bleutée, dure ou souple, plate voire invaginée

→Autres formes planes ou invaginées : il s'agit le plus souvent de micronodules dermiques coalescents formant une plaque non protubérante.

-Phase d'état :

La lésion initiale s'étend lentement en quelques mois à quelques années pour aboutir à une formation tumorale indolore évocatrice prenant l'aspect d'une plaque dermohypodermique, parsemée de nodules, polychrome blanc jaunâtre, brun ou rose, et parfois télangiectasique, de taille variable fixée à la peau en regard mais parfaitement mobile par rapport aux plans profonds. Dans la majorité des cas, les lésions restent stables ou évoluent progressivement pendant une période considérable précédant une phase de croissance accélérée. L'état général des patients reste longtemps conservé et il n'y a pas d'adénopathies. Le caractère douloureux n'est retrouvé que dans 10 à 25% des cas.

a-5-Sarcome de Kaposi.

La lésion cutanée élémentaire est une macule qui évolue vers une papule, un nodule, une plaque puis vers une tumeur ulcérovégétante sessile ou pédiculée. La lésion toujours bien limitée est angiomateuse puis érythémateuse pour devenir violacée. Toujours hyper pigmentée par rapport à la peau saine, il faut bien noter que cette lésion peut apparaître grise ou marron chez une personne de peau noire. Parfois elle prend l'allure d'un hématome, mais sa persistance dans le temps est évocatrice.

b- Examen locorégional.

b-1-Examen neurologique.

En cas des tumeurs cervicales, la recherche d'un trouble sensitivomoteur facial doit être systématique, notamment pour les tumeurs de la région

parotidienne à la recherche d'un envahissement de l'une des branches du nerf facial synonymes de tumeur maligne [14].

b-2-Aires ganglionnaires cervico-faciales.

La recherche d'adénopathie cervico-faciale est indispensable, après un premier temps d'inspection, l'examineur se place derrière le patient et réalise une palpation de la région cervicale en légère flexion.

L'examen clinique doit préciser le nombre de ganglions (adénopathie unique ou polyadénopathie), leur siège (prétragien, parotidomassétérin, sous-mental, submandibulaire, sous digastrique, spinal, jugulo-carotidien, sus-claviculaire), leur taille dans le plus grand axe, leur consistance (indurée ou au contraire souple) ; leur sensibilité (indolore, sensible ou hyperalgique) ; leur mobilité ou adhérence par rapport au plan superficiel et profond, et leur évolutivité dans le temps. Une ou plusieurs adénopathies cervicales dures, indolores, fixées aux plans voisins et de volume progressivement croissant doivent faire évoquer la possibilité d'une lésion maligne, surtout en cas de contexte éthylobagique.

c-Examen général.

À la recherche d'éventuelles métastases et apprécier l'état général du patient. Un examen minutieux et bien orienté, à la recherche d'éléments déterminants, permet d'aboutir à une meilleure hypothèse diagnostique et par conséquent à une prise en charge du patient plus efficace et surtout une classification TNM. Concernant les « coûts de santé », l'examen clinique possède certainement le meilleur rapport coût-efficacité. Il aboutit à la demande d'examens complémentaires bien orientés.

Enfin, la relation médecin-malade est hautement conditionnée par ce premier contact. Le rapport de confiance du patient et toutes les conséquences, notamment médico-légales, en découlent.

3-Examens paracliniques.

a-Examen anatomopathologique.

-Principe de la biopsie :

Pour les lésions cutanées tumorales de la face, les caractéristiques cliniques de la lésion permettent souvent de préjuger sa nature .Il existe une bonne corrélation anatomo-pathologique mais elle est loin d'être parfaite.

La biopsie est indispensable pour le diagnostic histologique d'une tumeur ; elle doit être faite à cheval entre la lésion et la peau saine et quand la lésion est de petite taille la biopsie exérèse est préférable [15].

b-Bilan d'extension.

Une prise en charge thérapeutique efficace des carcinomes cutanés de la face doit être précédée d'un bilan d'extension soigneux et d'un bilan d'opérabilité.

b-1-Extension en surface.

L'examen clinique reste la base du diagnostic. On apprécie l'extension en surface par l'inspection attentive de la lésion et des organes de voisinage, et par la palpation de l'induration tumorale et péri-tumorale. Il explore toutes les régions cutanées et les aires ganglionnaires.

Il est souhaitable de reporter les constatations de l'examen clinique sur un schéma et même effectuer «un bilan photographique ».

Dans certains cas, la délimitation est extrêmement difficile. C'est principalement le cas de :

- L'épithélioma plan perlé cicatriciel.
- L'épithélioma sclérodermique.
- Récidive : Qu'il s'agisse de récurrence postopératoire ou post-radiothérapie, il est difficile de faire la part de ce qui revient à la fibrose et à la récurrence tumorale.

Dans ces cas particuliers, un examen extemporané est souhaitable pour s'assurer que l'exérèse est passée en zone saine.

b-2-Extension en profondeur.

La palpation permet d'avoir une idée sur l'extension et sur la possible adhérence en profondeur.

L'appréciation exacte de l'extension en profondeur dépend essentiellement de l'examen anatomopathologique qui apprécie les limites d'exérèse [17] et la TDM cervico- faciale.

b-3-Extension loco-régionale.

Pour déterminer une extension locorégionale, le bilan demandé sera en fonction du siège et du volume de la tumeur :

- La radiographie panoramique est indiquée dans les carcinomes labiaux étendus et fixes pour apprécier l'extension osseuse en cas de suspicion d'infiltration alvéolaire ou maxillaire.

- La radiographie crânienne est réalisée pour des tumeurs cutanées malignes du cuir chevelu pour apprécier une extension au niveau de la voûte du crâne.
- L'échographie cervicale et le scanner cervico faciale permettent le repérage d'adénopathies infra cliniques, apprécier les caractères des ganglions (ganglion arrondi, de taille supérieure à un centimètre) et l'extension aux organes de voisinage (orbitaire, oculaire... [18-21]).

b-4-Extension à distance.

Le risque de métastases à distance n'est pas nul dans les carcinomes épidermoïdes. Pour confirmer ces extensions, le bilan réalisé sera en fonction des signes d'appel et du site atteint :

- La radiographie thoracique doit être systématique puisque les métastases pulmonaires sont les premiers sites métastatiques en importance pour les carcinomes épidermoïdes de la face.
- La TDM crânio-cérébrale est réalisée en cas de carcinome facial intéressant l'oreille, le cuir chevelu ou une lésion volumineuse, infiltrant pour apprécier une extension cérébrale [21].
- L'échographie abdominale est indiquée en cas de suspicion de métastases hépatiques car le foie constitue un site important de métastases pour les carcinomes épidermoïdes de la face.
- La scintigraphie osseuse donne un grand nombre de faux négatifs et elle est donc peu utilisée, la lymphographie isotopique à l'aide de colloïdes marqués au technétium 99 précisant le drainage droit ou gauche permet de guider le geste chirurgical.

- Le bilan biologique : il est demandé en fonction de la clinique que pour repérer une métastase hépatique ou osseuse.

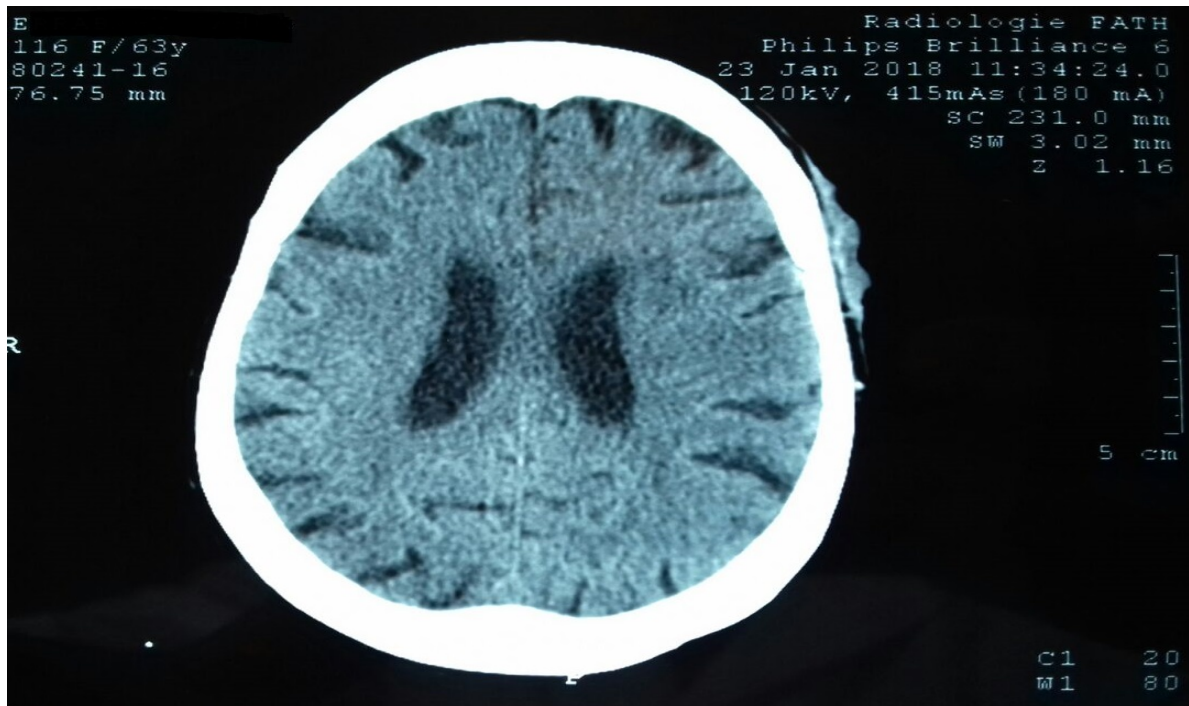


Figure 2 : TDM en coupe axiale montrant une lésion pariétale en faveur d'un CBC

F-Diagnostic différentiel.

Carcinome basocellulaire		Carcinome épidermoïde	
- Carcinome épidermoïde -Trichoépithéliome solitaire -Trichoblastome -Carcinome sudoral - Mélanome - Carcinomes annexiels - kératoses séborrhéiques - Naevus		- Carcinome basocellulaire - Kératoacanthome - Carcinome trichilemmal - Carcinome sébacé - Carcinome neuroendocrine de Merkel - Métastases de carcinomes - Fibrosarcomes - Mélanome	
Mélanomes	Sarcome de Kaposi	Dermatofibrosarcome de Darier Ferrand	
-Verrue séborrhéique. -Carcinome basocellulaire pigmenté. -Angiome -Carcinome épidermoïde.	- Dermatite de stase - Granulome pyogène -Hémangiome capillaire (angiome stellaire) - Tissu de granulation - Lymphome cutané - Mélanome - Dermatofibrome - Hématome - Hyperpigmentation post inflammatoire - Angiomatose bacillaire - Verruca peruana	- L'histiocytofibrome bénin -Le fibrosarcome -La fasciite nodulaire -Le neurofibrome diffus -Le sarcome indifférencié pléomorphe	

Tableau II : Diagnostic différentiel des tumeurs cutanées malignes

G-Classification des tumeurs cutanées.

1-La classification des tumeurs cutanées hors le mélanome.

La première classification TNM de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC) date de 1978, elle a été régulièrement actualisée et c'est la version de 2009 - 7^{ème} édition qui est désormais en vigueur. La 7^{ème} édition de la classification TNM de l'UICC reprend cette classification.

Dans le système TNM, la description de l'extension anatomique de la maladie repose sur l'évaluation de 3 éléments :

- T (tumeur): l'extension de la tumeur primitive
- N (nodes): l'absence ou la présence et l'extension des localisations ganglionnaires lymphatiques régionales
- M (metastasis) : l'absence ou la présence de métastase(s) à distance

La détermination de la catégorie T repose sur l'examen clinique, les catégories N et M nécessitent en plus un bilan d'imagerie [41].

Classification clinique TNM des tumeurs malignes de la peau (hors mélanome)

T Tumeur primitive	
TX	Renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive
T0	Pas de signe de la tumeur primitive
Tis	Carcinome in situ
T1	Tumeur ≤ 2 cm dans sa plus grande dimension
T2	Tumeur > 2 cm dans sa plus grande dimension
T3	Tumeur s'étendant aux structures profondes telles que muscle, os, cartilage, mâchoire et orbite
T4	Tumeur avec invasion directe ou péri-nerveuse de la base du crâne ou du squelette axial
En cas de tumeurs multiples simultanées, la tumeur possédant la catégorie T la plus élevée sera prise en compte. Le nombre de tumeurs individualisées sera indiqué entre parenthèses	
N adénopathies régionales	
NX	Renseignements insuffisants pour classer l'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
N0	Pas de signe d'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
N1	Atteinte d'un seul ganglion lymphatique régional, ≤ 3 cm dans sa plus grande dimension
N2	Atteinte d'un seul ganglion lymphatique régional, > 3 cm et ≤ 6 cm dans sa plus grande dimension ou atteintes ganglionnaires multiples, aucune > 6 cm
N3	Atteinte d'un ganglion lymphatique régional, > 6 cm dans sa plus grande dimension
M métastases à distance	
M0	Pas de signe de métastase à distance
M1	Présence de métastase(s) à distance

Tableau III : classification des tumeurs cutanées hors le mélanome

2-La classification TNM du mélanome.

Durant les années 1960, Clark établit une classification histologique, qui définit les différents niveaux d'invasion des mélanomes. La profondeur de l'invasion est alors le facteur pronostique le plus important pour les tumeurs de stade I et II. Cependant Breslow, établit une nouvelle classification basée sur la profondeur du mélanome dans la peau. Actuellement, l'indice de Breslow représente un facteur pronostique plus fiable que celui de Clark, néanmoins ces deux critères restent largement utilisés dans la littérature et dans la pratique clinique [42].

La classification de l'AJCC/UICC incorpore l'indice de Breslow et la classification TNM du mélanome.

Les nodules satellites sont des foyers tumoraux ou des nodules (macro- ou microscopiques) à moins de 2 cm de la tumeur primitive. Les métastases « -''en transit'' » siègent dans le tissu cutané ou sous-cutané à plus de 2 cm de la tumeur primitive mais pas au-delà des ganglions lymphatiques régionaux.

L'examen histologique d'une lymphadénectomie régionale doit inclure habituellement 6 ganglions lymphatiques ou plus. Si les ganglions régionaux sont négatifs mais que le nombre habituellement examiné n'est pas atteint, la tumeur est classée comme pN0.

La classification fondée uniquement sur l'exérèse du ganglion sentinelle sans lymphadenectomie ultérieure est désignée (sn) pour ganglion sentinelle.

Classification T		
T1	1,0 mm	a: sans ulcération b: avec ulcération ou niveau IV ou V
T2	1,01–2,0 mm	a: sans ulcération b: avec ulcération
T3	2,01–4,0 mm	a: sans ulcération b: avec ulcération
T4	>4,0 mm	a: sans ulcération b: avec ulcération
Classification N		
N1	1 ganglion	a: micrométastase b: macrométastase
N2	2–3 ganglions	a: micrométastase b: macrométastase c: métastase(s) en transit/satellite(s) sans atteinte ganglionnaire
N3	4 ou plus de ganglions métastatiques ou des combinaisons de métastases en transit ou satellites et des métastases ganglionnaires	

Classification M		
M1	métastase cutanée à distance, sous-cutanée ou ganglionnaire	LDH normale
M2	métastase pulmonaire	LDH normale
M3	tout autre métastase viscérale ou à distance	LDH normale LDH élevée

Micrométastases diagnostiquées par recherche du ganglion sentinelle ou après lymphadénectomie élective; macrométastases définies comme métastases ganglionnaires cliniquement détectables, confirmées par cytoponction ou lymphadénectomie.

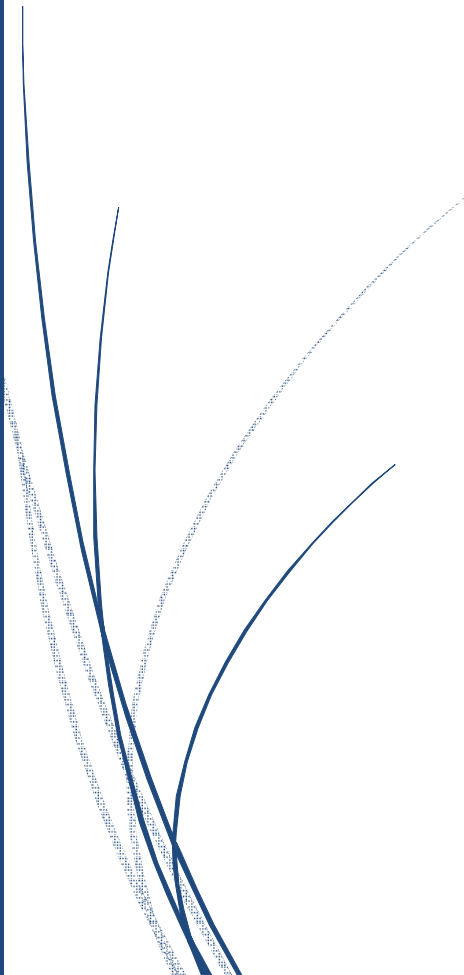
Tableau IV : Classification TNM révisée (AJCC)

<i>Stage</i>	<i>Classification clinique</i>			<i>Classification basée sur la pathologie</i>		
0	Tis	N0	M0	Tis	N0	M0
IA	T1a	N0	M0	T1a	N0	M0
IB	T1b	N0	M0	T1b	N0	M0
	T2a	N0	M0	T2a	N0	M0
IIA	T2b	N0	M0	T2b	N0	M0
	T3a	N0	M0	T3a	N0	M0
IIB	T3b	N0	M0	T3b	N0	M0
	T4a	N0	M0	T4a	N0	M0
IIC	T4b	N0	M0	T4b	N0	M0
IIIc	tous les T	N1 N2 N3	M0			
IIIA				T1-4a	N1a	M0
				T1-4a	N2a	M0
IIIB				T1-4b	N1a	M0
				T1-4b	N2a	M0
				T1-4a	N1b	M0
				T1-4a	N2b	M0
				T1-4a/b	N2c	M0
IIIC				T1-4b	N1b	M0
				T1-4b	N2b	M0
				tous les T	N3	M0
IV	tous les T	tous les N	tous les M1	tous les T	tous les N	tous les M1

Tableau V : Nouvelle classification selon l’AJCC



II-MATERIELS ET METHODE



A. Buts De L'étude.

-Définir le profil épidémiologique des patients atteints de tumeurs cutanées malignes à savoir CBC, CE, Mélanome et Sarcomes.

- Préciser les moyens thérapeutiques de ces tumeurs
- Détailler la panoplie des moyens de traitement leurs indications et leurs résultats.

B-Type De L'étude.

Il s'agit d'une étude rétrospective étendue sur une période de 10 ans entre Janvier 2008 et Décembre 2017, regroupant 396 patients atteints de tumeurs cutanées malignes opérées au service chirurgie plastique du CHU Ibn Sina.

C- Méthodes.

-Nous avons inclus 396 patients atteints de tumeurs cutanées malignes dans notre étude.

- Le recueil des données cliniques, radiologiques, histologiques et thérapeutiques est réalisé pour chaque patient à partir des dossiers médicaux (archivés dans le service de chirurgie plastique).

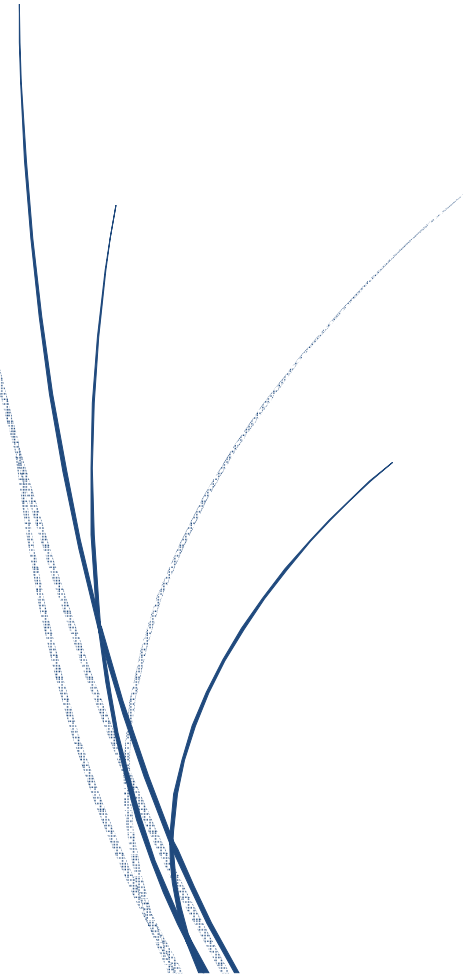
- Ces informations ont été recueillies selon une fiche d'exploitation établie au préalable.

Pour chaque dossier les données analysées portent sur :

- Les données épidémiologiques : l'âge du patient, le sexe, les antécédents personnels et familiaux, les facteurs de risques
- Les données cliniques : Tous nos patients ont bénéficié d'un examen clinique précisant : la durée d'évolution de la tumeur, sa taille, sa localisation, son aspect morphologique, le degré d'envahissement local, les signes associés ainsi que la présence d'adénopathies locorégionales ou de métastases à distance.
- Les données paracliniques : Le type histologique (les pièces d'exérèses ont été adressées pour examen anatomopathologique), les bilans radiologiques réalisés en fonction du degré de l'envahissement.
- Les données thérapeutiques : Marges d'exérèse, le timing et le type de reconstruction, et les éventuels traitements complémentaires.
- Et enfin le suivi des patients : Complications postopératoires et récurrences locales.



III-RESULTAT



Données générales :

Sur 430 dossiers archivés entre 2008 et 2017 de tumeur cutanée maligne au service 396 ont été retenus dans notre étude.

A-Epidémiologie.

1-Répartition chronologique.

-Sur une période de 10 ans du 1 Janvier 2008 au 30 Décembre 2017, nous avons colligé 396 tumeurs malignes soit une moyenne de 39.6 tumeurs par an avec un pic de 72 tumeurs retrouvé au cours de l'année 2016

-Un minimum de cas au cours de l'année 2008

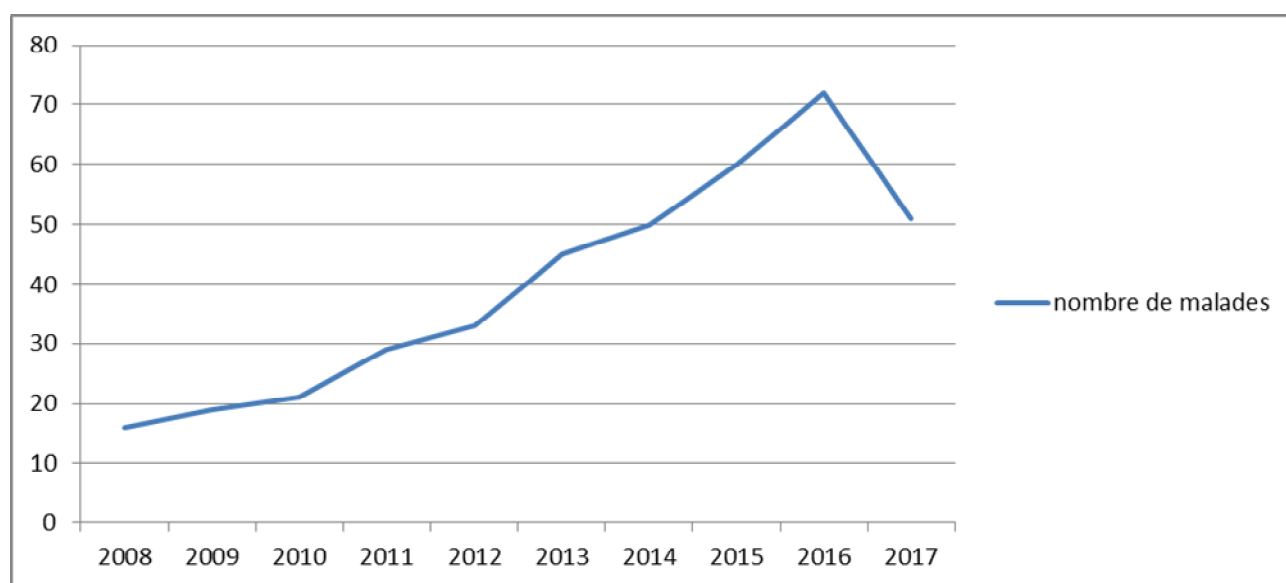


Figure 3 : Nombre de malades /an

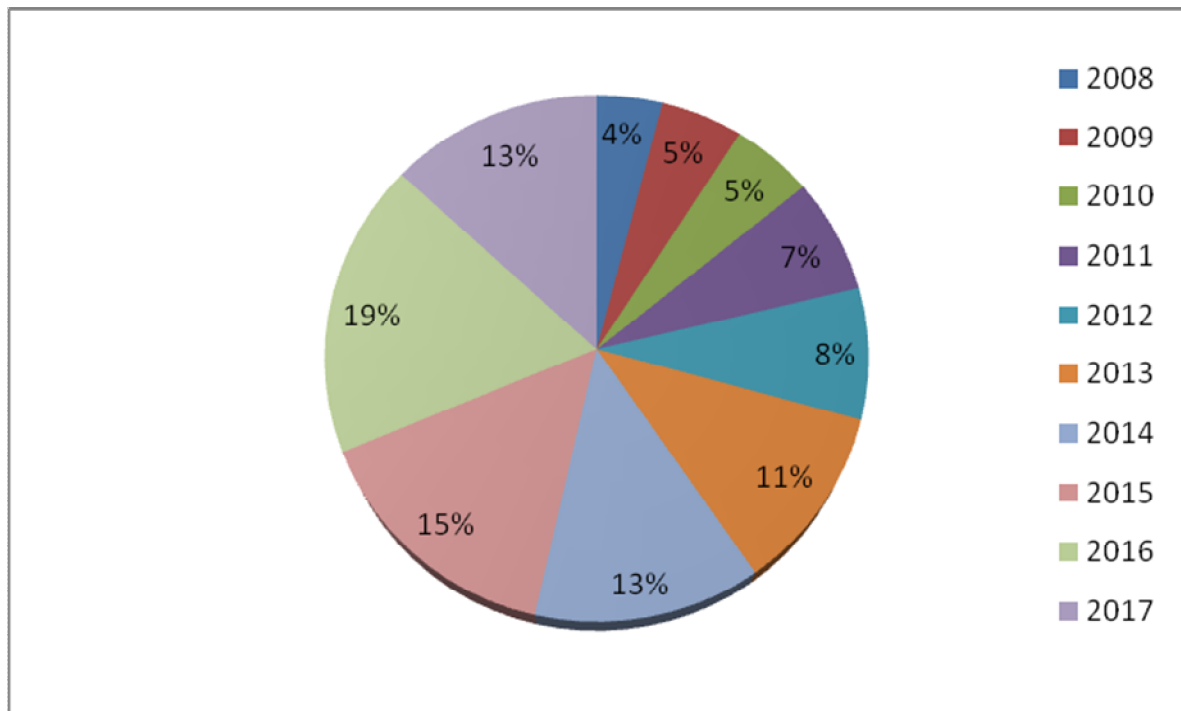


Figure 4 : Répartition des patients en pourcentage / an

2. Répartition selon l'âge et le sexe.

- Tous patients confondus, l'âge moyen au moment de la découverte de la tumeur est de 60.5 ans avec des extrêmes allant de 28 à 93 ans.

- Chez les hommes, l'âge moyen est de 60.5 ans avec des extrêmes allant de 28 à 92 ans.

- Chez les femmes, l'âge moyen est de 62 ans avec des extrêmes allant de 33 à 91 ans.

- 63.8% de nos patients présentent un âge avancé de plus de 60 ans.

- La 6ème décennie représente le plus fort contingent avec 29 % des cas (115 cas) suivie par la 7^{ème} décennie avec 25.76% des cas (102 cas).

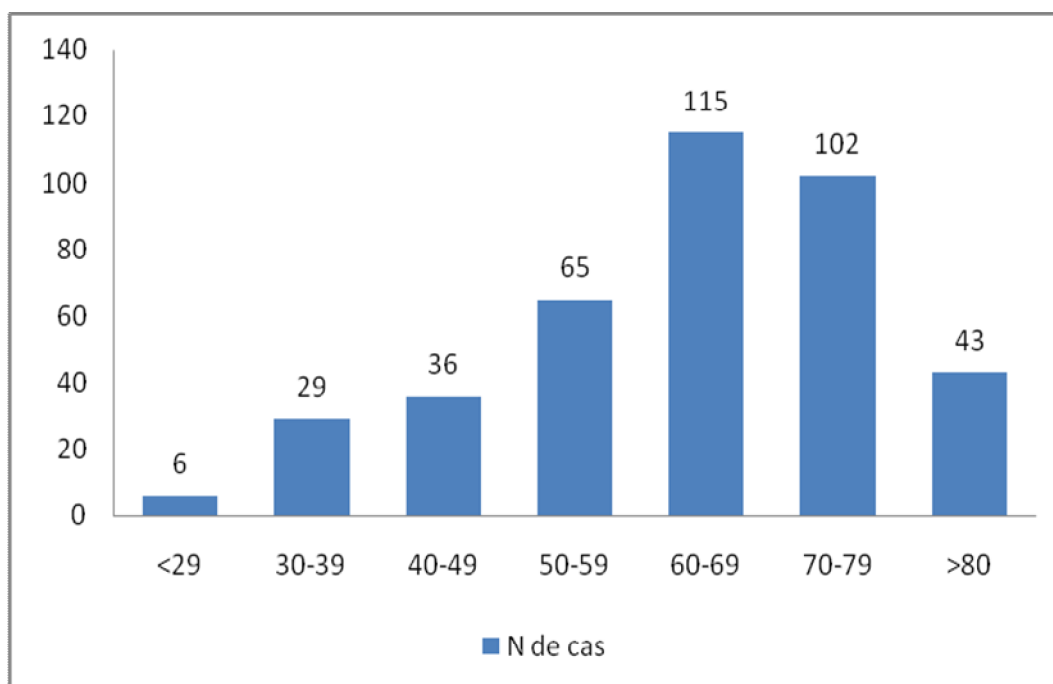


Figure 5 : Nombre de patients/tranche d'âge

- Notre série se compose de 215 hommes (54%) et 181 femmes (46 %), donc le sex-ratio, H / F est de 1.18. On note une prédominance masculine.

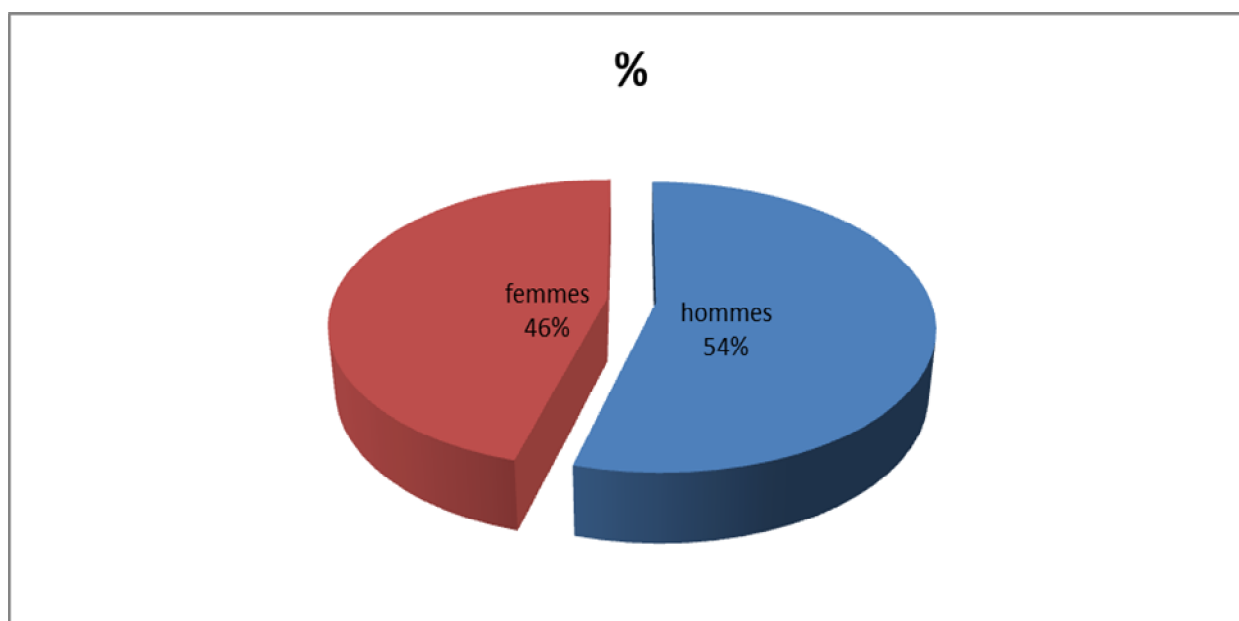


Figure 6 : Sex-ratio

3- Répartition des tumeurs selon l'origine géographique.

55.76% de nos patients sont originaires de la région de Rabat-Salé, les 2 autres régions les plus touchées sont Tanger-Tétouan et Casablanca-Settat avec 9.65% chacune.

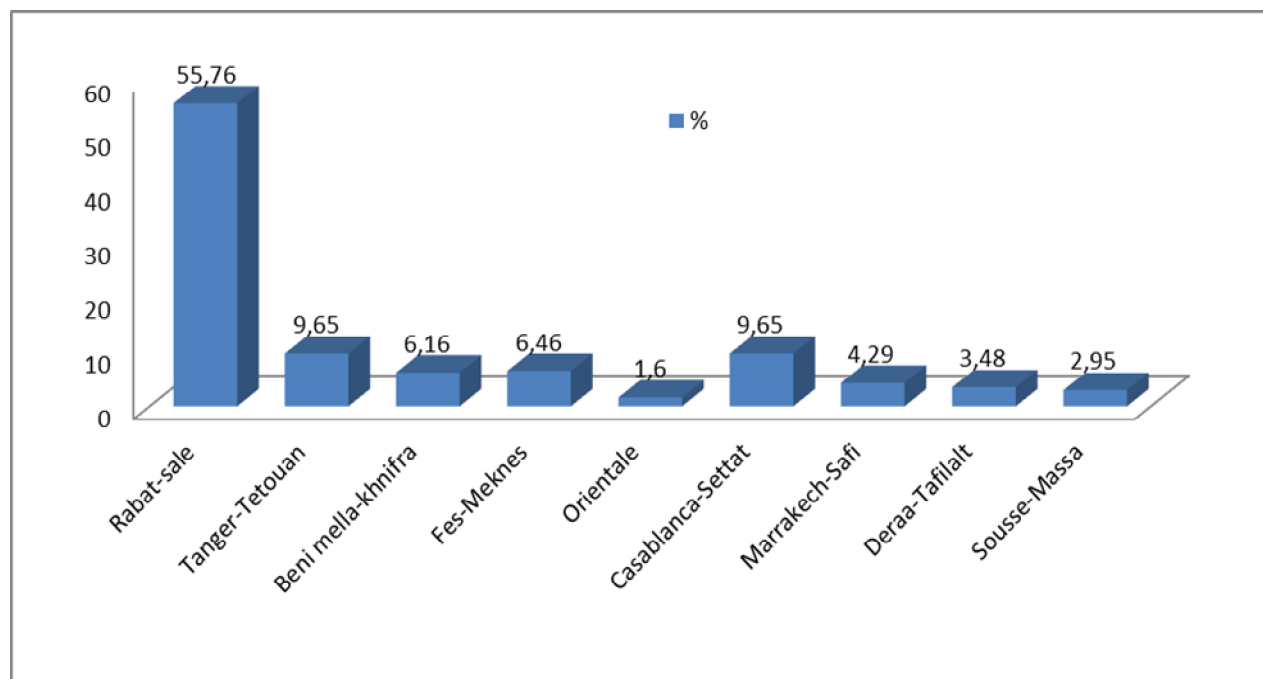


Figure 7 : La répartition selon l'origine géographique

Pour la région de Rabat-Sale les provinces les plus touchées avec 71.2% des cas sont :

- La province de Khmissat avec 29.8%
- La province de Rabat avec 24%
- La province de salé avec 17.4%

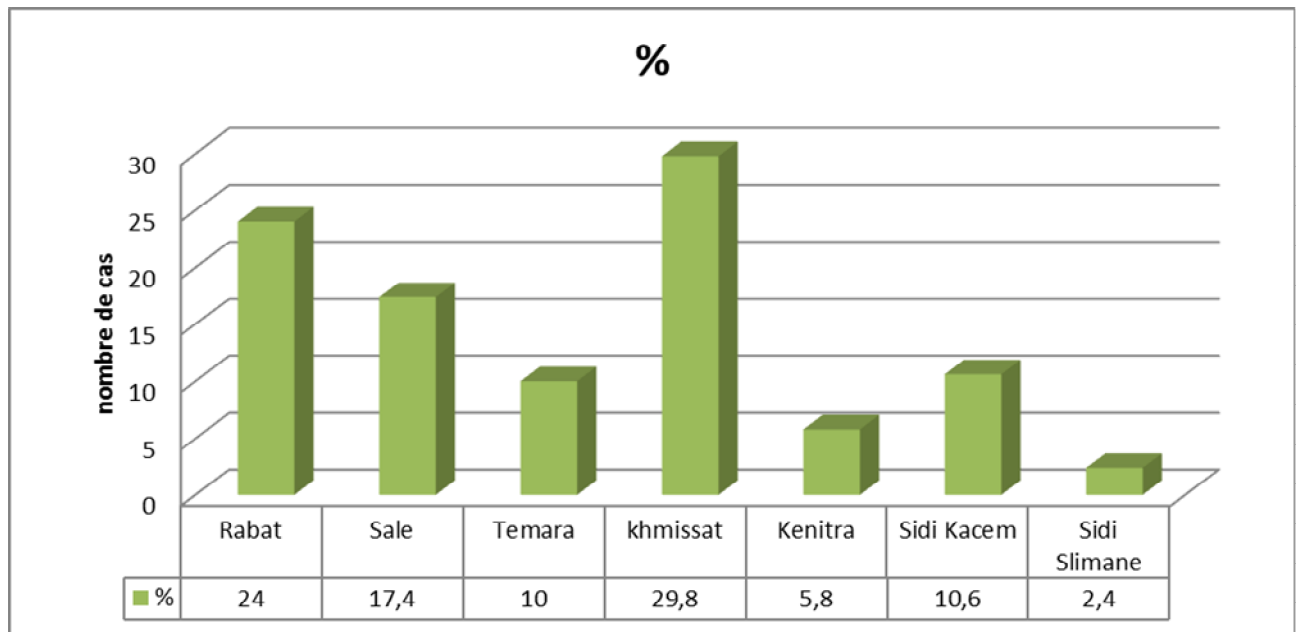


Figure 8 : La répartition selon la province

4-Facteurs de risque.

- Le phototype clair représente un facteur de risque constant chez tous les patients.

- L'exposition solaire est difficilement quantifiable, néanmoins, elle est retrouvée de façon importante dans 242 cas sur 396 cas de tumeurs

Parmi ces 242 cas, il s'agit dans 134 cas de patients ayant exercé une activité professionnelle en plein air essentiellement (Agriculteurs).

- La kératose actinique est retrouvée chez 8 patients. Parmi ces 8 cas, les patients ont développé une atteinte de type épithélioma basocellulaire dans 7cas, un carcinome épidermoïde dans un seul cas.

- Xéroderma pigmentosum retrouvé chez 4 patients, parmi ces 4 cas 3 patients ont développé un CE et 1 cas a développé un CBC.

5-Délai de consultation.

- Le délai de consultation dans notre série toutes les tumeurs malignes confondues est variable avec des extrêmes de 4 mois à 6 ans avec une moyenne de 38 mois.

6-Résultats cliniques.

a-Siège de la tumeur.

Dans notre série les 3 régions les plus touchées avec 93.37% sont le visage dans 72.1% des cas suivie par l'atteinte du membre inférieur (MI) avec 12.11% et le membre supérieur (MS) avec 9.16%.

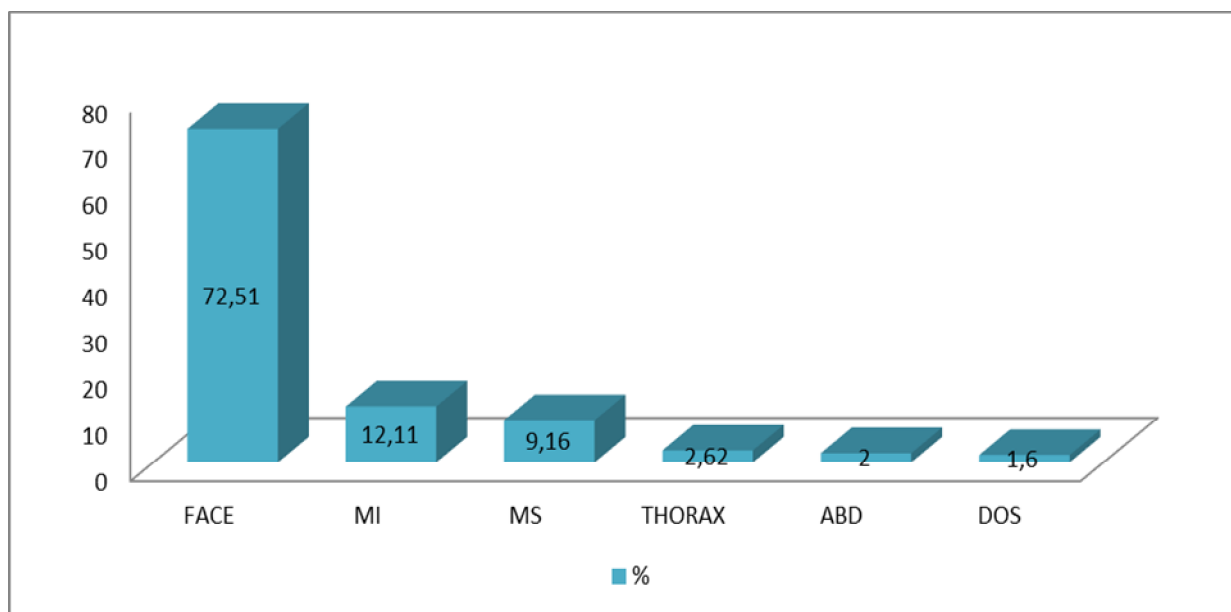


Figure 9 : Siège des tumeurs

b-Nature de la tumeur.

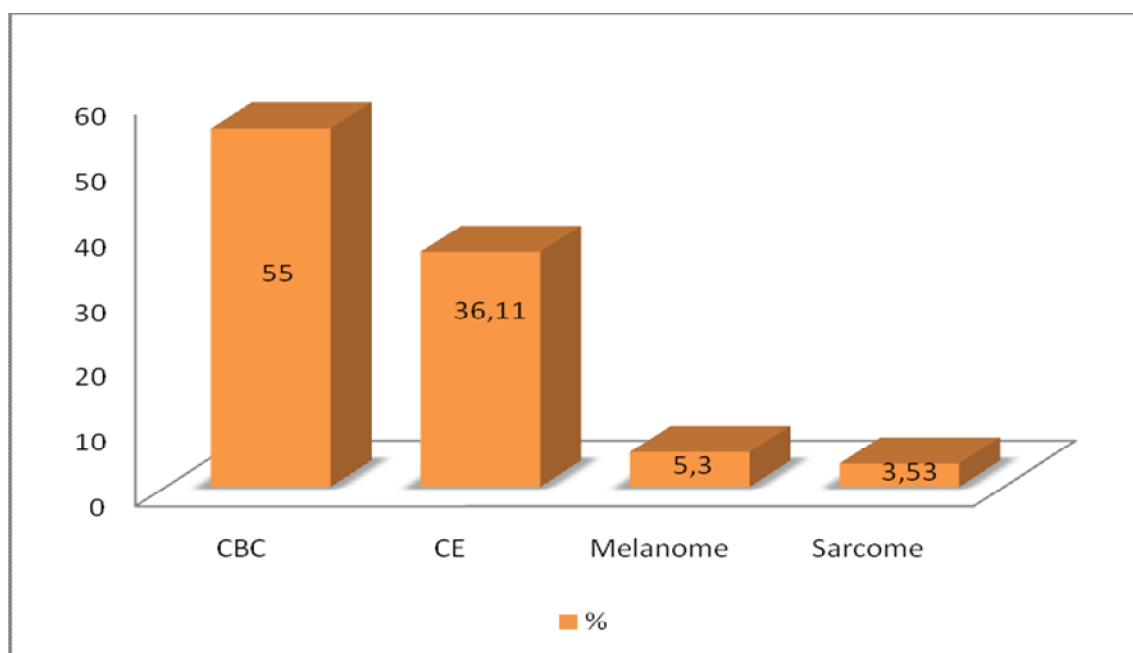


Figure 10 : Nature des tumeurs

Dans notre série la tumeur la plus fréquente retrouve dans 55% est le carcinome basocellulaire suivie par le CE avec 36.11% le Mélanome avec 5.3% et le Sarcome avec 3.53% (5cas sarcome de kaposi 9 cas sarcome de Darier Ferrand)

B-Particularités de chaque forme de tumeur cutanée maligne.

1-Carcinome basocellulaire.

a-Épidémiologie.

Le carcinome basocellulaire était retrouvé dans 218 cas (55% des patients), avec une légère prédominance féminine 113 cas (51,83%), pour les hommes on a 105 cas (48.17%)(sexe ratio F/H :1.07).

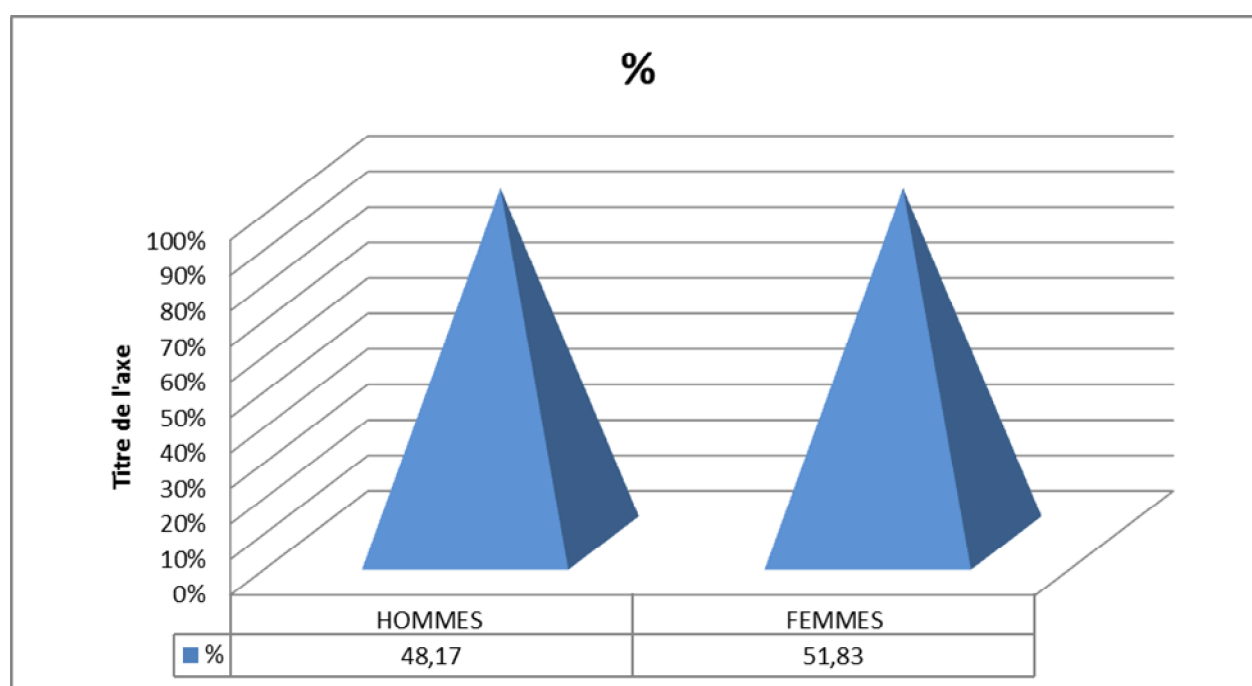


Figure 11 : Répartition des CBC en fonction du sexe

L'âge moyen était 59.5 avec des extrêmes d'âge 28-91 ans

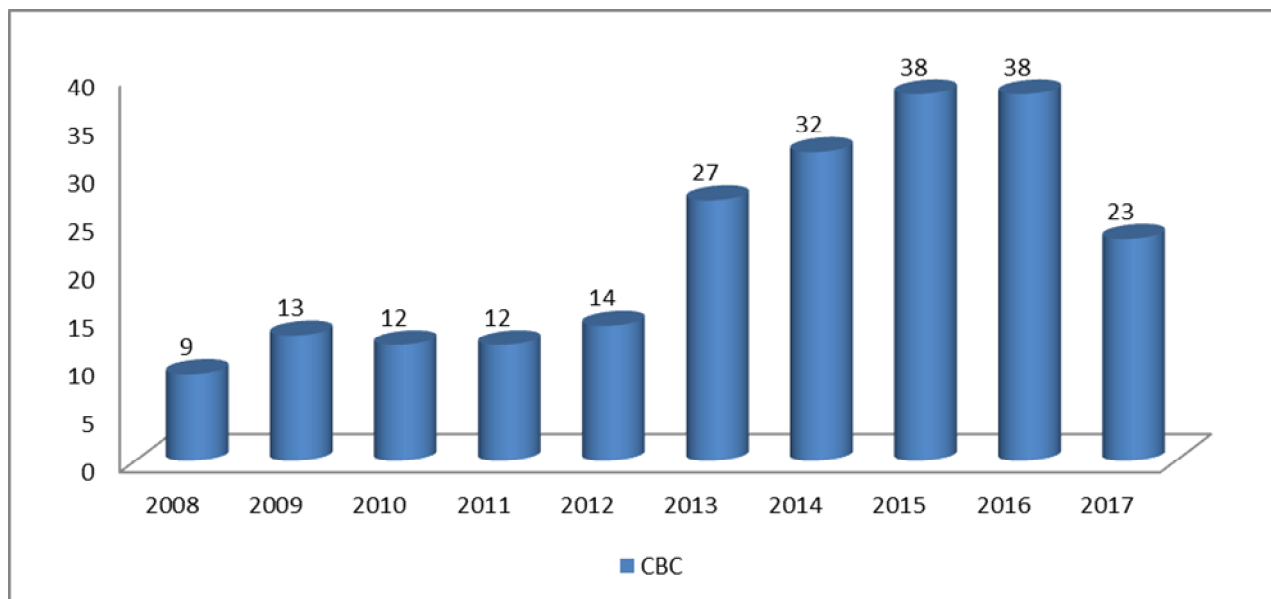


Figure 12 : Répartition des CBC en fonction des années

Le nombre de cas par an variait de 9 à 38, avec une moyenne de 21.8 cas par an. Un pic a été noté en 2015 et 2016

b- Siège.

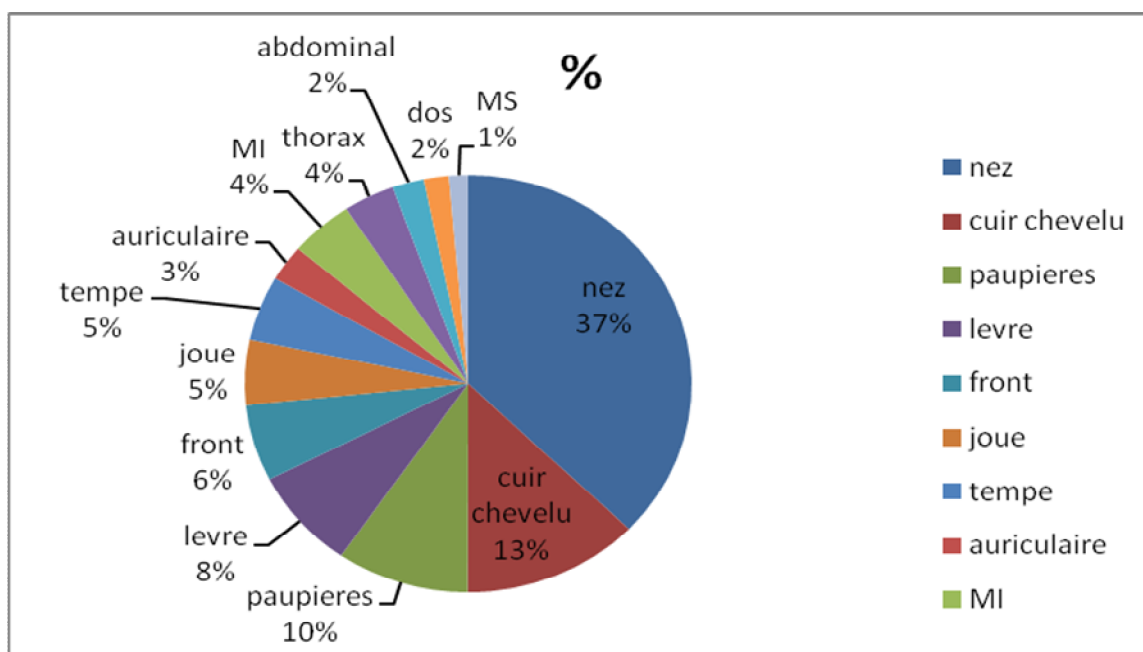


Figure 13 : Répartition des CBC en fonction du siège

Le carcinome basocellulaire était localisé au niveau de la tête chez 188 patients (86.1%) et 31 patients avaient des localisations extrafaciales (13.9%).

2-Carcinome épidermoïde.

a-Épidémiologie.

Le carcinome épidermoïde était retrouvé dans 143 cas (36.11% des patients), avec une prédominance masculine 96 cas (cad 67.13%) pour les femmes on a trouvé 47 cas (32.87%) (Sexe ratio H/F : 2.04).

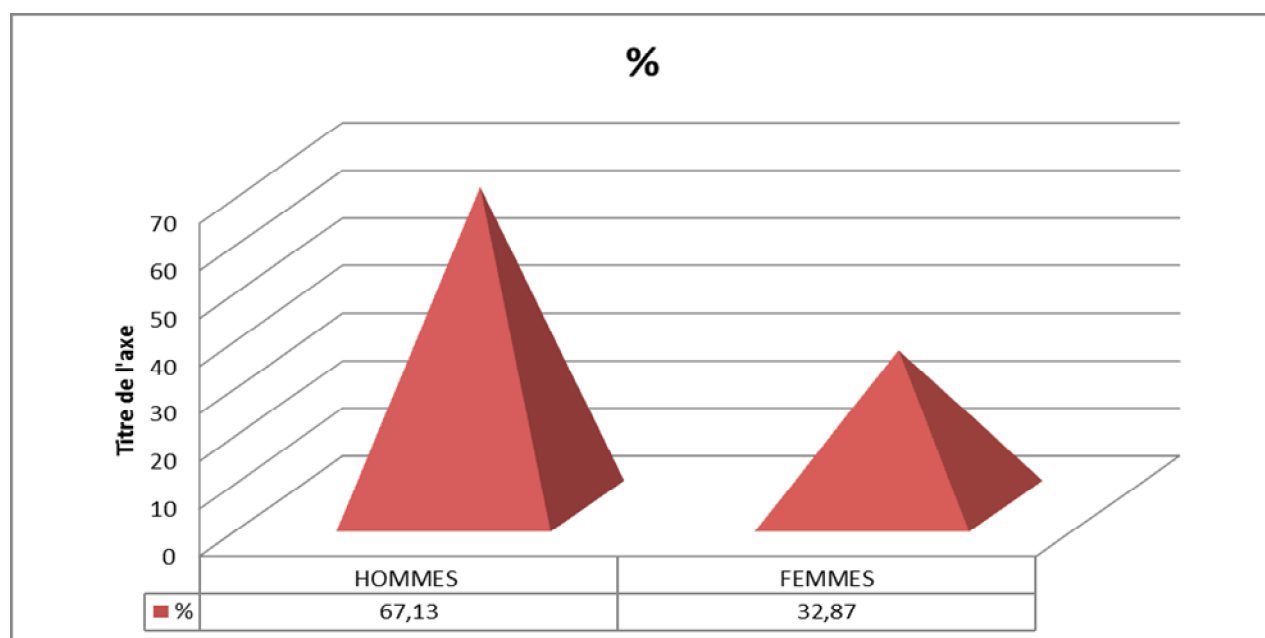


Figure 14 : Répartition des carcinomes épidermoïde en fonction du sexe

L'âge moyen était 62.5 avec des extrêmes d'âge 33-92 ans.

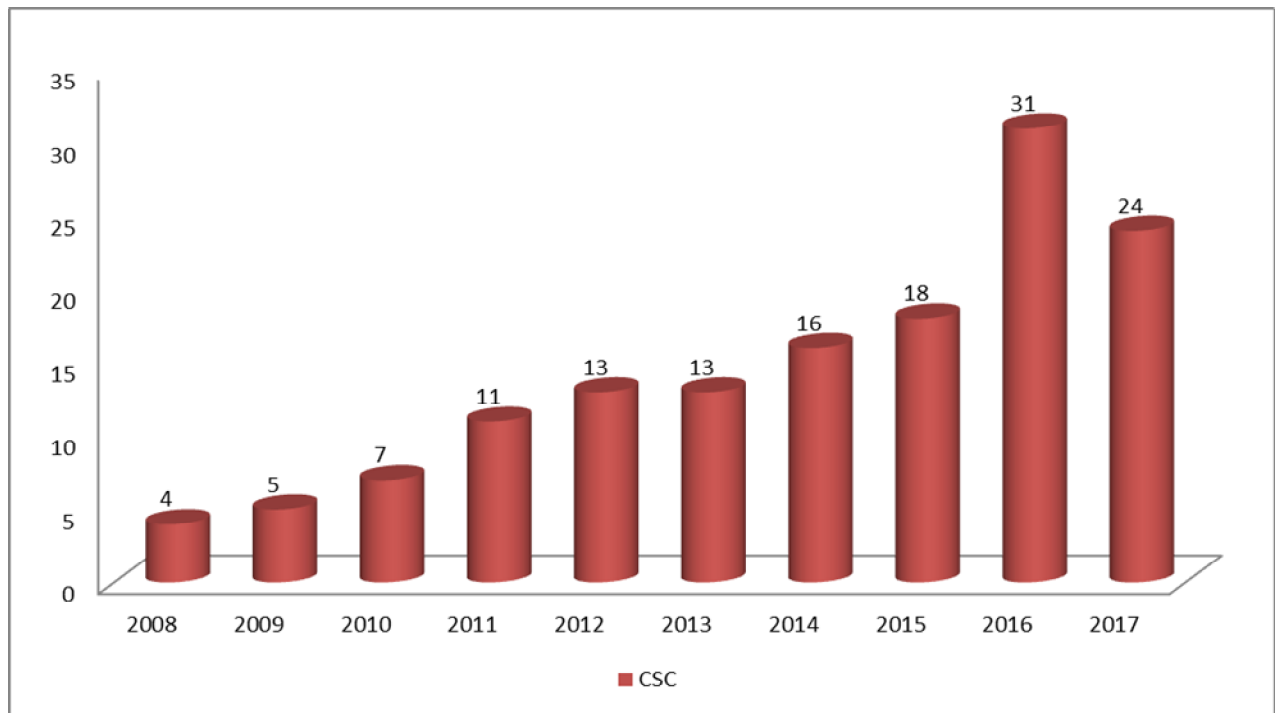


Figure 15 : Répartition des carcinomes épidermoïdes en fonction des années

Le nombre de cas par an variait de 4 à 31, avec une moyenne de 14.3 cas par an. Un pic a été noté en 2016.

b- Siège.

Le carcinome épidermoïde était localisé au niveau de la tête chez 83 patients (58%) et 60 patients avaient des localisations extrafaciales (42%).

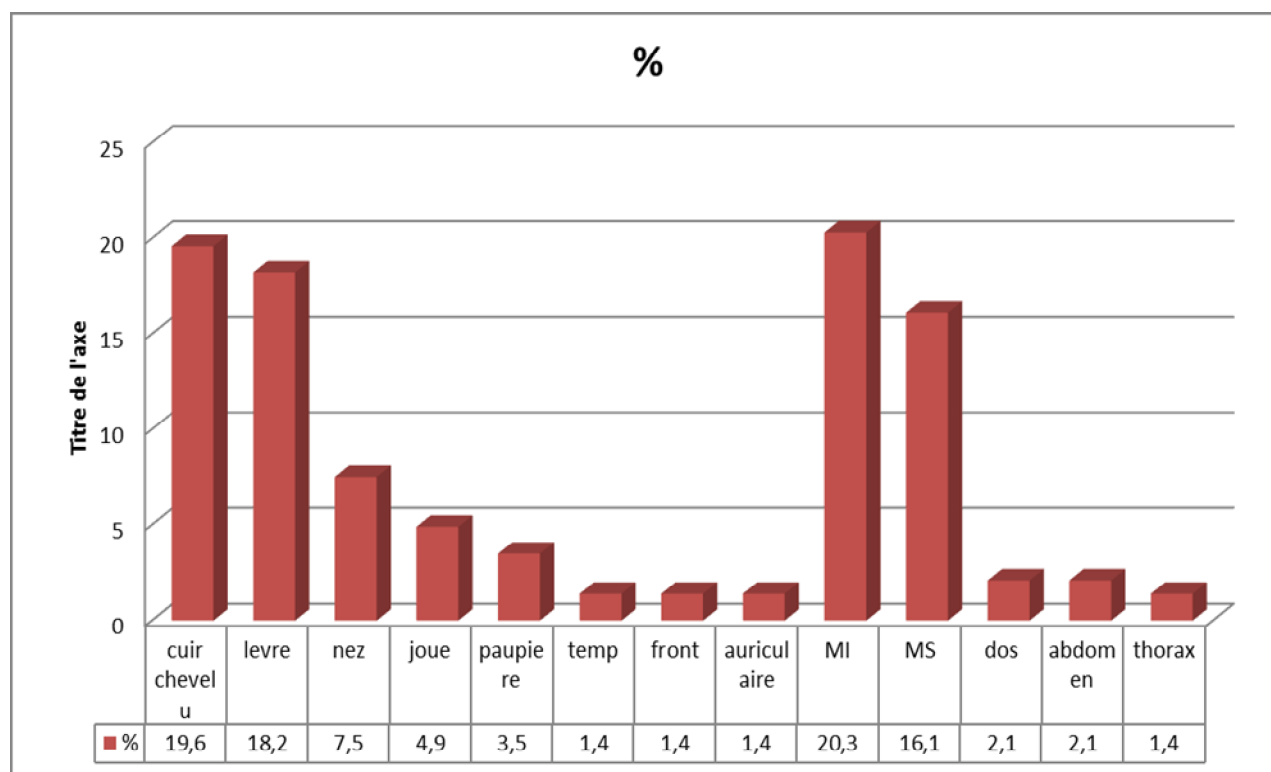


Figure 16: Répartition des carcinomes épidermoïdes en fonction du siège

La localisation sur le cuir chevelu était prédominante en ce qui concerne la localisation faciale.

Les lèvres dans 26 cas (18,2%).

La localisation sur le nez est retrouvée chez 11 patients (7.5%).

Les tempes droites et gauches dans 2 cas (1.4 %).

Les joues dans 7 cas (4.7%).

Le front dans 2 cas (1,4%).

Les paupières dans 5 cas (3,5%).

Auriculaire 2 cas (1,4%).

En dehors du visage, 60 patients avaient des localisations extra faciales le
MI 29 cas 20,3%, Thorax 2 cas 3.6%, Abdomen 3 cas 2.3%, Dos 3 cas 1.8%,
MS 23 cas 1.4%,

3-Mélanome.

a-Épidémiologie.

21 cas de mélanome ont été retrouvés (soit 5.35%), avec une prédominance
féminine 11 cas soit 52,39 % et homme 10 cas soit 47,61% (sexe ratio F/H :1.1).

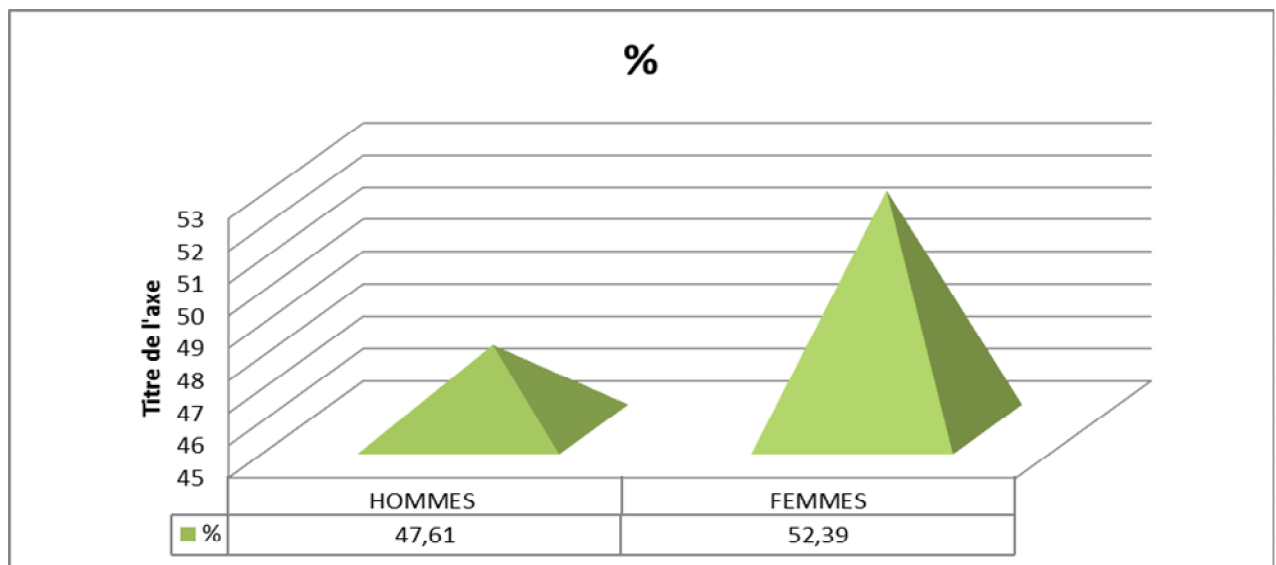


Figure 17 : Répartition des mélanomes en fonction du sexe

L'âge moyen était de 52.5 ans (34 ans - 71 ans).

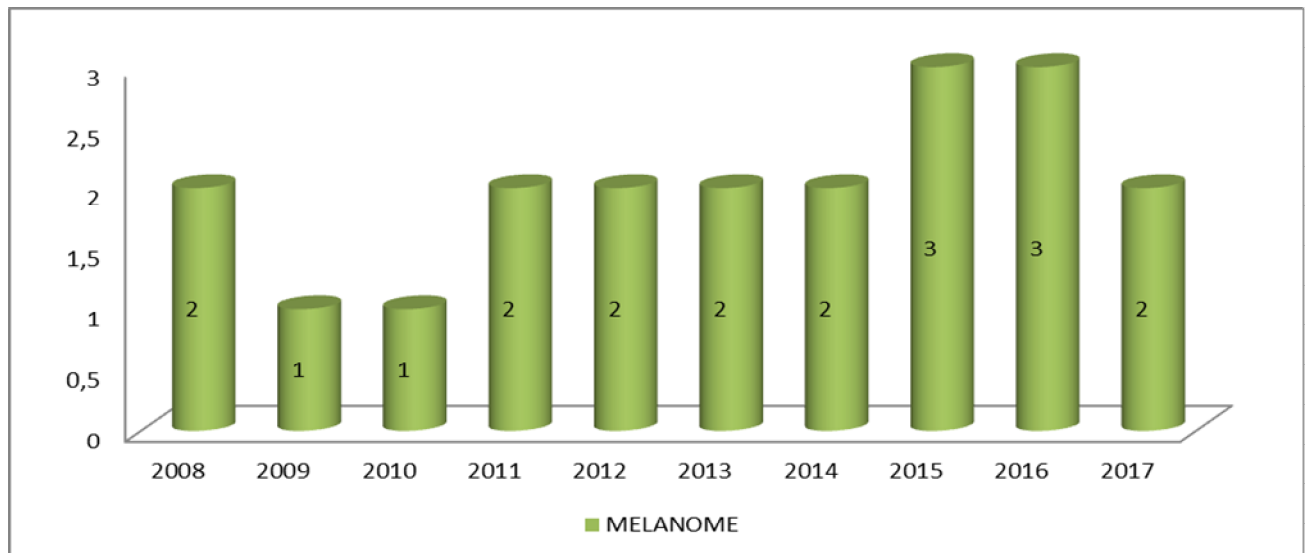


Figure 18 : Répartition des mélanomes en fonction des années

Le nombre de cas par an variait de 1 à 3, avec une moyenne de 2.1 cas par an.

b- Siège.

Les mélanomes étaient localisés surtout au niveau de la tête chez 9 patients (42.85%) et du MI chez 9 patients (42,85%).

Pour le MS on a trouvé 4 cas (14.3%)

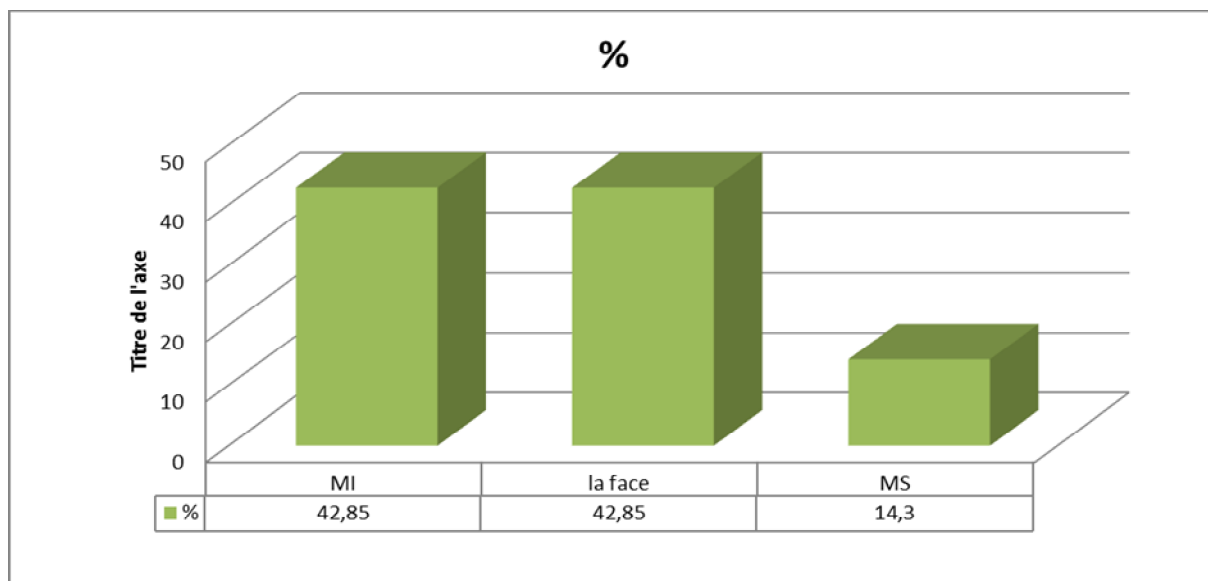


Figure 19 : Répartition des mélanomes en fonction du siège

4-Sarcomes.

a-Épidémiologie.

14 cas de sarcomes ont été retrouvés soit 3.54% avec une prédominance féminine 9 cas soit 64.28% et 5 hommes soit 35.71%.

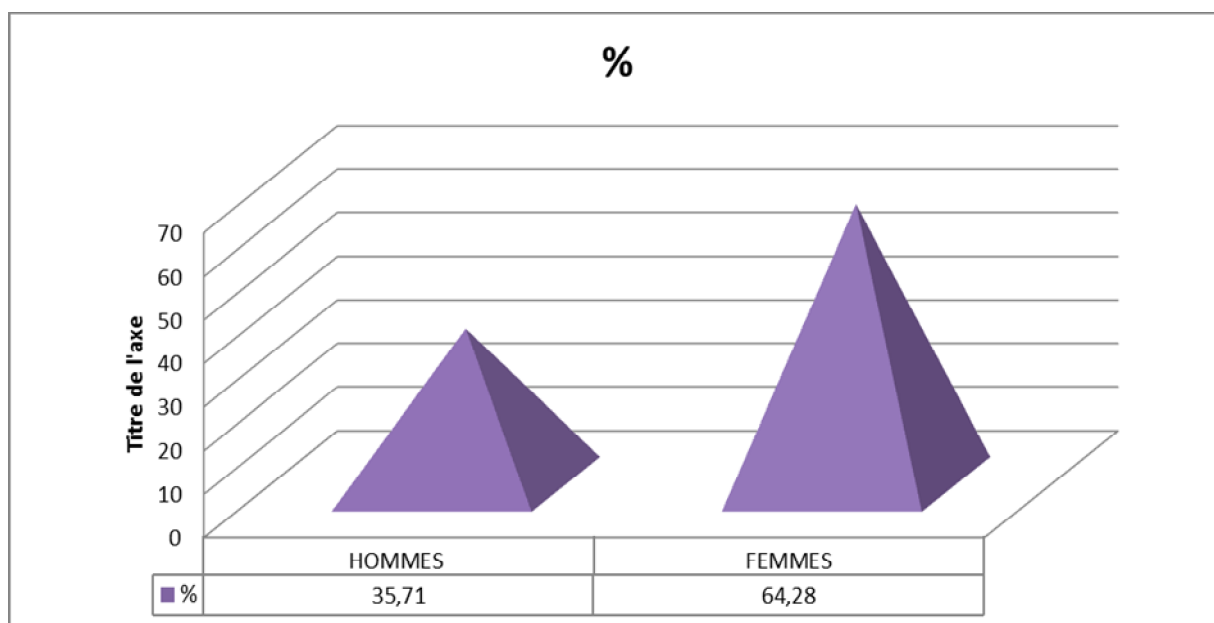


Figure 20 : Répartition des sarcomes en fonction du sexe

L'âge moyen était de 39 ans avec des extrêmes de 17 à 61 ans.

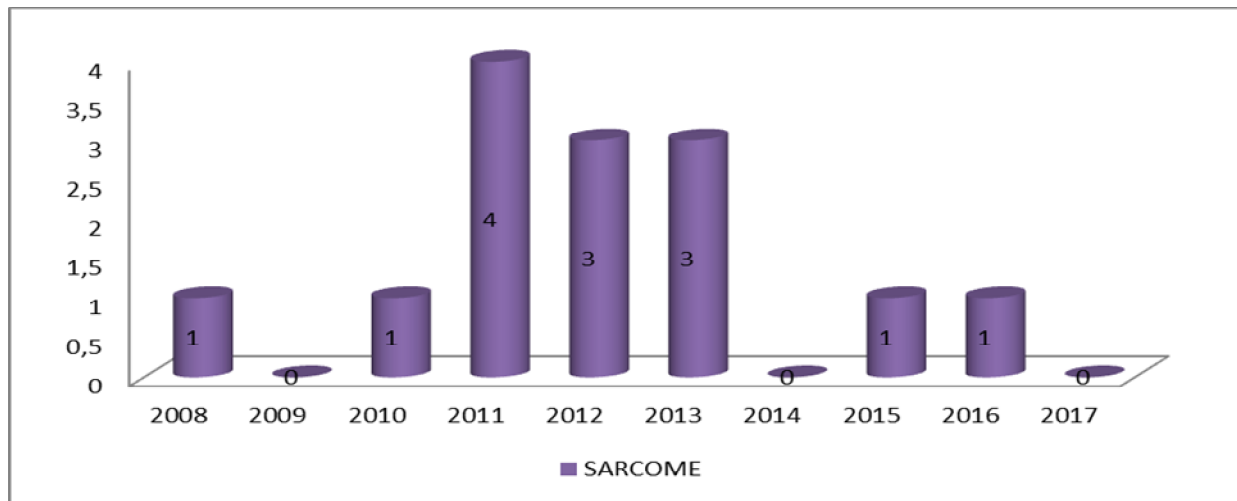


Figure 21: Répartition des sarcomes en fonction des années

Le nombre de cas par an variait de 0 à 4, avec une moyenne de 1.4 cas par an.

b- Particularités cliniques.

Pour les 14 cas de sarcomes relevés on a 5 cas de sarcome de kaposi et 9 cas de sarcome de Darier Ferrand.

c- Siège.

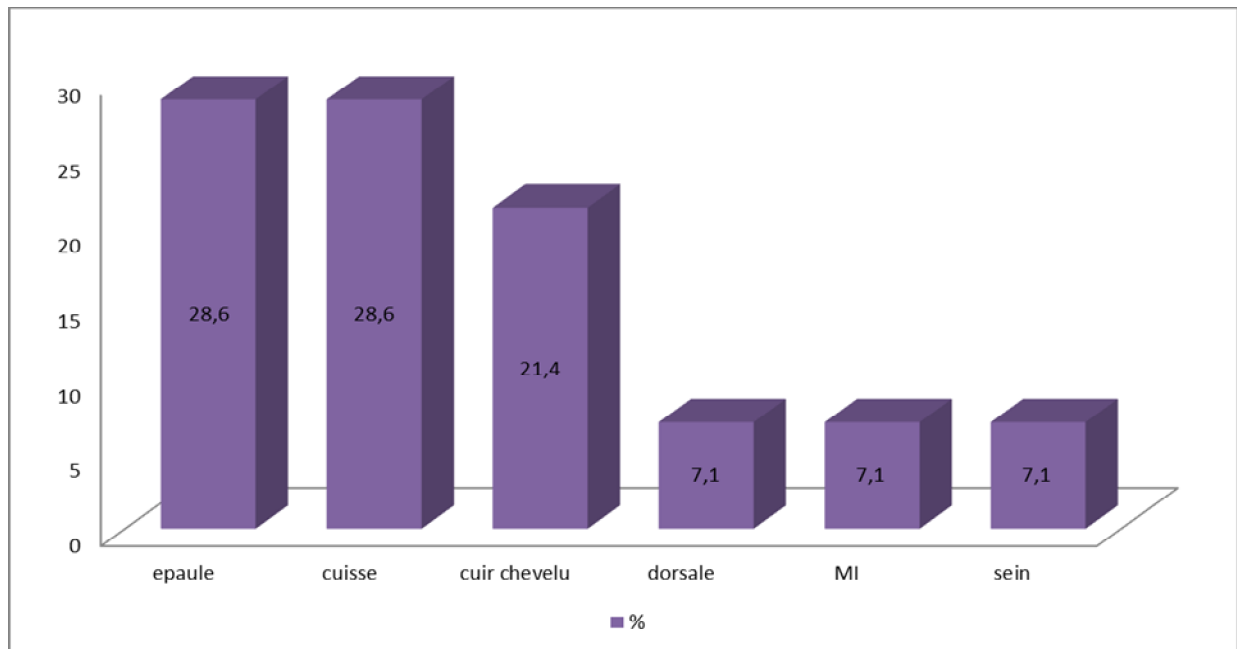


Figure 22: Répartition des Sarcomes en fonction du siège

La localisation au niveau de l'épaule était retrouvée dans 4 cas soit 28.6%

4 cas aussi pour la cuisse soit 28.6%.

3 cas pour le cuir chevelu soit 21.4 %.

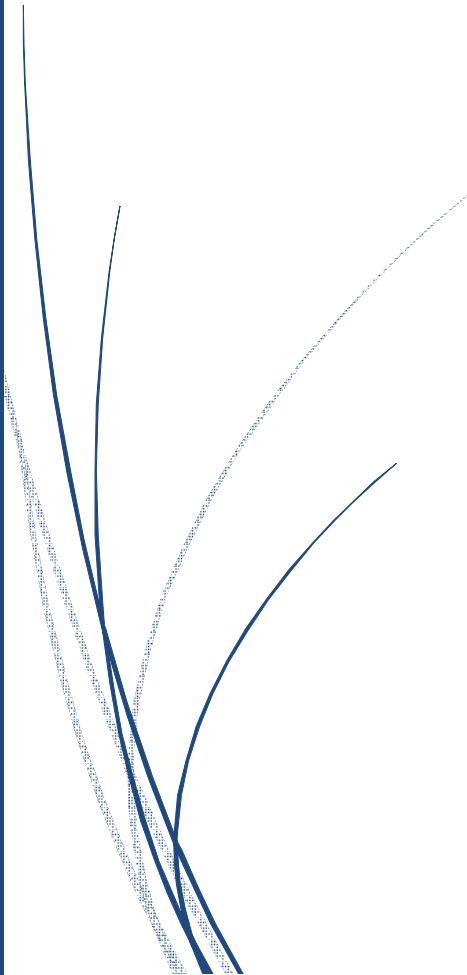
1 cas pour le dos soit 7.1%.

1 cas pour le MI soit 7.1%.

1 cas pour le sein soit 7.1%.



IV-DISCUSSION



A –Données épidémiologiques.

1-Fréquence.

Les tumeurs cutanées malignes prises dans leur ensemble représentent la première localisation de tumeur maligne en termes d'incidence. Au Maroc, selon le registre national des cancers comme beaucoup d'autres pays, les tumeurs cutanées malignes sont très fréquentes ; elles viennent au 8^{ème} rang chez l'homme et au 10^{ème} rang chez la femme et représentent 2.6% du total des tumeurs malignes [43-45].

Dans notre étude, plus de 430 dossiers de tumeurs malignes de la peau tout âge et forme confondus ont été archivés entre 2008 et 2017. 396 cas de tumeurs cutanées malignes solides ont été traités dans cette série qui n'a concerné que les patients hospitalisés au service de chirurgie plastique de l'hôpital Ibn Sina de Rabat.

Cette relative faible fréquence hospitalière des tumeurs cutanées malignes peut s'expliquer par le fait qu'il existe beaucoup de patients atteints de tumeurs cutanées malignes qui ne sont pas enregistrés soit parce qu'ils n'ont pas consulté dans une structure spécialisée soit parce qu'ils ne sont pas enregistrés.

En France, les tumeurs cutanées malignes sont les cancers les plus fréquents avec près de 80 000 nouveaux cas par an. Leur nombre augmente de manière importante depuis 50 ans.

a-Le carcinome basocellulaire.

Les carcinomes cutanés sont les plus fréquents des tumeurs malignes humaines de l'adulte, sa fréquence est difficile à évaluer car il s'agit d'une tumeur souvent sous ou non diagnostiquée.

L'incidence des carcinomes basocellulaires est fortement variable ils représentent environ 1/3 de l'ensemble des tumeurs malignes dans les pays occidentaux et constituent probablement la tumeur maligne la plus fréquente dans l'espèce humaine et selon les données de notre série le carcinome basocellulaire représente 55% des cas.

Une étude française faite en 1998 sur 898 cas de tumeurs cutanées, les carcinomes basocellulaires représentaient 71,6% suivis par les carcinomes épidermoïdes (13,7%).

Cette incidence dépend du phototype, des populations, du lieu géographique et de l'âge et elle est corrélée avec la latitude et la dose cumulative des irradiations solaires.

Une augmentation de l'incidence annuelle a été signalée dans plusieurs pays occidentaux (+283% en 14 ans en Angleterre).

L'incidence annuelle, dans notre étude, est de 39.6cas/an restant élevée par rapport à d'autres études (16.3cas/an à Fès selon une étude menée entre 2006 et 2008, 14 cas/an selon le registre de cancer de Rabat en 2005 9.8 cas/an à Casablanca).

Ce carcinome malgré son taux élevé, reste sous-estimé pour certains auteurs .Une étude américaine [52,47] fait état d'une performance diagnostique de 70% pour des dermatologues des centres universitaires, de 65 % pour les dermatologues libéraux et de 64 % pour les internes de spécialité et de moins 30% pour les non spécialistes [4,48-51].

b-Le carcinome épidermoïde.

Le carcinome épidermoïde constitue la deuxième tumeur cutanée dont l'incidence exacte est difficile à évaluer dans notre pays comme beaucoup d'autres car la plupart des cas ne sont pas notifiés dans les registres. L'incidence annuelle en France et dans les principaux pays européens est de 10 à 20/100000 habitants chez l'homme et de 5 à 10/100000 habitants chez la femme. Aux États-Unis, le risque de survenue d'un CE est estimé de 9 à 14% chez l'homme et de 4 à 9 % chez la femme. Ce qui correspond à peu près à 100.000 ou 150.000 nouveaux cas / an.

Dans une autre étude menée en Grande Bretagne de 1976 à 1984 a objectivé une incidence de 39 pour 100.000 chez les femmes et 63.1 pour 100.000 chez les hommes. Une décennie après, du 1990 à 1992 l'incidence a augmenté avec 100 pour 100.000 chez les femmes et 191 pour 100.000 chez les hommes.

L'incidence des formes métastatiques est estimée entre 2% et 6%. Malgré le sous enregistrement de ces tumeurs, une nette augmentation a été démontrée en Amérique du Nord puisque leur incidence aurait augmenté de 50 à 200% dans les 10 à 30 dernières années.

Dans notre série L'incidence du CE est de 14.3 cas / an soit 36.11% occupant la 2^{ème} place après le carcinome basocellulaire avec une incidence de 21.8 nouveaux cas / an soit 55% reste diminuée par rapport à l'étude du CHU de Fès (17.5 cas/an) et à l'étude du CHU de Casablanca portant sur 939 cas (23.7%) et aux études américaines (100.000 ou 150.000 nouveaux cas /an) et le nombre de CE dans notre série reste élevé par rapport à une autre étude française faite en 1998 sur 898 cas avec 13.7% pour CE et 71.6% pour CBC

L'augmentation régulière de la fréquence des carcinomes épidermoïdes au Maroc résulte de l'effet combiné du vieillissement de la population, changement du mode de vie avec des fortes expositions solaires sans protection. Malgré cette augmentation largement évidente, cette incidence reste sous-estimée vu d'une part que les dermatologues hospitaliers et privés ne les mentionnent pas dans le registre, les chirurgiens plasticiens également et les ORL même chose et vu la prise en charge erronée de ces lésions par les non dermatologues d'autre part.

L'incidence globale des CE semble augmentée mais moins vite que les carcinomes basocellulaires dans les pays de l'Afrique du nord contrairement au pays du Sud .Une étude rétrospective a été menée, au cours d'une période de 20 ans 1973-1992 afin de déterminer les aspects épidémiologiques des tumeurs cutanées malignes diagnostiqués dans le laboratoire d'anapath du centre hospitalier de Lome Togo au total 518 cas ont été diagnostiqués ,les résultats montrent que les tumeurs cutanées malignes chez les noirs sont dominés par les carcinomes épidermoïdes (n= 254cassoit 50%)cela peut être expliqué par la présence d'ulcères chroniques non ou mal traités [4,53-56].

c-Le mélanome.

La croissance épidémique du mélanome pourrait marquer le pas dans la majorité des pays du monde, en particulier dans les pays du nord d'Europe les plus touchés depuis 30 ans .en France les trois dernières décennies du XXe siècle ont été marquées par une augmentation majeure de l'incidence et de la mortalité. Une vaste étude épidémiologique réalisée dans le Bas-Rhin à partir des données du registre des cancers des certificats de décès et du service d'histopathologie cutanée du CHU de Strasbourg précise qu'entre 1980 et 2001 l'incidence a augmenté de 4,2 à 13/100000 chez la femme et de 2.3 à 10.2 chez

l'homme . En 2010 le nombre de nouveau cas de mélanome cutané en France a été estimé à 8250 avec un taux d'incidence de 8.2 pour 100.000 hommes et 8.8 pour 100.000 femmes. Actuellement, elle est estimée à 11000 nouveaux cas/an. . Le taux d'incidence standardise à la population mondiale est estimée à 9.7 pour 100.000 hommes et 10.1 pour 100.000 femmes en 2011, ceci s'explique par l'évolution des habitudes d'exposition au soleil ainsi qu'aux UV artificiels au cours des quarante dernières années [58-61].

Au Maghreb, il existe peu de données sur sa fréquence réelle en l'absence d'enregistrement dans les registres nationaux des tumeurs cutanées malignes. Les études réalisées semblent cependant confirmer la rareté du mélanome au Maghreb [57].

En Algérie, Boudghène-Stambouli et coll ont trouvé 10 cas en 10 ans en Algérie, la capitale, et 16 cas entre 1981 et 1995 à Tlemcen. Au Maroc, El Ouazzani et coll notent aussi la rareté de ce cancer avec 82 cas en 19 ans. À Rabat, Benzekri et coll, sur 4316 tumeurs cutanées malignes cutanées observées de 1971 à 1991, ils trouvaient 3,5 % des mélanomes (soit 152 cas). En Tunisie, Gharbi a colligé 30 cas en 13 ans à Tunis.

Dans notre série, le mélanome vient en 3ème rang après les carcinomes cutanés avec uniquement 21 patients soit 5.3%

Sur le plan national toutes les études concordent sur la rareté du mélanome vu que les médecins du secteur libéral et les chirurgiens non dermatologues ne prennent pas la peine de le mentionner dans le registre vu que le diagnostic est souvent tardif car les malades ne consultent pas précocement devant l'absence de gêne ou de douleurs et la non utilisation systématique de la dermoscopie par la plupart des dermatologues devant une lésion pigmentée.

Avec 1 620 décès estimés en 2011 900 chez l'homme et 720 chez la femme le mélanome cutané se situe au 16ème rang des décès par tumeurs malignes et représente 1.1 % de l'ensemble des décès par tumeurs malignes en France.

Chez l'homme le taux de mortalité observée lié au mélanome cutané a augmenté passant de 1,1 à 1,7 pour 100 000 entre les périodes 1984-1988 et 2004-2008. Toutefois, la croissance s'est ralentie à partir de la période 1994-1998.

Chez la femme, le taux de mortalité observée a également augmenté entre les périodes 1984-1988 et 1994-1998 passant de 0,9 à 1,1 pour 100 000, avant de se stabiliser en France.

Les tendances plutôt positives d'évolution de la mortalité sur les années récentes, notamment chez la femme, et qui demandent à être confirmées, pourraient être en partie liées aux effets de la détection précoce qui conduit plus souvent à un diagnostic du mélanome à un stade curable.

d-Les sarcomes cutanés.

Peu d'études se sont intéressées à l'épidémiologie des sarcomes cutanés.

En France, une étude sur les tumeurs cutanées malignes rares étalée sur 24 ans (1980-2004), 151 cas ont été colligés, avec un sexe ratio de 0,7, un âge médian de 63 ans et où les sarcomes occupaient la première position avec 59 cas (39%).

Une étude rétrospective a été menée au cours d'une période de 20 ans 1973-1992 dans le laboratoire d'anapath du Centre hospitalier de Lomé (Togo), où 518 cas ont été colligés, les sarcomes occupaient la 3ème position avec 95 cas (18,3%) [62, 63].

Sur le plan national, notre série a révélé une incidence de nouveau cas de sarcome de (1,4 cas / an) la même qu'une autre étude réalisée au CHU de Rabat (1,45 cas/an) mais l'incidence reste moindre que celle retrouvée à Fès (5 cas /an).

Dans notre série, contrairement aux autres études du CHU de Fès, de Rabat et du Togo, les sarcomes cutanés occupaient le 4^{ème} rang.

2- Age.

L'analyse des résultats de notre étude a montré que l'âge moyen était de 60.5ans avec des extrêmes allant de 28 à 93 ans.

La tranche d'âge la plus représentée était celle comprise entre 60-69 soit 29% presque les mêmes constatations que celles réalisées au CHU de Fès [64]: l'âge moyen était de 63 ans avec des extrêmes allant de 35-100 ans, avec une médiane de 61 ans.

La rareté des patients jeunes notamment les enfants dans notre série, peut être attribuée essentiellement au biais de recrutement, le diagnostic retardé du clinicien et le non enregistrement systématique dans les registres peuvent aussi être mentionnés.

Cependant nos résultats concordent dans leur ensemble avec les données de la littérature (6^{ème} décennie). Ceci peut être expliqué par accès difficile aux soins pour la majorité des patients, et surtout le niveau socio-économique et culturel bas dans plusieurs zones du royaume [43].

a-Le carcinome basocellulaire.

Les carcinomes basocellulaires peuvent être observés à tout âge, mais sont rares chez les jeunes et nettement plus fréquents après 50 ans ce qui concorde

avec les données de notre étude ou l'âge moyen était 59.5 ans ce qui rejoint les résultats de l'étude du CHU de Fès [67] avec un âge moyen de 62 ans, l'étude de Rabat [109] avec un âge moyen de 62 ans et l'étude descriptive réalisée en France [65] qui avait 67 ans comme âge moyen [23,65,66].

En cas de survenue précoce, on doit chercher un facteur prédisposant ou une composante héréditaire.

Vitaliano et Urbach ont tenté de définir le risque relatif d'apparition d'un CBC en fonction de l'âge et ils ont constaté que le risque est multiplié par 3 si le sujet est de plus de 40 ans [66].

	Durée d'étude	L'âge moyen	Sexe ratio
HM Meknès	9 ans (2005-2013)	40	7H/ 3F
CHU Rabat	5ans (1999-2013)	62	2 H / 1 F
CHU Fès	2 ans (2006-2008)	80	8 H/ 2 F
Notre étude	10 ans(2008- 2015)	59,5	1 H / 1 F

Tableau VI : Comparaison des données épidémiologiques carcinomes basocellulaires.

b-Le carcinome épidermoïde.

Bien qu'il puisse survenir chez le sujet jeune avec une exposition solaire importante, c'est une tumeur qui touche surtout le sujet âgé avec un âge moyen dans notre étude de 62.5ans avec des extrêmes allant de 33 ans à 92 ans, ce qui concorde avec autre étude de Rabat [109] (âge moyen 65 ans) ainsi avec l'étude du CHU de Fès [67] (âge moyen de 66 ans)[45,67].

À l'échelon national comme dans notre étude on note une prédominance masculine avec un âge moyen avancé qui peut être expliqué par le biais de recrutement et par l'accumulation de l'exposition solaire depuis l'enfance et surtout des erreurs de diagnostics des praticiens.

	Durée d'étude	L'âge moyen	Sexe ratio H/F
HMMI Meknès	9 ans (2005-2013)	66	3,65
CHU Rabat	5ans (1999-2013)	65	1.82
CHU Fès	2 ans (2006-2008)	66	1,32
CHU Casablanca	26 ans (1980-2005)	60	2,33
Notre étude	10 ans(2008-2015)	62,5	2.04

Tableau VII : Comparaison des données épidémiologiques des CE

c-Le mélanome.

L'âge moyen dans notre série est 52.5 ans (34 ans - 71 ans) plus avancé que l'âge moyen retrouvé dans les séries de Fès, Rabat et Meknès (48, 49 et 47respectivement) mais reste moins que l'âge retrouvé dans les séries de France de Casablanca et Marrakech [23,65 ,66].

	Durée d'étude	L'âge moyen	Sexe ratio H/F
HMMI Meknès	9 ans (2005-2013)	47	1
CHU Rabat	5ans (1999-2013)	48	1
CHU Fès	2 ans (2006-2008)	49	1
CHU Casablanca	26 ans (1980-2005)	58,8	1,33
CHU Marrakech	12 ans (1996 -2007)	62	1,5
Notre étude	10 ans(2008-2015)	52,5	≈1

Tableau VIII : Comparaison des données épidémiologiques des mélanomes

Chez les sujets âgés, les mélanomes acrolentigineux et nodulaires sont les plus fréquents alors que chez les sujets jeunes les mélanomes les plus fréquents sont ceux à extension superficielle.

d-Le sarcome cutané.

Un âge moyen jeune a été relevé dans notre série (39 ans), et qui rejoint une étude de Meknès et qui reste très jeune par rapport à Fès (80 ans), Rabat (60 ans) et à l'étude française (63ans)[23 ,65,66].

	Durée d'étude	L'âge moyen	Sexe ratio H/F
HMMI Meknès	9 ans (2005-2013)	40	7H/ 3F
CHU Rabat	5ans (1999-2013)	60	9 H / 3 F
CHU Fès	2 ans (2006-2008)	80	8 H/ 2 F
Notre étude	10ans (2008-2015)	39	5 H/ 9 F

Tableau IX: Comparaison des données épidémiologiques des sarcomes

3- Sexe.

Dans notre étude, on note une prédominance masculine 215 hommes et 181 femmes avec un sexe ratio = à 1.18. Dans la majorité des études nationales et internationales, on note cette prédominance masculine.

Les hommes ont plus tendance à développer une tumeur maligne de la peau plus tôt que les femmes. Cette prédominance masculine peut être expliquée par le biais de recrutement, lié à la catégorie socio professionnelle à laquelle appartenaient nos patients.

a- Le carcinome basocellulaire.

En ce qui concerne le sexe, on note une légère prédominance féminine dans notre série : 105 cas hommes et 113 femmes (sexe ratio = 1.07), ce qui concorde avec la plupart des séries qui montrent une prédominance masculine, avec un rapport H/F allant de 1,1 en Suisse et Grande-Bretagne à 2,59 aux Etats Unis. Cette prédominance masculine est encore plus marquée dans les pays tropicaux. Elle a été attribuée à une exposition solaire professionnelle plus importante chez les hommes.

D'autres études ont montré une incidence plus importante chez les femmes ceci a pu être expliqué par la durée de vie plus longue des femmes.

Dans l'étude française comme dans notre étude ou il n'y a pas de différence significative entre les 2 sexes : 48% des hommes et 52% des femmes

Sur le plan national, nos données ne concordent pas avec ceux du CHU de Fès, Rabat et de Casablanca, avec une prédominance masculine et un âge moyen autour de 60 ans. (Tableau VI)

b- Le carcinome épidermoïde.

Le carcinome épidermoïde est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes, dans notre étude, avec un sexe ratio de 2.02 (96 hommes et 47 femmes). Ceci rejoint les résultats du CHU de Fès (prédominance masculine avec un sexe ratio de 3,1) et ceux de la majorité des études (un ratio homme/femme égal à 2 en France et en Grande Bretagne et à 3 aux Etats Unis). Vraisemblablement en raison des différences et les activités professionnelles de plein air.

La différence d'incidence entre les 2 sexes surtout dans les pays occidentaux, pourrait se réduire dans les prochaines années par l'augmentation de l'incidence des CE chez la femme, liée aux expositions volontaires lors des loisirs. Les localisations diffèrent chez les sujets à peau foncée; chez les Africains, les Asiatiques de l'est et du sud, le carcinome épidermoïde survient surtout au niveau des zones exposées de façon chronique à des irritations, ces zones comportent les ulcères de jambe, les cicatrices de brûlure, les infections cutanées, avec un risque augmenté d'atteinte des membres inférieurs au sein de cette population.

c- Le mélanome.

Dans notre série, on note une légère prédominance féminine 11 F pour 10 H ce qui rejoint les résultats des plupart des études françaises (Tableau VIII), mais ne concorde pas avec d'autre étude ou on a aucune prédominance comme l'étude du CHU de Fès (5H/5F) et une légère prédominance masculine a été objectivée à Rabat, Casablanca et Marrakech (sex-ratio= 1,5)

d- Le sarcome cutané.

Dans notre série, on note une nette prédominance féminine (5 hommes/14 femmes), avec un sexe ratio égal à 0.55 rejoignant l'étude en France : sexe ratio femme/homme égal à 0,7). (Tableau IX)

Mais ne concorde pas avec l'étude de Fès ou on a une prédominance masculine (8H/2F) et l'étude de Rabat (8H/8F).

4-Habitat.

60 % des patients recrutés dans notre étude habitaient le milieu urbain alors que seulement 40% provenaient du milieu rural.

Cette répartition peut être expliquée par le biais de recrutement, par la pauvreté de la population qui ne trouve même pas les moyens de se déplacer et le manque d'éducation vis-à-vis des taches cutanées et l'exposition solaire.

Nos données concordent avec les données du CHU de Fès où 58 % des patients habitaient le milieu urbain alors que 40 % provenaient du milieu rural. Nos résultats rejoignent aussi la majorité des autres études marocaines, maghrébines et africaines.

5-Phototype.

Soumis à une exposition solaire identique, tous les individus n'ont pas le même risque de développer une tumeur cutanée maligne. Le phototype caractérise la sensibilité de la peau aux rayonnements ultra-violets [68-70].

a-Le carcinome basocellulaire.

Dans une même région géographique l'incidence des carcinomes cutanés est nettement supérieure chez les personnes à peau claire par rapport à celles qui

ont la peau noire. Ainsi, au Nouveau Mexique l'incidence des CBC est près de 6 à 10 fois moindre dans les populations hispaniques par rapport aux populations blanches. La fréquence relative dans la race noire ne correspond qu'à 3% de toutes les tumeurs cutanées malignes.

Chez les Afro-américains l'incidence estimée est de 3.4/100 000 contre 233/100 000 dans la population à peau claire.

Cette rareté des carcinomes basocellulaires chez la race noire peut être expliquée par la photo protection mélanique mais surtout à la rareté du système pileux au niveau des zones photo-exposées surtout le visage.

La fréquence absolue dans la race blanche est plus difficile à déterminer. L'incidence est de l'ordre de 78/100 000 en France 2/1000 aux États-Unis et le taux de prévalence peut atteindre 4,2/100 en Australie.

b-Le carcinome épidermoïde.

Les sujets à risque sont ceux à peau claire, comme les Celtes qui génétiquement ont tendance à prendre des coups de soleil sans bronzer. Les sujets à peau noire sont beaucoup moins exposés au risque [72] comme en témoigne l'incidence annuelle des carcinomes cutanés qui, aux États-Unis, est de 233 pour 100 000 habitants chez les Blancs et de 3 pour 100 000 habitants chez les noirs.

c-Le mélanome.

Les sujets de phototype 1 ou 2 (c'est-à-dire avec une peau claire des yeux clairs, des cheveux blonds ou roux, des taches de rousseur) sont plus à risque de développer un mélanome que les sujets ayant naturellement une peau mate ou pigmentée.

6 -Exposition solaire.

L'exposition solaire reste le premier facteur de risque du cancer cutané au monde.

Dans notre étude, une forte exposition solaire a été retrouvée chez 242cas soit 61% des patients, une exposition modérée retrouvée chez 154 malades soit 39%. Cette répartition peut être expliquée par le biais de recrutement.

Contrairement à nos résultats, nos confrères du CHU de Fès ont apporté une légère exposition solaire qui a été retrouvée dans 58 cas soit 50 %, une exposition solaire moyenne retrouvait chez 42 cas (36,5 %) et une forte exposition solaire a été retrouvée seulement chez 15 cas (13 %). Mais ces résultats restent surtout subjectifs [71].

a-Les carcinomes.

Le CE est plus fréquent dans les pays très ensoleillés comme l'Australie, et l'Afrique du sud, en Australie en 1988 la prévalence du carcinome épidermoïde était estimée à 166 par 100.000. De 1960 au 1980 l'incidence du carcinome épidermoïde est multipliée par 2.6, ce qui correspond à une augmentation annuelle de 4 à 8%.

La dose cumulative d'exposition solaire reste dans la majorité des études un principal facteur de risque des carcinomes épidermoïdes. Ce qui rejoint les données de notre étude où plus de 30% de nos patients atteints d'un CE ont une forte exposition solaire due à la nature de leur travail.

b-Le mélanome.

Le rôle de l'exposition solaire dans la genèse du mélanome a été clairement démontré par plusieurs études. Au sein de ce terme général d'exposition solaire on peut identifier plusieurs situations, tout d'abord les expositions intermittentes dites « de loisir », le risque de mélanomes associé à ce type d'exposition est maintenant clairement objectivé, de même les coups de soleil sévères dans l'enfance augmentent le risque de mélanome à l'âge adulte .La responsabilité des expositions chroniques, cumulatives est beaucoup plus discutée.

Dans notre série 18 patients sur les 21 malades atteints de mélanome présentaient dans les antécédents une forte exposition solaire ce qui confirme le rôle primordial de l'exposition solaire dans la genèse des mélanomes. Mais chez nous, prédomine aux extrémités faisant discuter en 1er lieu le rôle des traumatismes répétés comme c'est le cas à l'échelon maghrébin et africain.

c-Le sarcome cutané.

Contrairement aux autres types de tumeurs cutanées malignes, l'exposition solaire ne joue pas un rôle primordial dans la genèse des sarcomes cutanés, chose rapportée clairement dans la littérature, puisque les sarcomes touchent surtout les zones non photo-exposées, chose qui ne concorde pas avec les résultats de notre étude puisque la majorité de nos patients présentant un sarcome rapportaient une forte exposition solaire.

7-Antécédents.

Certains groupes à risques courent un plus grand danger de développer une tumeur maligne de la peau en raison de leur mode de vie ou de leurs caractéristiques physiologiques particulières. Une personne qui a déjà eu une

tumeur maligne de la peau, tous types confondus, risque d'avantage d'en développer un second sur une autre partie du corps ou à proximité du premier. Cette constatation soutient davantage la présence de composantes génétique largement démontrée et suggère une prédisposition plus grande dans certaines familles.

Dans notre étude, les lésions précancéreuses ont été retrouvées chez 12 patients : kératose actinique chez 8 patients xéoderma pigmentosum chez 4 patients soit 3%, ce qui ne rejoint pas la majorité des études (6%), Selon l'analyse de 5 études allant de 1988 à 1998 le risque de transformation d'une kératose actinique en un carcinome est compris entre 0,025 à 18% avec une moyenne de 6%. Une étude réalisée en Arizona a objectivé un risque cumulé de 19% chez les patients ayant plus de 10 kératoses actiniques.

B-Particularités anatomo-cliniques de chaque forme de tumeur cutanée maligne.

Parmi les 396 cas recensés, les carcinomes basocellulaires étaient les plus retrouvés (218 cas), suivis par les carcinomes épidermoïdes (143 cas) et les autres tumeurs à fréquence moindre : sarcomes (14 cas), mélanome (21 cas).

1- Carcinome basocellulaire.

a-Le siège.

Dans la majorité des séries, le carcinome basocellulaire est le plus souvent localisé au niveau des zones photo-exposées et en particulier au niveau du visage [73,74]:

75% de ces tumeurs sont localisées au-dessus d'une ligne allant du lobule de l'oreille à la commissure labiale, c'est-à-dire au niveau du front, des tempes, des paupières, du nez et des joues.

Ce qui concorde avec nos résultats puisque 37.16% de nos patients avaient le nez comme localisation, 5% des lésions siégeaient au niveau des tempes, 5% au niveau des joues et 5,9% siégeait au niveau du front, 12.84 % sur cuir chevelu.

b-Le nombre.

Certains malades présentent des carcinomatoses basocellulaires, surtout du phototype clair. Ils développent une association de plusieurs lésions. Il y a souvent, chez ces malades, une association de récurrences de lésions déjà traitées et de nouvelles localisations nécessitant de nouvelles interventions thérapeutiques. Chez ces malades l'éradication systématique 2 ou 3 fois par an de toute nouvelle lésion permet quelquefois le contrôle de la situation. Dans plusieurs séries, tous types confondus, la présence de 2 carcinomes basocellulaires ou plus chez une même personne a été démontrée chez moins de 20% des cas, ce qui ne rejoint pas à 100% nos données où on a trouvé une lésion unique chez plus de 86.2% des cas et seulement 13.8% de nos patients qui ont présenté cette multitude de lésions : 21 patients ont présenté 2 lésions soit 9.63%, 7 patients se sont présentés avec 3 lésions (3.2%), 2 patients présentaient 4 lésions(0.97%)

2- Carcinome épidermoïde.

a-Le siège.

Les carcinomes épidermoïdes se développent sur les parties du corps les plus exposées au soleil, la plupart du temps sur le visage (arêtes du nez, front, bords des oreilles, lèvre inférieure), le cou, les avant-bras et le dos des mains.

Dans notre étude Le carcinome épidermoïde était localisé au niveau de la tête chez 83 patients (58%) et 60 patients avaient des localisations extrafaciales (42%): La localisation au niveau du cuir chevelu était retrouvée dans 28 cas (19.6%), les lèvres dans 26 cas (18,2%). La localisation sur le nez est retrouvée chez 11 patients (7.5%), les tempes droite et gauche dans 2 cas (1.4 %), les joues dans 7 cas (4.7%), le front dans 2 cas (1,4%), les paupières dans 5 cas (3,5%), auriculaire 2 cas (1,4%). En dehors du visage, 60 patients avaient des localisations extra faciales MI 29 cas 20,3% , thorax 2 cas 3.6%, abdomen 3cas 2.3%, dos 3 cas 1.8%, MS 23 cas 1.4%,ce qui rejoint les données de l'étude de Fés (42% au niveau du visage) et une étude épidémiologique menée en Australie qui a objectivé que 66% des carcinomes épidermoïdes siégeaient au niveau de la tête et le cou chez les femmes contre 73 % chez les hommes pour les mêmes localisations [4,47,74,75].

Le carcinome épidermoïde peut survenir au niveau de l'extrémité inférieure dans 10% des cas chez les hommes et dans 17% chez les femmes selon une étude suisse, ce qui ne concorde pas avec nos données (20.3% siégeaient au niveau des membres).

b-Précurseurs.

Le carcinome épidermoïde se développe le plus souvent à partir d'une dysplasie cutanée en particulier sur une kératose actinique ou une maladie de Bowen.

Il existe plusieurs signes qui font soupçonner la transformation d'une kératose : l'étalement rapide et le boursoufflement de la plaque qui prend, sous la kératose, un aspect mamelonné ; un bourgeonnement en surface, avec parfois des saillies villeuses engainées par les productions kératosiques, une infiltration en profondeur, formant un disque induré , une érosion ou une ulcération, saignant facilement sous la couche cornée adhérente et des signes inflammatoires de signification plus discutables donnant lieu à un halo rouge périphérique.

Selon l'analyse de 5 études françaises allant de 1988 à 1998 le risque de transformation d'une kératose actinique en un carcinome invasif est compris entre 0,025 à 18% avec une moyenne de 6%.(3) Une étude réalisée en Arizona a objectivé un risque cumulé de 19% de développer un carcinome épidermoïde chez les patients ayant plus de 10 kératoses actiniques.

c-Le nombre.

Pour les 143 cas de carcinome épidermoïde, La majorité des patients ont présenté une seule lésion (127 cas soit 88,8%), 12 patients ont présenté 2 lésions soit 8.4%, 4patients se sont présentés avec 3 lésions (2.8%), concordant avec les données du CHU de Fès où plus de 80% des patients ont présenté une seule lésion (82% dans la nôtre).

3- Mélanome.

Le siège du mélanome a évolué. En France, la localisation au membre inférieur reste classique chez la femme mais n'est plus que 1,5 fois plus fréquente que celle du tronc entre 2000-2004,alors qu'elle l'était 4 fois plus 20

ans plus tôt, la France suit le chemin des États-Unis où le tronc est devenu la localisation la plus fréquente chez la femme comme chez l'homme.

La notion commune la plus importante pour les cas de mélanome dans les pays du Maghreb, c'est le siège de prédilection au niveau des membres inférieurs avec une atteinte élective plantaire et talonnière, la chose qui n'apparaît pas clairement dans notre série seulement 42.85 % de nos patients avec le MI comme siège (9 cas) les cas restant siègent au niveau de la face 42.85% (9cas) et le MS 14.3 (4 cas).

Pour les données du CHU de Fès (sur 10 patients : 7 patients avaient une localisation acrale : 4 cas au niveau de la plante du pied, 2 cas au niveau du gros orteil et un cas au niveau 4ème espace inter orteil, dans les 3 autres cas, le siège était le mollet dans un cas, aile du nez droite dans les 2 autres) [59 ,60].

4-Sarcomes cutanés.

Pour nos 14 cas, 9 patients (soit 64.28%) avaient un dermatofibrosarcome de Darier Ferrand et 5patients (soit 35.72%) avaient un sarcome de Kaposi.

Cette prédominance du dermato-fibrosarcome de Darier Ferrand a été rapportée aussi par l'étude de Fès (5 cas avaient un dermatofibrosarcome de Darier Ferrand (soit 50%), un léiomyosarcome dans 2 cas, un histiocytofibrosarcome dans 1 cas, un myxofibrosarcome dans 1 cas et un carcinosarcome dans 1 cas) [4, 10, 11].

La localisation au niveau de l'épaule était retrouvée dans 4 cas soit 28.6% ,4 cas aussi pour la cuisse soit 28.6% ,3 cas pour le cuir chevelu soit 21.4% ,1 cas pour le dos soit 7.1%,1 cas pour le MI soit 7.1%



Figure 23 : carcinome verruqueux du cuir chevelu



Figure 24 : carcinome basocellulaire du pavillon de l'oreille



Figure 25 : mélanome plantaire



Figure 26 : Plaque cutanée parsemée de nodules, évoquant cliniquement un dermatofibrosarcome.

C-Particularités des tumeurs cutanées malignes au Maroc, dans le continent africain et sur le plan international.

L'incidence standardisée estimée des tumeurs malignes de peau selon GLOBOCAN 2002 chez les deux sexes au Maroc était similaire à celle estimée en Algérie et en Tunisie. En revanche, elle était très faible par rapport à celle estimée dans d'autres pays comme la France et les états unis d'Amérique et plus élevée par rapport au pays du Sud Afrique probablement vu l'enregistrement inapproprié dans les registres.

D'après les registres du centre hospitalier Hassan II de Fés : Les tumeurs cutanées malignes étaient classées en deuxième position après les tumeurs malignes digestives sur l'ensemble des cancers enregistrés entre 2004 et 2007. Le nombre total des tumeurs cutanées malignes était de 423 cas, avec un sex-ratio de 1,85 et un âge moyen de 62 ans, et selon le registre du centre hospitalier de Marrakech : Les proportions des tumeurs malignes de la peau étaient de 14,33 % chez les hommes et de 7.12% chez les femmes par rapport à l'ensemble des tumeurs malignes enregistrés en 2007.

Cette fréquence élevée des tumeurs cutanées malignes par rapport aux données nationales, pourrait être expliquée d'une part par les conditions géographiques et météorologiques de la région, caractérisée par un ensoleillement important et prolongé pendant une longue période de l'année ce qui est responsable d'une exposition solaire importante des habitants de la région d'autre part, par le bas niveau socio-économique des habitants de la région qui exercent de ce fait, des professions à forte exposition au soleil (Agriculture, chantiers des bâtiments...) [76-79].

Cependant, les données épidémiologiques du registre de la ville de Sfax, objectivent des résultats similaires aux nôtres. En effet, les tumeurs malignes de la peau occupent le deuxième rang chez les hommes après le cancer broncho-pulmonaire et représentent 12,10% de l'ensemble des tumeurs malignes masculins. Chez les femmes, il représente le deuxième cancer également après le cancer du sein et correspond à 10,63% de l'ensemble des cancers féminins.

Selon le registre du nord de la Tunisie, il est relativement moins fréquent et représente 6.8% de l'ensemble des cancers masculins, et occupe le quatrième rang chez les hommes (après le cancer broncho-pulmonaire, le cancer de la vessie et le cancer de la prostate). Chez les femmes il occupe le deuxième rang après le cancer du sein et représente 5.7% de l'ensemble des cancers féminins.

À Oran les cancers cutanés représentent 11.5% de l'ensemble des cancers masculins et 9.2% de l'ensemble des cancers féminins représentant le troisième et le cinquième cancer chez les hommes et les femmes respectivement.

À l'échelle internationale les registres n'incluent pas les cancers de la peau et l'on ne dispose pas de données globales mais les différentes études réalisées, malgré la fréquence élevée des cancers cutanés dans notre série, celle-ci reste largement inférieure aux données occidentales.

Aux états unis, les carcinomes cutanés non mélaniques représentent plus de 33% de l'ensemble des cancers avec une incidence estimée à plus de 2 millions de cas par an, dont 83,33% sont des carcinomes basocellulaires et 16,66 à 25% des carcinomes épidermoïdes. Leur incidence est 18 à 20 fois supérieure à celle du mélanome.

Selon une étude réalisée au Etats Unis il a été estimé qu'en 2007, 13 millions de personnes non-hispaniques de race blanches vivant aux États-Unis ont eu un total de 22 millions de carcinomes basocellulaires et épidermoïdes au cours de leurs vies. Dans cette étude, le taux annuel de variation de l'incidence des carcinomes cutanés non mélaniques depuis 1978 était de 2%, et l'incidence annuelle en 2007 l'incidence des carcinomes cutanés non mélaniques était de 1,3 million de personnes.

D-Prise en charge des tumeurs cutanées malignes au Maroc et la mise au point sur les différents intervenants dans cette prise en charge.

L'objectif dans la prise en charge des tumeurs malignes de la peau est d'obtenir la guérison avec le minimum de risques à court, moyen et long terme tout en préservant au mieux sa qualité de vie pendant et après les traitements.

Dans notre pays, ce type de malade est pris en charge par plusieurs intervenants, en dehors du dermatologue, comme des médecins généralistes, des ORL, des chirurgiens plasticiens etc....

Ceci engendre des erreurs dans les études épidémiologiques, vu que ces derniers ne mentionnent pas tous leurs patients dans le registre des cancers, soit par négligence ou par erreur diagnostique et des prises en charge qui change d'un intervenant à un autre avec résultats et évolution qui diffèrent et parfois même des erreurs diagnostiques avec des conséquences catastrophiques ,d'où le rôle primordial du dermatologue spécialiste en la matière, qui va permettre une démarche diagnostique orientée avec mise en place de protocole thérapeutique adéquat et spécifique à chaque patient. Les autres intervenants doivent travailler en collaboration avec le spécialiste pour l'intérêt du malade.

E-Prevention et optimisation de la prise en charge des tumeurs cutanées malignes.

La maladie cancéreuse, bien que particulièrement grave et tragique, a vu néanmoins son pronostic s'améliorer ces dernières décennies. En effet, de nombreux progrès ont été réalisés dans la compréhension des mécanismes biologiques de la survenue de la maladie grâce à ces progrès le pronostic de la maladie s'est nettement amélioré, particulièrement dans les stades localisés, voire même dans les stades localement avancés ou métastatiques.

Les avancées scientifiques et les moyens médicaux permettent actuellement de guérir dans des conditions favorables jusqu'à 80% des enfants malades et plus de 65% des malades adultes dans le monde. La détection précoce constitue la meilleure chance de guérison des tumeurs cutanées malignes, et notamment du mélanome le plus grave entre eux du fait de son potentiel métastatique.

Il est évident maintenant que les tumeurs malignes et en particulier les tumeurs cutanées sont la résultante d'une accumulation complexe de facteurs en rapport avec le mode de vie, l'exposition solaire l'hérédité et l'environnement certains facteurs sont incontournables mais d'autres peuvent et doivent être contrôlés.

L'un des buts essentiels de la recherche en particulier de l'épidémiologie grâce à l'identification des facteurs qui favorisent les tumeurs cutanées malignes, est de permettre d'éviter la survenue de ceux-ci. Certains cancers pourraient disparaître à plus de 90 % si nous adoptons un mode de vie collectif et individuel éliminant les causes évitables et les facteurs favorisant de ces cancers de peau et en particulier l'exposition solaire.

Le dépistage vise à abaisser la mortalité liée au cancer, seul critère permettant de juger de son efficacité.

La mise en place d'une campagne de dépistage implique nécessairement : que le cancer considéré soit fréquent dans la population choisie et/ou grave par les conséquences de son traitement. Mais aussi qu'il soit précédé de lésions précancéreuses ou d'une période infraclinique au cours de laquelle, il est à la fois détectable et curable. Chose démontrée par notre étude et par la majorité des études.

Mais malheureusement et contrairement à d'autres types de tumeurs malignes (seins, col de l'utérus ,broncho-pulmonaire..), et malgré sa gravité et son coût lourd pour la société, il n'y a pas de système de lutte contre le cancer de peau.

D'où le rôle primordial de la prévention dans ce type de cancer, surtout pour le mélanome (forme la plus grave avec le taux de mortalité le plus élevé). Cette prévention doit viser à éliminer les causes d'apparition d'un cancer cutané et va représenter un bénéfice, non seulement en vies humaines, mais encore économique et social et doit s'articuler globalement autour de trois volets :

1-La prévention primaire.

L'ensemble des mesures destinées à éviter la survenue d'une pathologie qui concerne le grand public et s'articule autour des campagnes d'information afin d'éviter les facteurs de risques.

L'exposition solaire s'intègre dans ce type de prévention et on ne peut cesser de répéter, les coups de soleil, notamment durant l'enfance, majorent le risque de cancer cutané.

L'exposition solaire pendant l'enfance et l'adolescence joue un rôle important dans l'apparition d'un CE ce qui incite à promouvoir la photo protection à ces âges de la vie.

Les programmes de prévention s'adressent aux scolaires et aux adolescents et doivent insister plus sur le risque de cancer.

L'information et les conseils de prudence vis-à-vis du soleil doivent être renouvelés durant toute la vie en particulier des sujets à risque tels que : les phototypes clairs, exposition solaire professionnelle ou récréative.

Il faut :

- Application régulière, et en quantité suffisante, d'une crème solaire d'indice élevée et adaptée au type de peau.

- Nouvelle application après une baignade ou une forte transpiration. Attention également aux frottements avec la serviette.

- Grande prudence les premiers jours de vacances, la peau n'est pas encore habituée au soleil.

- Les sujets à peau claire, en particulier les roux, sont particulièrement à risque.

- Ne pas oublier que les nuages laissent passer une quantité de rayonnements solaires, et le parasol aussi.

- Pas d'exposition entre 12 et 16 heures, et surtout pour les enfants.

- Jamais de nourrisson au soleil.

- Eviter les cabines de bronzage.

2-La prévention secondaire.

Encore appelée « détection précoce », elle inclut le dépistage, le diagnostic précoce et le traitement et le suivi qui en découlent. Le dépistage consiste à rechercher de façon systématique dans une population en bonne santé les porteurs de symptômes latents. Elle s'adresse à des individus qui ne présentent pas encore les symptômes de la maladie mais qui présentent déjà un certain risque. Comme pour le cas du mélanome où il est recommandé de surveiller régulièrement les grains de beauté.

Parallèlement, certains individus ont un risque de mélanome accru par rapport à la population générale il s'agit de ceux présentant :

- Des antécédents personnels ou familiaux de mélanome,
- Plus de deux grains de beauté (ou nævus) atypiques,
- Plus de 40 nævus communs,
- Des antécédents de brûlure solaire,
- De nombreuses taches de rousseur,
- Un phototype de type I (peau blanche, cheveux blonds ou roux, yeux bleus/ verts),
- Un nævus congénital avec un diamètre > 20 cm.

3-La prévention tertiaire.

Elle concerne les soins palliatifs, la réadaptation fonctionnelle et la réinsertion sociale des patients.

F-Prise en charge thérapeutique des tumeurs cutanées malignes.

1- Buts.

- Exérèse carcinologique des tumeurs cutanées opérables
- Éviter les récurrences et la survenue de métastases des tumeurs cutanées.
- Améliorer la qualité de vie et le confort du patient
- couvrir les pertes de substances qui en résultent de l'exérèse

2- Moyens.

a- La Chirurgie.

a-1-Exérèse classique.

C'est un traitement radical qui permet un examen histologique de la lésion et les marges. L'exérèse doit être carcinologique avec des marges d'exérèse variable selon le type de cancers.

a-2-Amputation.

. **Chirurgie micrographique de Mohs** : Elle permet l'exérèse minimale suffisante. La technique combine l'acte chirurgical et l'examen microscopique extemporané [80].

.**Le curage lymphoganglionnaire** complète l'exérèse classique des cancers lymphophiles.

b- La cryochirurgie.

Elle consiste à détruire les cellules tumorales par des températures négatives grâce à l'application locale d'une sonde fonctionnant à l'azote liquide.

Sa principale limitation est d'être réalisée à l'aveugle, puisqu'elle ne permet pas la récupération de la lésion pour une analyse anatomopathologique.

Cependant si elle est faite par un professionnel expérimenté elle apporte des résultats comparables à la chirurgie [81].

c- La Radiothérapie.

La radiothérapie fait appel selon le cas aux rayons X de basse énergie, aux électrons de haute énergie, ou à la curiethérapie interstitielle qui consiste à implanter dans la tumeur, généralement sous anesthésie locale, des gaines plastiques permettant le chargement de fils d'iridium 192.

3- Indications

a- Carcinome basocellulaire

But :

Le but est d'obtenir un contrôle tumoral adéquat avec une épargne maximale du tissu sain.

a-1-l exérèse chirurgicale.

L'exérèse chirurgicale reste le traitement de choix au monde entier, permettant un taux élevé de guérison, notamment par le contrôle histologique des marges.

Pour les tumeurs de pronostic intermédiaire, une marge latérale stricte de 4 mm au minimum est recommandée.

Pour les tumeurs de mauvais pronostic, les marges latérales ne sont pas standardisées : Elles pourront varier de 5 mm pour certaines tumeurs bien limitées, à 10 mm ou plus pour certains carcinomes basocellulaires récidivants et

pour certains carcinomes basocellulaires sclérodermiiformes. Si pour des raisons fonctionnelles ou esthétiques ces marges ne peuvent pas être respectées, il est recommandé de pratiquer un examen extemporané ou une chirurgie en 2 temps pour s'assurer que la marge est saine [5, 15, 25].

Dans tous les cas, les marges profondes sont situées dans le tissu graisseux sous-cutané et doivent atteindre en les respectant (sauf s'ils sont envahis) l'aponévrose (front) le périchondre (oreille, nez), ou le périoste (cuir chevelu). Pour les carcinomes basocellulaires superficiels, elles peuvent être moins profondes.

Dans quelque série la chirurgie n'est pas recommandée en première intention.

On prend l'exemple de la série de Kopf et Dubin où la chirurgie vient en 3ème position (12,6% des cas) après le curetage, électrocoagulation et la radiothérapie [30,36].

a-2 La chirurgie micrographique de Mohs.

Son principe est de permettre l'étude de 100% des marges chirurgicales, latérales et profondes, et de préciser au mieux le caractère complet d'une exérèse lésionnelle. Le but de la chirurgie micrographique de Mohs est de permettre l'exérèse minimale suffisante pour ne pas s'exposer au risque de récurrence, tout en évitant le sacrifice inutile de peau saine. Cette technique semble intéressante, une étude réalisée en Australie sur 283 cas de carcinome basocellulaire traité par cette technique seulement 6 patients ont présenté des récurrences au terme de 5 ans [80].

Dans une étude randomisée, contrôlée, récemment publiée, l'excision avec une marge saine de 3 mm est comparée à la chirurgie de Mohs pour le traitement de carcinomes basocellulaires primaires ou récidivants d'un diamètre maximal de 1 cm et localisés au visage .la différence observée n'est pas significative pour le nombre de récidives postopératoires (30 mois de suivi). Celles-ci sont au nombre de 1% (maximum 3,7%) pour un carcinome basocellulaire primaire et de 3% (maximum 5%) pour une lésion récidivante. Le résultat esthétique est comparable. Par contre, des complications sont observées après une excision avec une marge de 3 mm en comparaison avec la chirurgie de Mohs pour une récurrence de CBC.

a-3 Exérèse par laser CO2.

Avec analyse histologique de la pièce opératoire orientée (berges), le laser CO2 doit être considéré comme un bistouri ou un agent de destruction (photo volatilisation) créant des dommages limités sur les berges traitées, son usage suppose une formation spécialisée. Utilisation admise dans les carcinomes basocellulaire (avec contrôle des berges).

a-4 La radiothérapie.

Il est proposé de réserver l'usage de la radiothérapie quand la chirurgie n'est pas possible (contre-indication chirurgicale, difficultés chirurgicales, refus du malade)

a-5 La cryochirurgie.

La cryochirurgie est une intervention qui permet de détruire les cellules cancéreuses en les congelant (en vaporisant l'Azoteliquide). La cryochirurgie est une technique qui donne des résultats satisfaisants en termes de récidives dans

des conditions optimales de pratique et en sélectionnant de façon rigoureuse les indications. Elle nécessite une biopsie préalable au traitement. La cryochirurgie est une alternative à la chirurgie lorsque celle-ci ne peut être réalisée pour [81]:

- les CBC superficiels localisés sur la zone à faible risque de récurrence.
- les CBC nodulaires bien limités d'une taille inférieure à 1 cm quelle que soit la localisation.

a-6 Le curetage-électrocoagulation.

Le curetage-électrocoagulation est une technique aveugle qui nécessite un diagnostic clinique certain, une confirmation histologique sur le matériel cureté et un opérateur entraîné. Dans ces conditions et pour des indications appropriées, son efficacité est acceptable.

Cependant l'utilisation de cette technique n'est plus recommandée vu l'existence des autres modalités thérapeutiques.

Le curetage-électrocoagulation reste néanmoins envisageable sur la zone à faible risque de récurrence pour les carcinomes basocellulaires nodulaires de petite taille (< 2 cm) et les carcinomes basocellulaires superficiels.

a-7 La photothérapie dynamique externe.

La photothérapie dynamique externe repose avant tout sur l'utilisation d'une substance photo sensibilisante ou d'une de ses précurseurs, et de la lumière. Le photo-sensibilisant est introduit dans l'organisme soit par voie systémique soit par voie topique.

Ce produit se concentre dans la ou les lésions à traiter qui sont ensuite exposées à une source de lumière émettant dans le spectre d'absorption de cette substance ce qui déclenche une réaction photo-toxique.

L'imiquimod

L'imiquimod crème à 5 % (Aldara®) est un immunomodulateur. C'est un produit appliqué localement qui possède une autorisation de mise sur le marché (AMM) dans le traitement des carcinomes basocellulaires superficiels. Ce produit module l'immunité locale et facilite la mort des cellules tumorales [29].

a-8 L'interféron intra-lésionnel.

L'interféron alpha-2b agirait sur les cellules tumorales en augmentant localement l'immunité T-cellulaire. Malgré son coût, l'interféron intra -lésionnel pourrait avoir des indications dans les topographies difficiles, dans les tumeurs de grande taille ou histologiquement agressives [27].

a-9- Pronostic du carcinome basocellulaire.

Le pronostic du carcinome basocellulaire est défini à partir de : la taille, la localisation, le type histologique et du caractère primitif ou récidivant de la tumeur.

Bon pronostic	Pronostic intermédiaire	Mauvais pronostic
- Superficiels primaires - Nodulaires primaires - < 1 cm en zone à risque intermédiaire - < 2 cm en zone à bas risque	- Superficiels récidivant, - Nodulaires, - < 1 cm en zone à haut risque, - > 1 cm en zone à risque intermédiaire, - > 2cm en zone à bas risque.	-Nodulaire > 1cm en zone à haut risque. - sclérodermiiformes, mal limités, histologie agressive, micronodulaire, trabéculaire, infiltrant, récidive après reconstruction complète

Tableau X : pronostic du CBC

b- Carcinome épidermoïde.

En présence d'un carcinome épidermoïde, on peut avoir recours aux options de traitement suivantes. Les types de traitements administrés se basent sur les besoins uniques de la personne atteinte de cancer.

Moyens et Indications.

b-1 La chirurgie.

La chirurgie est le traitement principal du carcinome épidermoïde .Les types de chirurgie qu'on peut proposer sont entre autres ceux-ci :

b-1-1-Excision chirurgicale.

Dans les tumeurs de mauvais pronostic une étude histologique permet de vérifier l'exérèse complète soit en per opératoire (étude extemporanée, technique de Mohs) soit après l'intervention et dans ce cas la reconstruction se fera dans un deuxième temps après confirmation de l'exérèse totale. Les marges

d'exérèses pour les lésions bien différenciées dont la taille est inférieure à 2 cm qui surviennent en dehors du cuir chevelu, des oreilles des paupières et des lèvres, des marges de 4 mm des limites cliniques de la lésion sont recommandées, permettant une exérèse carcinologique dans 95% des cas. Pour les tumeurs survenant au niveau des zones de haut risque ou dont la taille est supérieure à 2 cm, des marges de 6 mm sont recommandées. Le risque des récurrences après exérèse d'une lésion de risque faible est estimé à 5% - 8% ; ce risque augmente à 15,7% pour les lésions de haut risque. La chirurgie permet des résultats satisfaisants, dans une étude aux Etats Unis sur 5 ans (1990- 1995), sur 187 cas de carcinome épidermoïde traité par chirurgie, une rémission complète a été obtenue chez 97% [15,41].

b-1-2-Chirurgie de Mohs.

On y recourt comme traitement du CE primitif, en particulier les tumeurs :

- Qui se développent sur des sièges connus pour avoir un taux d'inefficacité thérapeutique élevé : région périorbitaire, sillon nasogénien, angle du nez et de la joue, sillon postérieur de la joue, pavillon de l'oreille, conduit auditif externe, front, cuir chevelu ou tumeur prenant naissance dans une cicatrice.

- Dont les bords sont peu définis.

- Dont le diamètre est supérieur à 2 cm.

- Qui se trouvent dans une région où l'on souhaite conserver le maximum de tissu (visage, tête ou organes génitaux).

Cette technique permet une rémission de 92.1% jusqu'à 5 ans contre seulement un taux de 50% pour la chirurgie exérèse, la technique de Mohs

constitue aussi le traitement de choix pour les carcinomes épidermoïdes péri unguéale [31,32].

b-1-3-La cryochirurgie et la cryothérapie.

La cryochirurgie est surtout utilisée dans le cas des carcinomes épidermoïdes superficiels (maladie de Bowen par exemple).

b-1-4-Traitements Radiothérapiques.

Une radiothérapie ou curiethérapie exclusive pour un traitement conservateur pour des tumeurs situées dans ces régions où une exérèse chirurgicale serait mutilante (régions péri orificielles au niveau du visage en particulier pour la curiethérapie, lésions volumineuses pour la radiothérapie externe) [26,85].

- Une radiothérapie adjuvante : En cas de marges d'exérèse limites.

b-1-5- Le curetage électrocoagulation.

Le curetage-électrocoagulation est une technique aveugle qui nécessite un diagnostic clinique certain, une confirmation histologique sur le matériel cureté et un opérateur entraîné. Dans ces conditions et pour des indications appropriées, son efficacité est acceptable.

Cependant l'utilisation de cette technique n'est plus recommandée vu l'existence des autres modalités thérapeutiques.

b-1-6- Laser CO2.

Avec analyse histologique de la pièce opératoire orientée (berges), le laser CO2 doit être considéré comme un bistouri ou un agent de destruction (photo volatilisation) créant des dommages limités sur les berges traitées, son usage

suppose une formation spécialisée. Utilisation admise dans les carcinomes épidermoïdes (avec contrôle des berges).

b-2- Traitement des atteintes ganglionnaires.

Toute adénopathie suspecte sera analysée et si son atteinte est confirmée histologiquement, un curage ganglionnaire de la région doit être réalisé. Ce curage pourra être complété par une irradiation de l'aire ganglionnaire en cas d'effraction de la capsule ganglionnaire. Dans le cas des lésions muqueuses une exploration systématique, uni ou bilatérale des aires ganglionnaire même en l'absence de ganglion cliniquement palpable est conseillée.

b-3-Surveillance.

Sans recommandations officielles proposition de surveillance clinique T+N à vie.

Ainsi pour les carcinomes épidermoïdes on fera un examen clinique et une classification T+N tous les 3 mois pendant 2 ans puis 1 fois par an à vie.

b-4--Pronostic.

Pronostic du carcinome épidermoïde

La majorité des carcinomes épidermoïdes est de bon pronostic .Le risque métastatique est évalué à 2.3 % à 5 ans et à 5.2 % après un suivi supérieur à 5 ans pour les CEC en peau photo-exposée.

La survenue d'une rechute ou de métastases et la mortalité liée aux CE sont le plus souvent en rapport avec une prise en charge initiale tardive ou inadaptée de la tumeur ou en rapport avec des formes anatomo cliniques agressives.

La lecture des guides permet de dégager des éléments assez cohérents relatifs aux facteurs pronostiques des CE mais dont les preuves sont rarement de niveau 2 et le plus souvent de niveau 4. Les facteurs pronostiques ont donné lieu à des études pour la plupart rétrospectives qui diffèrent tantôt par la méthode d'analyse et les critères retenus, tantôt par la pratique et le type de recrutement des équipes. Les 3 guides de pratique adaptées détaillant la vaste revue de Rowe portant sur une sélection d'études (rétrospectives) parues entre 1940 et 1992 ,ainsi que plusieurs séries rétrospectives plus récentes, 3 études de cohorte portant sur la définition des patients à risque, et une étude évaluant l'intérêt de l'histopronostic par mesure de l'épaisseur tumorale [86,87].

Les **indicateurs pronostiques** listés par le **NHMRC** sont au nombre de 7 :

1°- Les stades de la classification TNM : celle-ci est utilisée à défaut d'une meilleure classification mais sa mauvaise adaptation au CEC est pointée .En effet au chapitre T la priorité est donnée au diamètre externe pour définir les stades T1 à T3, sans prise en compte des niveaux d'invasion dermique et hypodermique, tandis que le T4 est défini par l'invasion des plans profonds musculaires ou osseux.

2°- La présence de métastases lymphatiques locales et/ou de propagation péri-nerveuse.

3°- La récurrence locale et ou le traitement incomplet, regroupés car découlant l'un de l'autre.

4°- Le grade histologique et la capacité d'invasion avec accent mis sur l'agressivité de la variété à cellules fusiformes contestés par plusieurs études.

5°- Le site anatomique du primitif : les CE dotés du plus haut risque locorégional étant ceux du cuir chevelu, de l'oreille et du vermillon de la lèvre.

6°- Les CE non photo –induits chez des sujets immunocompétents (CEC sur fistule chronique d’ostéomyélite, sur cicatrice de brûlure, sur zone de radiothérapie).

7°- Les CE de l’immunodéprimé (non abordé dans cette étude).

- Le guide de la BAD ajoute 2 critères de mauvais pronostic : la mesure au microscope d’une épaisseur tumorale supérieure à 4 mm et un degré d’invasion de niveau V, hypodermique, en référence à la proposition de Clark dans le mélanome.

	Faible risque	Haut risque
Clinique		
Localisation/Taille	Zone B < 20mm	Zone b > ou= 20mm
	Zone I < 10 mm	Zone m> ou=10mm
	Zone H < 6mm	Zone h >ou=6mm
Bords	Bien limités	Mal limités
Primitif vs récurrence	Carcinome primitif	Récurrence
Immunodépression	Non	Oui
CE sur radiolésion ou lésion inflammatoire	Non	Oui
CE à croissance rapide	Non	Oui
Symptômes neurologiques	Non	Oui
Anatomo-pathologique		
Degré de différenciation	Bien différencié	Modérément ou peu différencié
Formes : adénoïde, adénoquameux ou desmoplastique	Non	Oui
Profondeur : Clark ou épaisseur	I, II, III ou<4mm	IV, V ou > ou= 4mm
Envahissement péri-nerveux ou vasculaire	Non	Oui

Tableau XI : Facteurs pronostiques des CEC selon le NCCN

- **Zone à risque bas (B)** : tronc et membre
- **Zone à risque intermédiaire (I)** : joues, front, cuir chevelu et cou.
- **Zone à haut risque** : zone du masque Centro- facial (paupières, sourcils, région périorbitaire, nez, lèvre, menton, mâchoire), oreille et région péri-auriculaire, tempes, régions génitales, mains et pieds.

c-Mélanome.

Deux principaux types de traitements sont utilisés pour traiter les mélanomes de la peau : la chirurgie et l'immunothérapie. La chimiothérapie et la radiothérapie peuvent être proposées dans des situations particulières [33].

c-1-But.

Selon les cas, les traitements ont pour objectifs de :

- _ Supprimer la tumeur ou les métastases
- _ Réduire le risque de récurrence
- _ Ralentir le développement de la tumeur ou des métastases
- _ Traiter les symptômes engendrés par la maladie.

Le choix des traitements des mélanomes dépend des caractéristiques du cancer : son type histologique, son stade et son grade.

Le choix du traitement dépend aussi de l'âge du patient, des antécédents médicaux et chirurgicaux, l'état général du patient de même que les préférences du patient qui sont aussi prises en compte et la décision finale doit être prise après RCP [88,89].

c-2- Chirurgie

Le premier traitement suite au diagnostic est l'exérèse chirurgicale. Elle permet également de confirmer le diagnostic de mélanome, de déterminer l'épaisseur de Breslow et de préciser d'autres facteurs histopronostiques tels que le caractère ulcéré et l'index mitotique. Cette étape conditionne les marges d'exérèse réalisées.

Les marges d'exérèse recommandées sont adaptées à l'épaisseur de la tumeur déterminée par le Breslow (Tableau XIII) et varient de 0,5 à 3 cm maximum. Une marge d'exérèse supérieure à 3 cm n'est pas recommandée, car aucun bénéfice significatif en termes de récurrence ou de survie n'a été démontré au-delà. Pour les mélanomes très épais ($> 4\text{mm}$), aucune étude n'a été spécifiquement réalisée à propos des marges. Le pronostic y est plus général que locorégional et aucun argument ne plaide en faveur de marges extensives, sources de séquelles fonctionnelles.

L'exérèse en profondeur, non spécifiée dans les standards options et recommandations 'SOR' 2005, est réalisée selon la localisation, jusqu'à l'aponévrose musculaire ou la structure sous-jacente sans l'inclure.

Après exérèse, il est préférable autant que possible de privilégier une technique de reconstruction modifiant peu ou pas les repères anatomiques, afin de faciliter la surveillance. L'exérèse suture fusiforme, lorsqu'elle est possible, ou la greffe de peau totale (zones peu donneuses, membres, extrémités) sont choisies en priorité.

Étendu de la maladie au moment du diagnostic	Possibilités de traitement
Mélanome localisé	- Chirurgie [89]: le mélanome est enlevé. - Immunothérapie [91]: : adjuvante par interféron alpha .Elle peut être proposée en option pour les mélanomes dont l'épaisseur > 1.5mm. Elle vise à réduire le risque de récurrence.
Mélanome avec envahissement locorégional	- Chirurgie : le mélanome est retiré de même que les ganglions à proximité - Immunothérapie [91]: adjuvante par interféron alpha : elle peut être proposée en option. Elle vise à réduire le risque de récurrence. - Radiothérapie externe : elle peut être utilisée comme traitement adjuvant après discussion en RCP. - Chimiothérapie [90] : elle peut être proposée pour le traitement des mélanomes non opérables.
Mélanome avec métastases à distance	- Chirurgie : l'exérèse chirurgicale des métastases est discutée en RCP. - Radiothérapie externe : c'est le traitement de référence des métastases osseuses .Elle est éventuellement associée à la chimiothérapie ou à la chirurgie. Elle est surtout palliative. Une radiothérapie seule peut être utilisée seule ou après exérèse des métastases cérébrales. - Chimiothérapie : elle peut être utilisée dans un cadre palliatif (diminuer la progression de la maladie et atténuer les symptômes). - Immunothérapie : elle peut être discutée en RCP.

Tableau XII : Choix des traitements des mélanomes en fonction de l'étendue [92]

D'autres traitements peuvent être proposés dans des situations particulières discutées en RCP :

- **La destruction des métastases par radiofréquences** : c'est une technique de chirurgie qui détruit les cellules cancéreuses par une chaleur intense produite par des ondes. Cette technique est réalisée sous anesthésie générale.

- **La cryochirurgie des métastases hépatiques** : c'est un traitement local qui détruit les cellules cancéreuses par un froid intense .Guidé par une échographie, on insère des aiguilles dans la zone à traiter au travers de la peau afin de congeler la tumeur entre moins 40° à moins 60 °C.

- **La chimiothérapie sur membre isolé** : La circulation sanguine du membre atteint est dérivée de manière à l'isoler du reste du corps .De fortes doses de chimiothérapie sont ensuite administrées dans la circulation isolée. Cette méthode est réalisée dans des conditions d'hyperthermie, la température du sang que l'on fait circuler dans le membre est élevée entre 38° à 40° C.

- **La radio- chirurgie stéréotaxique** : c'est une technique récente de radiothérapie .Elle consiste à administrer un faisceau de rayons qui se concentrent sur la tumeur, elle est surtout utilisée en cas de métastases cérébrales.

Devant un mélanome primitif les marges d'exérèse consensuelles :

Épaisseur de Breslow	Marges d'exérèse
Mélanome in situ (pTis)	0,5cm
≤ 1mm (pT1)	1cm
1,01–2mm (pT2)	1 à 2cm
2,01–4 mm (pT3)	2cm
> 4 mm (pT4)	2 à 3cm
Mélanome de Dubreuilh	1cm (ou 0,5cm si contrôle strict des berges)

Tableau XIII : Marges d'exérèse recommandées pour les mélanomes (standards, options, et recommandations [SOR] 2005)

c-2- Traitements adjuvants.

- Breslow 1,5 mm et NO clinique

Aucun traitement adjuvant n'est indiqué pour ces patients

- Breslow > 1,5 mm et/ou N+ histologique

Le curage prophylactique systématique est contre-indiqué.

-l'interféron -alpha à faible dose (3 MUI) peut être proposé pendant 18 mois en situation adjuvante aux patients sans envahissement ganglionnaire histologique.

-l'interféron -alpha à haute dose (20 MUI/m²/jour iv pendant 1 mois, puis 10 MUI/m² sous-cutané 3 x/semaine pendant 48 semaines) peut être proposé pendant 1 an en situation adjuvante aux patients présentant un envahissement ganglionnaire histologique.

c-3-Pronostic.

Les éléments suivants sont des facteurs pronostiques ou prédictifs du mélanome.

- Stade.

Les personnes dont le mélanome est précoce ont un bon Pronostic. Le pronostic s'assombrit plus le stade augmente [87].

-Profondeur de l'envahissement ou épaisseur.

Plus la tumeur est épaisse, moins le pronostic est bon. Un mélanome mince (moins de 1mm d'épaisseur) engendre un faible risque de propagation aux ganglions lymphatiques voisins ou à des emplacements éloignés. Un mélanome épais (plus de 4mm d'épaisseur) engendre un plus grand risque de récurrence.

- Ulcération.

L'ulcération d'un mélanome primitif est un facteur pronostique important. On dit que le mélanome est ulcéré quand la couche de peau qui le recouvre n'est pas bien visible, si le siège primitif saigne ou est ulcéré le pronostic est plus sombre, l'ulcération accroît le risque de métastases et le risque de réapparition du mélanome après le traitement.

- Atteinte des ganglions lymphatiques.

Si le cancer s'est propagé à des ganglions lymphatiques le pronostic est plus sombre. Plus le nombre de ganglions atteints est élevé, moins le pronostic est favorable. Les personnes dont un seul ganglion lymphatique régional est atteint par le cancer ont un meilleur pronostic que les personnes dont au moins 2 ganglions régionaux sont atteints. Si on peut tâter les ganglions lymphatiques

atteints (palpables), le pronostic est plus sombre si on n'observe que des signes microscopiques d'une atteinte ganglionnaire.

- Emplacement

Un mélanome qui se développe aux extrémités, soit les bras et les jambes engendre un meilleur pronostic qu'un mélanome qui apparaît sur le tronc, la tête ou le cou.

- Sexe

Le pronostic est plus sombre chez l'homme que chez la femme c'est peut-être parce que l'homme est plus souvent atteint d'un mélanome au tronc, à la tête ou au cou alors que chez la femme, le mélanome est plus courant aux extrémités.

- Modèle de croissance

Un mélanome qui ne suit pas la phase radiale de croissance mais seulement la phase verticale, comme le mélanome nodulaire, engendre un pronostic plus sombre puisqu'il est habituellement diagnostiqué à un stade plus avancé.

-Métastase

Dans le cas du mélanome de stade IV le pronostic s'assombrit en fonction du nombre de foyers métastatiques et de la présence de métastases dans des organes. Un taux élevé de lactico-déshydrogénase sérique (LDH) et un indice fonctionnel faible sont aussi liés à une issue moins favorable chez les personnes atteintes d'un mélanome de stade IV.

-L'immunothérapie

Les avancées récentes de la génétique moléculaire et de l'immunologie permettent cependant depuis 2011 une évolution significative dans la prise en charge thérapeutique du mélanome à un stade avancé, notamment dans le domaine de l'immunothérapie avec l'utilisation d'un anticorps anti -CTLA4 : l'ipilimumab.

L'ipilimumab constitue une vraie révolution dans la prise en charge des patients atteints de mélanome métastatique : premier traitement montrant un allongement de la survie globale de ces patients, nouvelles toxicités dérivant directement du mécanisme d'action de la molécule et nouveaux profils de réponse.

d- Sarcome de Kaposi.

d-1- Traitement de la maladie de Kaposi liée au sida.

Le traitement de la maladie de Kaposi lié au SIDA repose d'abord essentiellement sur le traitement antirétroviral qui a considérablement modifié le pronostic de la maladie de Kaposi [93].

d-2- Traitement spécifique de la maladie de Kaposi.

Ce traitement repose sur des moyens locaux et généraux :

Moyens

1- Chirurgie sur lésions limitées, peu nombreuse, permettant l'examen histologique. En cas de maladie localisée, la chirurgie par excision peut-être utile.

L'amputation chirurgicale peut-être également utilisée pour les nodules cutanés sur des zones gravement affectées. Faite au bistouri froid ou mieux au bistouri électrique avec électrocoagulation, ce geste est rapide et bien contrôlé. Fort utile dans certaines localisations affichâtes telle que paupières, bouche voire fourreau, en cas de masse tumorale volumineuse ou très gênante ainsi que pour des lésions qui saignent abondamment.

Malgré ses avantages, cette méthode est grevée de récurrences, en raison du phénomène de Koebner incrimine dans la MK.

2- Cryothérapie à l'azote liquide

3- Cryochirurgie au protoxyde d'azote

4- Radiothérapie à doses fractionnées

5- Chimiothérapie.

d-3- Indications du traitement de la maladie de Kaposi.

-Si les lésions cutanées sont peu étendues le traitement est local

-Si les lésions cutanées sont étendues et les lésions viscérales peu évolutives le traitement repose sur une mono- chimiothérapie.

-Si les lésions cutanées sont œdématisées et les lésions viscérales graves, le traitement repose classiquement sur une polychimiothérapie, mais avec le risque d'infection opportuniste et une toxicité hématologique. La réalisation d'une chimiothérapie systémique n'allonge pas la survie. Ces traitements sont difficiles à appliquer dans les pays en voie de développement. Un traitement non agressif par monothérapie est préférable devant ce processus prolifératif et non tumoral.

d-4- Pronostic du sarcome de Kaposi.

Le sarcome de Kaposi en l'absence de traitement est rapidement progressif vers une forme poly viscérale, associée à des infections opportunistes qu'il faut systématiquement rechercher.

Le pronostic de la maladie de Kaposi dépend de la classification TIS pour Tumeur, Système immunitaire, Symptômes Systémiques.

Classification TIS	Meilleur risque 0	Mauvais risque 1
T : Tumeur	Restreinte à - Peau et ou - Ganglions et ou - Lésion plane du palais	Associée à - Œdème et ou ulcération cutanée - Lésions buccales non planes - Autres localisations viscérales
I : système immunitaire	CD4>200/mm3	CD4<200/mm3
S : symptômes systémiques	- Pas d'antécédents d'IO - Pas d'antécédents de candidose oropharyngée - Pas de fièvre ou d'amaigrissement - Indice de Karnovsky>70	- Antécédents d'infections opportunistes - Fièvre, amaigrissement - Indice de Karnovsky<70 - Atteinte neurologique ; lymphome

Tableau XIV : Classement pronostique du SK-SIDA

e- Dermatofibrosarcome de Darier ferrand.

e-1- Buts.

La chirurgie tient un rôle majeur dans le traitement curatif du DFS. Elle doit répondre à deux impératifs :

- L'exérèse carcinologique de la tumeur.
- La réparation de la perte de substance.

e-2- Moyens.

-Techniques chirurgicales.

En matière du traitement du DFS, la chirurgie constitue la pierre angulaire. Les autres traitements (radiothérapie ou chimiothérapie) peuvent être indiqués dans certains cas en complément du traitement chirurgical [94,95]. Les chercheurs s'efforcent de trouver un traitement médical par la biologie moléculaire qui permettrait de réduire le volume tumoral des cas tardifs et faciliter l'exérèse et la reconstruction. Deux techniques d'exérèse permettent d'obtenir le contrôle tumoral dans plus de 90 % des cas :

.L'exérèse large d'une part, emportant une marge périphérique en peau saine de 2 à 5cm en fonction des équipes.

. La chirurgie micrographique selon la technique de Mohs d'autre part permettant une exérèse tumorale avec réduction de la marge sous contrôle histologique de l'absence de cellules tumorales des berges d'exérèse.

En conclusion, le protocole chirurgical traditionnel prévoit une exérèse large à 3 à 5 cm des bords visibles ou palpables de la lésion et l'ablation en profondeur de tout le tissu sous-cutané jusqu'au plan musculaire.

-Le curage ganglionnaire.

La dissémination pour le DFS se fait plus par voie hématogène que par extension lymphatique [96]. Les métastases lymphatiques sont rares [95]. De plus, les quelques curages ganglionnaires effectués à titre préventif ne retrouvent pas d'envahissement tumoral. De ce fait, le curage ganglionnaire systématique n'a aucun intérêt [97,98].

-La radiothérapie.

Peu d'études concernant l'apport de la radiothérapie dans le traitement du DFS ont été publiées. Plusieurs auteurs rapportent que la radiothérapie n'est pas une modalité thérapeutique efficace pour le DFS [99-105].

-La chimiothérapie.

Il n'y a pas d'indication à l'utilisation de la chimiothérapie en première intention. Elle est utilisée en palliatif en association avec la radiothérapie, et selon beaucoup d'auteurs, elle devrait être réservée pour le DFS métastatique. Cependant, elle ne semble pas être efficace dans les DFS [106].

e-3- Pronostic du dermatofibrosarcome de Darier Ferrand.

Le pronostic du DFS est caractérisé par son fort potentiel de récidives. Le pourcentage de récidives, quant à lui, varie en fonction des marges d'exérèses. L'exérèse chirurgicale initiale radicale est donc le facteur pronostique essentiel, conditionnant le risque de rechute locale. Quelques facteurs de mauvais pronostic ressortent des différentes séries publiées [107,108] :

- L'exérèse incomplète, systématiquement à l'origine de récidive locale.

- La localisation au niveau de l'extrémité céphalique, où les principes de l'exérèse large sont plus difficiles à respecter.

- L'existence de plages de fibrosarcome au sein de la tumeur, la rendant plus agressive mais il semble qu'après exérèse complète, le pronostic soit identique à celui d'un dermatofibrosarcome.

- Le grade histologique

- La profondeur de la tumeur.

En cas de métastase, le pronostic devient particulièrement sombre, la plupart des décès surviennent lors de la première année qui suit la découverte de la métastase.

G-Les Moyens de reconstruction

1-Introduction

La reconstruction après exérèse tumorale vise à restaurer aussi fidèlement que possible l'anatomie et la fonction de la région reconstruite, il n'est plus question de se suffire de régler le problème tumoral mais aussi d'effectuer une réparation la plus esthétique possible. En effet, le respect des unités esthétiques de la face est pris en compte menant souvent à dépasser les limites d'exérèse carcinologique afin de remplacer globalement toute une sous-unité esthétique et ainsi obtenir une réparation de meilleure qualité.

Avant de procéder à la couverture de la PDS, une confirmation histologique que les marges et de la limite profonde sont saine est obligatoire.

L'examen extemporané est réalisé dans les cas où la reconstruction immédiate est indispensable, tel que la paupière supérieure qui protège l'œil et la lèvre inférieure pour la continence salivaire, mais il est préférable dans les autres cas d'attendre le résultat de l'histologie classique avant la reconstruction, c'est la technique en deux temps qui donne la certitude histologique de l'exérèse complète, mais la constitution de la fibrose au niveau de la perte de substance complique la réparation différée[110] .

En cas d'exérèse incomplète, la reprise est obligatoire pour les CE compte tenu des risques évolutifs à court terme et les CBC sclérodermiformes. La technique de MOHS permet des exérèses complètes et économiques près des structures nobles, ainsi que des reconstructions immédiates sur un terrain exempt de résidus tumoral. C'est une technique qui consiste à pratiquer des coupes horizontales congelées de la pièce d'exérèse fraîche, qui sont examinées

en extemporané, cette technique est bien établie pour le traitement des tumeurs cutanées et elle a une application particulière dans des zones anatomiquement et cosmétiquement sensibles. Elle a un taux de guérison estimé à 96,8-98,8% pour les carcinomes épidermoïdes et un taux de 94,3-98,9% pour les carcinomes basocellulaires. Elle reste la meilleure technique pour avoir une certitude quasi absolue d'une exérèse complète des carcinomes surtout de mauvais pronostic, mais elle est longue, difficile, coûteuse à réaliser et pénible pour le patient.

2-Les techniques de reconstruction et leurs applications topographiques.

a-La suture directe

Elle doit respecter deux règles essentielles :

- induire une cicatrice située dans les plis du visage.
- ne provoquer aucune distorsion des structures de voisinage.

La suture directe trouve ses indications principalement au niveau des paupières, elle permet de rétablir les plans tarso-conjonctival, musculaires et cutanés. Elle n'est possible que pour des PDS inférieures au quart de la longueur de la paupière supérieure, voire inférieures au tiers de la paupière inférieure moyennant la section partielle d'un ligament palpébral. Au niveau des lèvres, la suture directe est intéressante pour les PDS inférieures au tiers de la longueur labiale qui peuvent bénéficier d'une exérèse en V ou W. Elle donne d'excellents résultats esthétiques et fonctionnels notamment chez les sujets âgés du fait de l'extensibilité tissulaire. La suture directe est largement utilisée au niveau de la joue où la cicatrice résiduelle s'orientera parallèlement aux plis faciaux avec bons résultats esthétiques. Elle est possible pour les petites PDS du nez osseux inférieurs ou égaux à 5 mm de large et elle est difficile au tiers inférieur.

Elle donne d'excellent résultat esthétique mais lorsqu'elle est réalisée sous tension, elle s'élargit secondairement et donne une cicatrice disgracieuse [111,112] .

b- La cicatrisation dirigée

La cicatrisation dirigée ou « assistée », consistant à utiliser au mieux les processus de cicatrisation spontanée, est classiquement divisée en trois phases :

1- la détersion suppurée (variable, traitée par des méthodes médicales ou chirurgicales).

2- le bourgeonnement (sain, atrophique ou hypertrophique ; traité par mise en place d'un microclimat chaud et humide) accompagné d'une rétraction cicatricielle centripète.

3- l'épidermisation ou épithélialisation.

- La phase de détersion suppurée est raccourcie par la réalisation d'un parage chirurgical soigneux et l'utilisation de pansements humides.

- Le contrôle parfait de la qualité du bourgeon charnu permet une repousse épithéliale plus rapide, mais le bourgeonnement et l'épidermisation se déroulent simultanément.

- De l'équilibre ou non de ces deux phases dépend la cicatrisation des plaies traitées de cette manière.

La cicatrisation dirigée est une excellente méthode :

- en elle-même, pour toutes les pertes de substance superficielles non suturales, de taille petite ou moyenne, dans les zones situées à distance des articulations ou de structures anatomiques déformables.

-en préparation de greffes, pour réduire et égaliser des pertes de substance vastes et anfractueuses.

-en prévision de gestes complémentaires plastiques et notamment de lambeaux à visée esthétique qui peuvent être plus faciles à réaliser secondairement qu'initialement.

c. Les greffes cutanées

Une greffe cutanée est un fragment de peau prélevé en le séparant complètement de son site donneur et qui va être transporté sur un site receveur bien vascularisé sur lequel il va “prendre”. Elle peut être composite c’est à dire constituée de peau et de cartilage, poils ou graisse .Une expansion préalable du site donneur est possible pour augmenter sa surface en cas de PDS étendue. Les autogreffes sont prélevées sur la même personne, les homogreffes sur un individu différent.

Il est possible de mettre immédiatement une greffe sur un sous-sol bien vascularisé, un délai de quelques jours est parfois nécessaire pour obtenir l’hémostase spontanée d’une zone particulièrement hémorragique ou pour traiter une petite infection locale, ou secondairement après bourgeonnement de la PDS.

Les greffes cutanées sont classées suivant leur épaisseur :

c-1 Les greffes minces

Elles comportent l’épiderme jusqu’au niveau des papilles dermiques. Elles ont de 1,5 à 2,5 dixièmes de millimètre d’épaisseur. Elles sont très peu utilisées vu la rétraction et l’hyperchromie qu’elles induisent.

c-2 Les greffes semi-épaisses

Elles emportent une partie du derme, mais laissent en profondeur certaines annexes épithéliales, pilaires, sudorales ou sébacées. Elles ont 3-4 à 5-6 dixièmes de millimètre d'épaisseur. La zone donneuse cicatrice spontanément à partir des annexes épithéliales.

c-3 Greffes de peau totale

Elles emportent sur 8 à 15 dixièmes de millimètre toute l'épaisseur de la peau. La zone donneuse qui ne pourrait cicatriser qu'à partir de ses berges doit être suturée d'emblée. Ces greffes de peau totale donnent des meilleurs résultats cosmétiques que celles de peau partielle. Les greffes cutanées sont utilisées lorsque le défaut est important intéressant toute une unité esthétique et que le tissu à recouvrir est bien vascularisé. Au niveau du nez, les greffes de peau totale dégraissées sont les plus utilisées pour leurs qualités (coloration, texture...), en dehors d'une exposition osseuse et/ou cartilagineuse. Les greffes composées chondro-cutanées ou cutanéograsseuses peuvent être utilisées dans la reconstruction de l'aile et de la columelle.

Au niveau des paupières, les greffes peuvent être mises en place en position de capacité cutanée maximale en suspendant la paupière greffée afin de prévenir sa rétraction secondaire et donc le risque d'ectropion et d'exposition cornéenne [111]. Les greffes composites comportant des cils sont utiles pour des PDS transfixiantes moyennes, elles sont prélevées sur la paupière inférieure et sont de la moitié de la taille de la PDS mais leur prise est aléatoire. Quant à la joue, il faudra veiller à un bon ancrage des greffes en profondeur suite à l'extrême mobilité de cette région. Pour les lèvres, leurs indications sont limitées aux PDS

superficielles non suturables en sous unité esthétique (philtrum, région latéro-labiale supérieure) [113,114].

d. Les lambeaux cutanés

Un lambeau cutané est un segment de peau et de tissu cellulaire sous-cutané conservant une vascularisation autonome passant par un pédicule avec lequel il reste en contact avec la profondeur [120] .

d-1 reconstruction frontale

Le lambeau d'avancement en H est très utilisé au niveau du front, il a pour intérêt de laisser les cicatrices dans les plis.

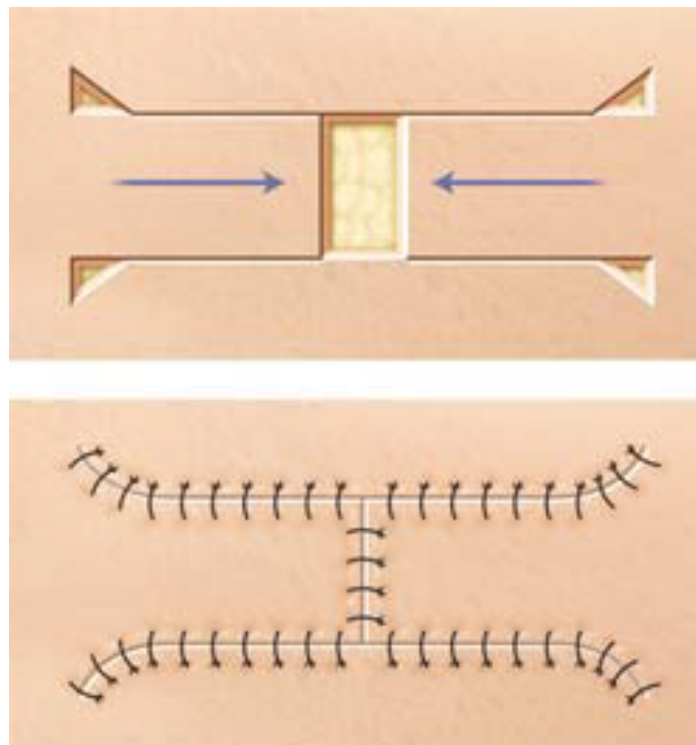


Figure 27 : lambeau d'avancement en H

Le lambeau scalpant de converse constitue la méthode de choix dans la reconstruction des PDS importante du front, voir même des certaines PDS subtotaux nasales. Ses résultats esthétiques sont jugés comme moyens ou même faible par les patients, car la rançon cicatricielle est importante [122] .

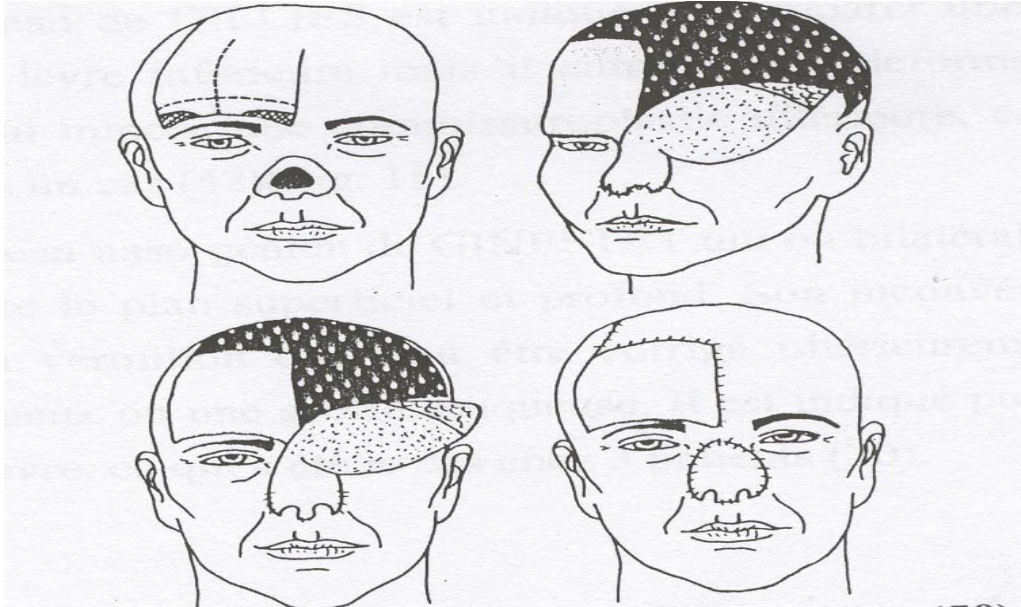


Figure 18 : Lambeau scalpant de Converse

d-2 reconstruction nasale

Le lambeau frontal est le lambeau de prédilection pour la reconstruction des PDS étendues de la pyramide nasale, il peut être médian, paramédian ou latéral. Le pédicule nécessite le plus souvent un sevrage à la fin de la 3ème semaine. Le lambeau frontal à pédicule occipital peut être utilisé pour la réparation en un seul temps des PDS du tiers supérieur de la face. Le lambeau naso-génien est essentiellement indiqué dans les PDS des parties latérales du nez. La méthode « In and out » utilise un lambeau naso-génien subissant une bascule puis une plicature sur lui-même, ce qui réalise la reconstruction simultanée des plans de couverture et de doublure [115,118] .

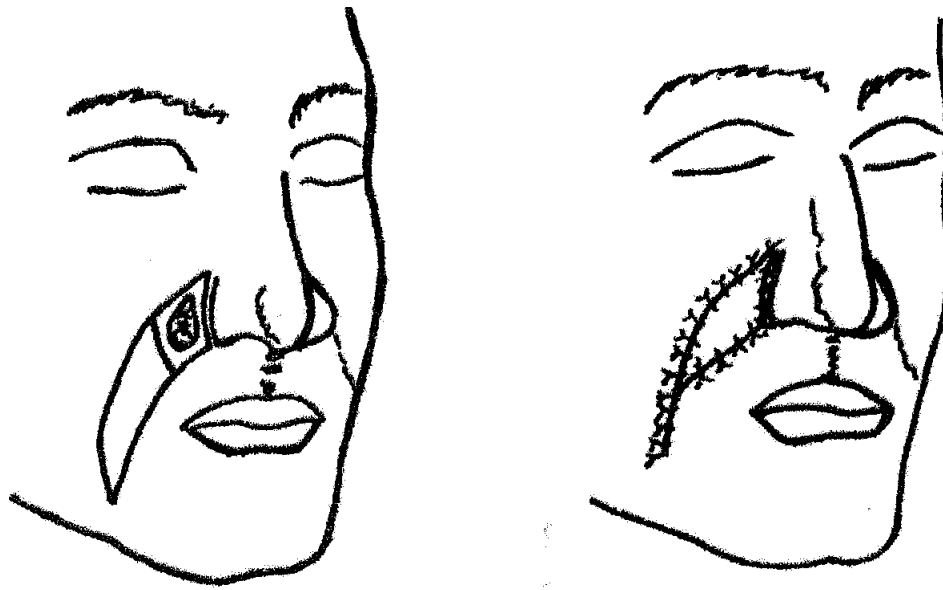


Figure 29 : Méthode de « In and out »

La perte de substance est ramenée à un triangle, l'incision arciforme dans le prolongement de la base du triangle permet de tailler un vaste lambeau qui vient combler par un mouvement de rotation la PDS. Cette plastie est auto-fermante [116,119].

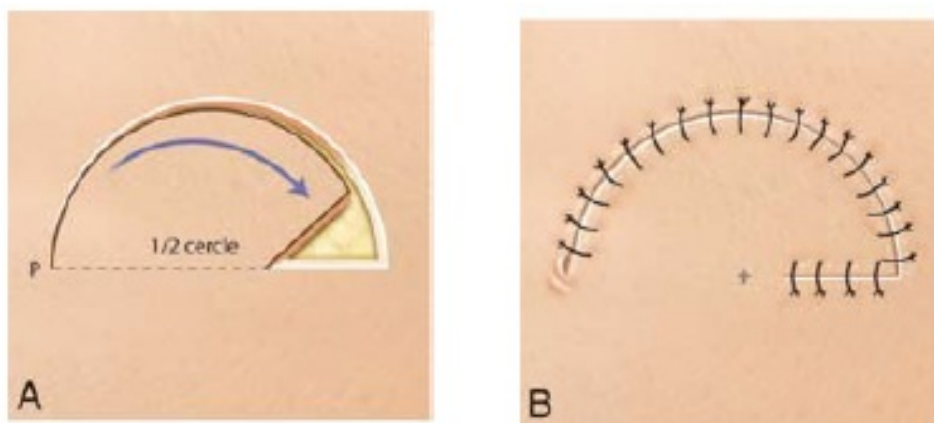


Figure 30 : Le lambeau de rotation simple.

L'étirement du lambeau peut être amélioré par certains procédés (procédé de BLASCOVICZ, procédé d'IMRE, procédé de DUFOURMENTEL et MOULY, procédé de KAZANJIAN et CONVERSE) [121] .

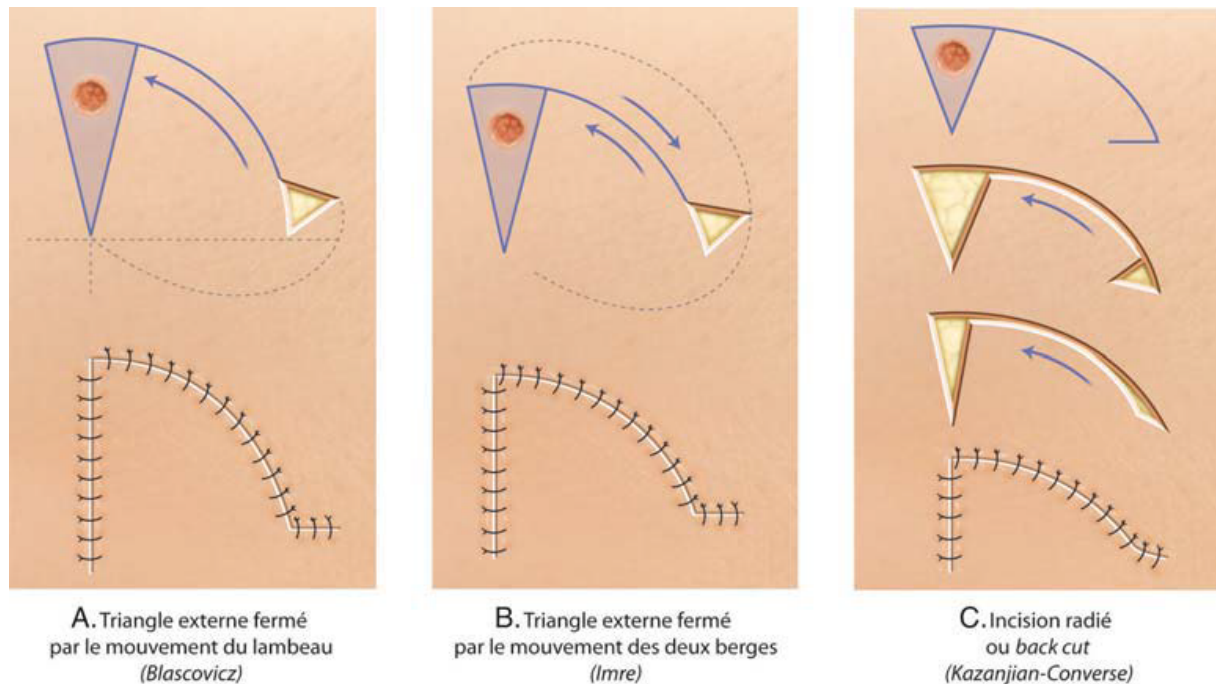


Figure 31 : Différents types de lambeaux de rotation

Les lambeaux de rotation fronto-nasaux de REIGER et MARCHAC sont indiqués dans les PDS de la partie moyenne du nez et surtout de la partie basse de la pointe du nez. Le lambeau de rotation de WHITLEY est indiqué dans les PDS de la pointe du nez et donne très bons résultats esthétiques.

3-Reconstruction labiale.

Au niveau des lèvres, plusieurs lambeaux loco-régionaux peuvent être utilisés [123] :

Le lambeau de KARAPANDZIC consiste à réaliser de chaque côté de la PDS un lambeau naso-labial arciforme à concavité buccale cutanéomuqueux à pédicule vasculaire. Il donne des meilleurs résultats fonctionnels et esthétiques.

Le lambeau de GILLIES est indiqué pour réparer une PDS plus étendue de la lèvre inférieure mais il entraîne une déformation de la commissure qui impose une commissuroplastie ultérieure.

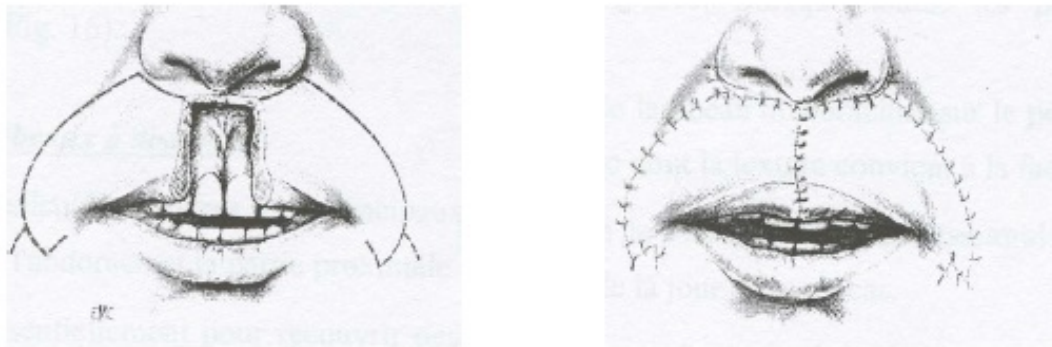


Figure 31 : Lambeau de GILLIES

Le lambeau naso-génien de GINESTET uni ou bilatéral à pédicule inférieur répare le plan superficiel et profond. Son inconvénient est la disparition du vermillon qui peut être corrigé ultérieurement par un lambeau muqueux ou une greffe muqueuse. Il est indiqué pour des PDS totales de la lèvre.

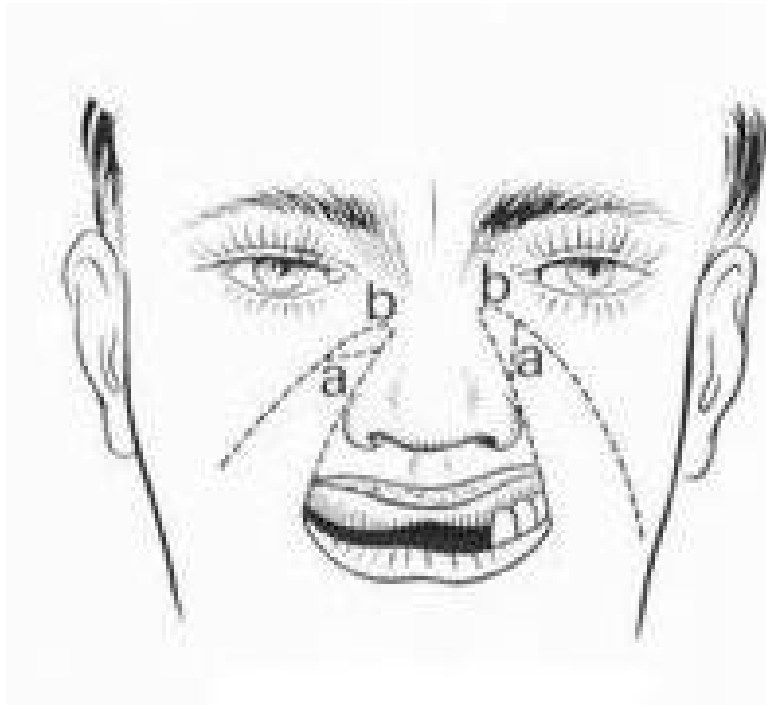


Figure 32 : Lambeaux nasogéniens totaux de GINESTET

Le lambeau de CAMILLE-BERNARD assure la réparation par deux lambeaux horizontaux pris aux dépens de la joue. Il a été modifié par WEBSTER au niveau du tracé inférieur de l'incision qui suit le pli labio-mentonnier. Les résultats carcinologiques sont bons car l'on peut réaliser de larges exérèses, mais les résultats fonctionnels sont médiocres.

Le lambeau de Webster est un avancement labio-naso-génien permis par une excision cutanée en croissant péri-alaire et destiné à couvrir une PDS verticale para-médiane de la lèvre supérieure.

Les lambeaux hétéro-labiaux d'Abbé ne sont envisagés que dans le sens de la reconstruction labiale supérieure par une partie de la lèvre inférieure. Le lambeau hétérolabial d'Abbé-Estlander est le plus souvent utilisé au niveau des lèvres. La longueur du lambeau sera égale à la moitié de la PDS pour équilibrer

les dimensions des deux lèvres, le résultat final sera l'obtention des deux lèvres légèrement raccourcies mais de dimensions égales [124,125] .

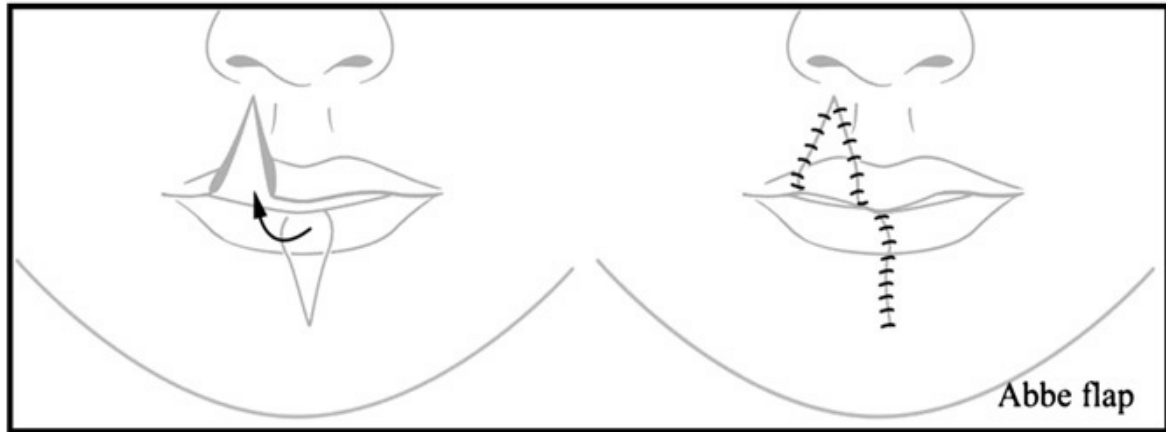


Figure 33 : Lambeau d'Abbé

a- Reconstruction jugale.

Le lambeau d'avancement à pédicule sous-cutané en cerf-volant permet de couvrir une PDS des parties latérales du nez par l'avancement d'un lambeau triangulaire mobilisé sur le principe VY.

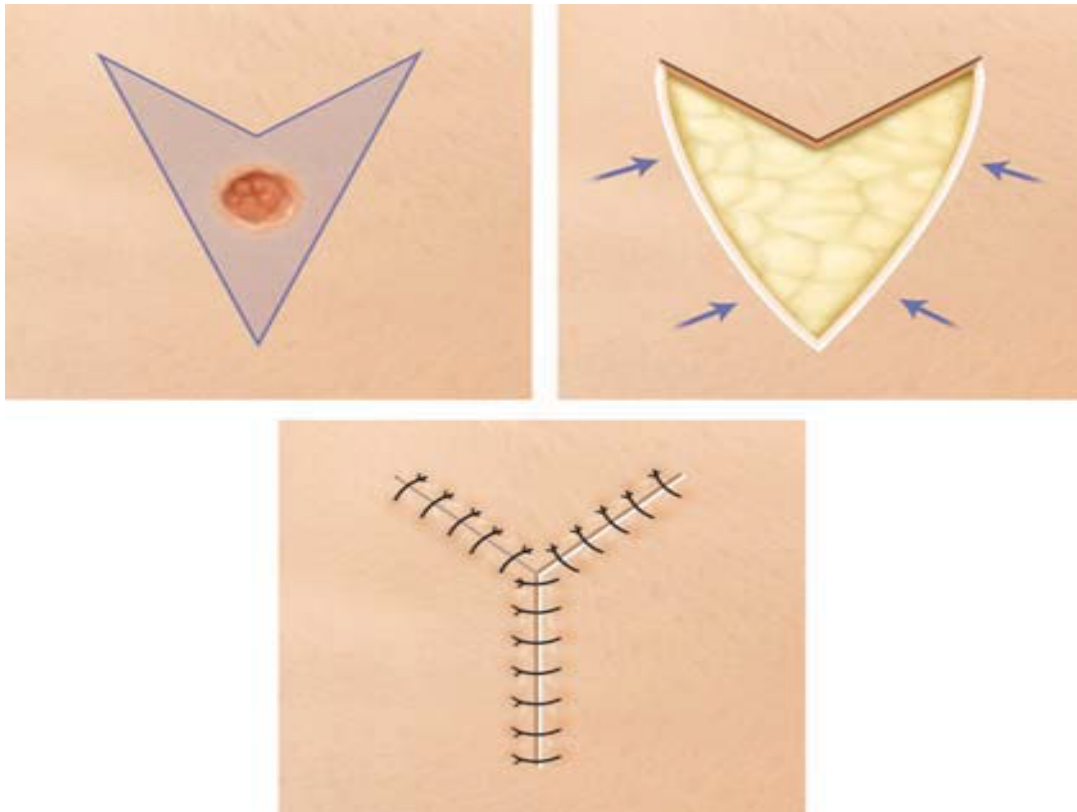


Figure 34 : La plastie en VY

Les lambeaux de transposition, mobilisé grâce à une torsion de son pédicule, il peut être mis en place sur une PDS sans aucune tension. Peuvent être taillés selon la plastie en LLL de DUFOURMENTEL ou plastie en Z [124] .

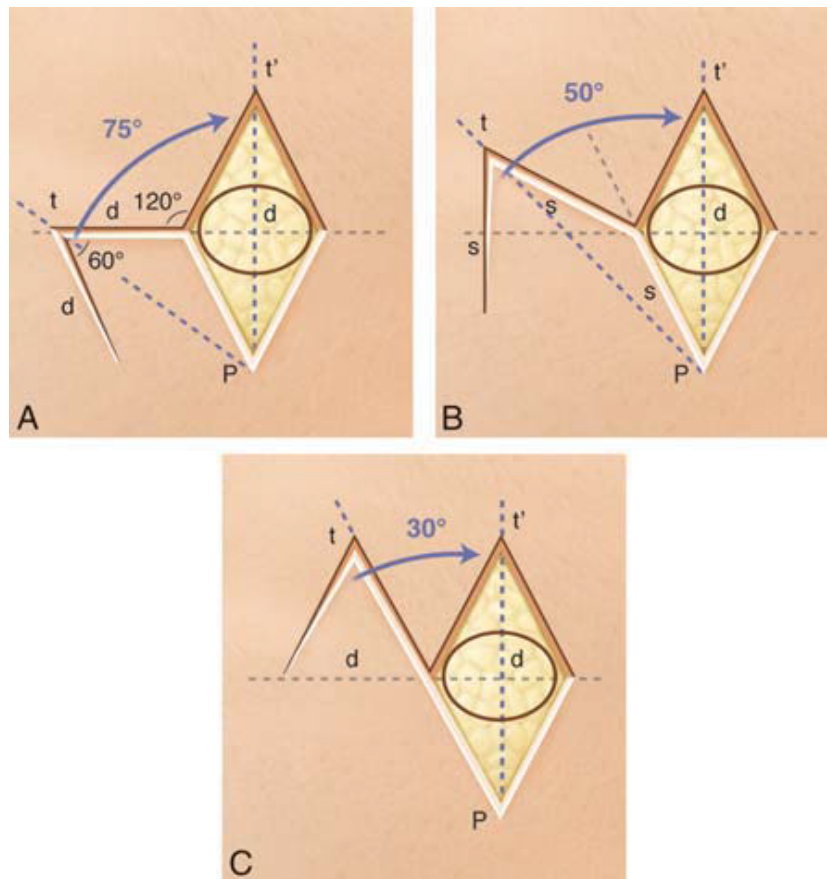


Figure 35 : Lambeau LLL de DUFOURMENTEL

b- Reconstruction palpébrale

Le lambeau d'avancement de MUSTRADÉ est largement utilisé pour la reconstruction de la joue et la paupière inférieure. Il associe également un effet de rotation et constitue un excellent choix chez la femme au niveau de la pommette, chez l'homme, il amènera une peau pileuse dans une région glabre.

Il nécessite souvent une retouche du fait du comblement de la région paranasale ainsi que « l'oreille » naso-gennienne.

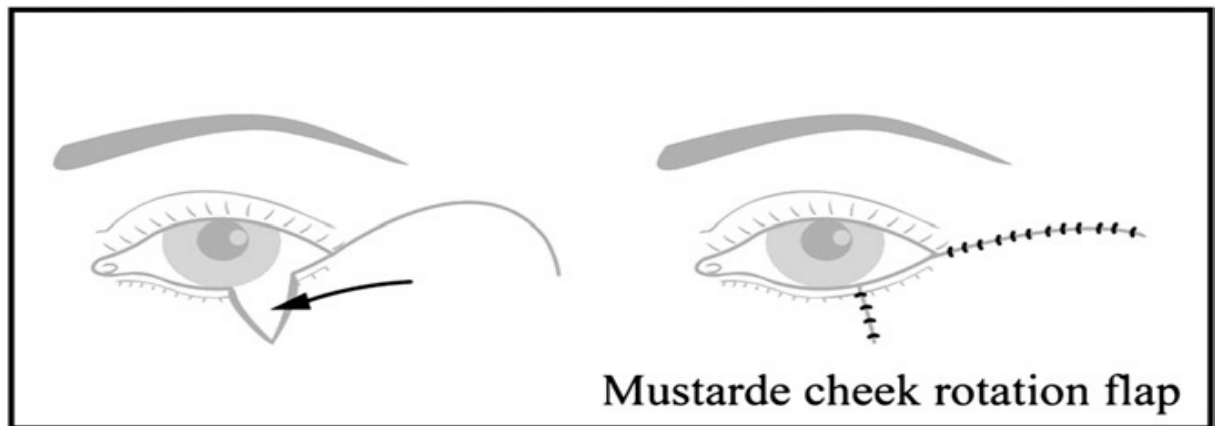


Figure 2 : Lambeau d'avancement de Mustardé

c- reconstruction canthale

On utilise le lambeau glabellaire, utilisé pour la reconstruction des PDS du canthus interne, la glabelle est la zone donneuse auto fermante. Le pédicule est controlatéral à la PDS. Le dessein de ce lambeau est schématiquement celui d'un lambeau de rotation, avec contre-incision, il s'agit d'un lambeau qui permet une rotation pouvant atteindre plus de 45°. Le lambeau est ainsi décollé dans sa totalité, basculé vers la perte de substance à la manière d'un lambeau de transposition. La glabelle est amenée vers la perte de substance pour la réparer [124] .

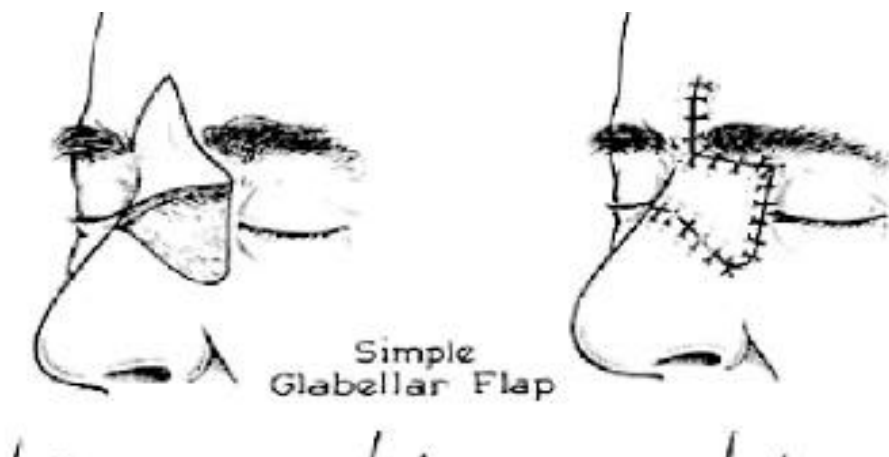


Figure 37 : Schéma expliquant la technique de lambeau glabellaire.

d- Les lambeaux à distance

Ils peuvent être pédiculés ou libres. Les principaux sites donneurs sont situés sur le thorax, l'abdomen et la partie proximale des membres. Ils sont utilisés essentiellement pour recouvrir des PDS majeures et pluritissulaires de la face, lorsque toutes les possibilités sont dépassées. Parmi les plus adoptés, le lambeau antébrachial sur le pédicule radial, le lambeau inguinal et le lambeau para scapulaire dont la texture convient à la face.

4- Autres procédés

a-Expansion cutanée

Elle a peu d'intérêt en préparation à une exérèse tumorale. Elle peut être utile pour augmenter la surface du site donneur d'une greffe ou d'un lambeau, mais, elle présente ses propres inconvénients, elle nécessite plusieurs temps avec risque d'infection et d'hématome.

b- Epithèses

Elles peuvent remplacer certaines reconstructions laborieuses en cas des PDS étendues de la face. Elles permettent la surveillance des tumeurs malignes dont les limites sont imprécises comme le cas du CBC scléro-dermique. Elles sont coûteuses et non naturelles, ce qui limite leur utilisation.



RESUMES

Résumé

Titre : Prise en charge des tumeurs cutanées malignes (à propos de 396 cas).

Auteur : Lamnaouar Reda.

Mots-clés : Carcinome Basocellulaire, Carcinome Épidermoïde, Mélanome, Sarcome de Darier Ferrand, Sarcome de Kaposi.

Les tumeurs cutanées malignes sont de plus en plus fréquents avec une prévalence de plus en plus élevée sur le plan national et international, mais aussi les plus guérissables s'ils sont détectés et traités assez tôt. Cette augmentation d'incidence est liée au changement de mode de vie, à l'augmentation de l'espérance de vie et à certains facteurs climatiques.

Au Maroc, les tumeurs cutanées malignes constitue un des problèmes majeurs de santé publique car le diagnostic est souvent tardif et la prise en charge est souvent difficile et coûteuse.

Peu d'études ont été réalisées sur le plan national à propos des tumeurs cutanées malignes.

Notre travail est une étude rétrospective analytique des cas de patients atteints de tumeurs cutanées malignes hospitalisés au service de chirurgie plastique de l'hôpital Ibn Sina de Rabat sur une période de 10ans du 1^{er} Janvier 2008 au 31 Décembre 2017.

Durant la période d'étude nous avons colligé 396 cas de tumeurs cutanées solides (métastases cutanées exclues). Ces tumeurs se répartissaient comme suit :

- 218 cas de carcinomes basocellulaires
- 143 cas de carcinomes épidermoïdes
- 21 cas de mélanomes
- 14 cas de sarcomes

Notre série est caractérisée par une prédominance masculine 54% avec âge de prédilection situé entre 60-69 ans, l'âge moyen était de 60,5 ans et la majorité vivait en milieu urbain avec une forte exposition solaire.

Notre travail détaille les particularités épidémiologiques des tumeurs cutanées malignes leurs diagnostic, en plus il détaille la panoplie des moyens de traitement, leurs indications et leurs résultats au service de chirurgie plastique de l'hôpital Ibn Sina de Rabat.

Summary

Title: The management of malignant cutaneous tumors (about 396 cases)

Author: Lamnaouar Reda

Keywords: Basal cell carcinoma, Squamous cell carcinoma, Melanoma, Darier Ferrand sarcoma, Kaposi's sarcoma

Skin malignant tumors are becoming more common with a higher prevalence nationally and internationally, but also more curable if they are detected and treated early enough. This increase in incidence is related to the change in lifestyle and the increase in the expectancy of detection and to certain climatic factors.

In Morocco, skin malignant tumors are one of the major public health problems because the diagnosis is often late and the management is often difficult and expensive.

Few studies have been conducted nationally on skin malignant tumors.

Our work is a retrospective study of cases of skin cancer patients hospitalized at the plastic surgery department of Ibn Sina hospital Rabat over a period of 10 years from the 1 January 2008 to the 31 December, 2017

During the study period, we collected 396 cases of solid cutaneous malignant tumors (cutaneous metastases excluded). These tumors were distributed as follows:

- 218 cases of basal cell carcinoma
- 143 cases of squamous cell carcinoma
- 21 cases of melanoma
- 14 cases of sarcomas

Our series is characterized by a male predominance of 54% male with a predilection age between 60 and 69 years, the average age is 60.5 years and most of whom lived in urban areas, with strong solar exposure.

Our work details the epidemiological particularities of malignant skin tumors their diagnosis, in addition it details the panoply of means of treatment, their indications and their results in the service of plastic surgery of the Ibn Sina hospital of Rabat

ملخص

العنوان الأورام الجلدية الخبيثة بصدد 396 حالة .

المؤلف :لمنور رضى.

الكلمات الأساسية: ساركوم كابوزي , سرطان الخلايا النخاعية, سرطان الخلايا القاعدية سرطان الجلد

أصبح سرطان الجلد أكثر شيوعاً على نحو متزايد على الصعيدين الوطني والدولي، ولكن أيضاً الأكثر قابلية للشفاء إذا تم اكتشافه ومعالجته باكراً.

هذه الزيادة بالإصابة ترتبط بتغيير نمط الحياة والزيادة فتوقع الحياة وبعض العوامل المناخية. في المغرب، سرطان الجلد هو أحد المشكلات الصحية العامة الرئيسية لأن التشخيص غالباً ما يكون متأخراً وغالباً ما تكون الإدارة صعبة ومكلفة.

وقد أجريت دراسات قليلة على الصعيد الوطني على سرطان الجلد.

عملنا هو دراسة استعادية لحالات مرضى سرطان الجلد في مصلحة الجراحة التجميلية بمستشفى

ابن سينا بالرباط على مدى 10 سنوات من 1 يناير 2008 إلى 31 ديسمبر 2017

خلال فترة الدراسة، جمعنا 396 حالة من حالات الإصابة بسرطان الجلد الصلب (الانبثاث

الجلدي المستبعد). تتوزع هذه الأورام على النحو التالي:

-218 حالة من سرطان الخلايا القاعدي

-143 حالة من سرطان الخلايا الحرشفية

-14 حالة من الأورام اللحمية

-21 حالة من الميلانوما

تتميز سلسلتنا بهيمنة الذكور بنسبة 54% و 46% من الإناث، العمر المفضل من 60-69 سنة،

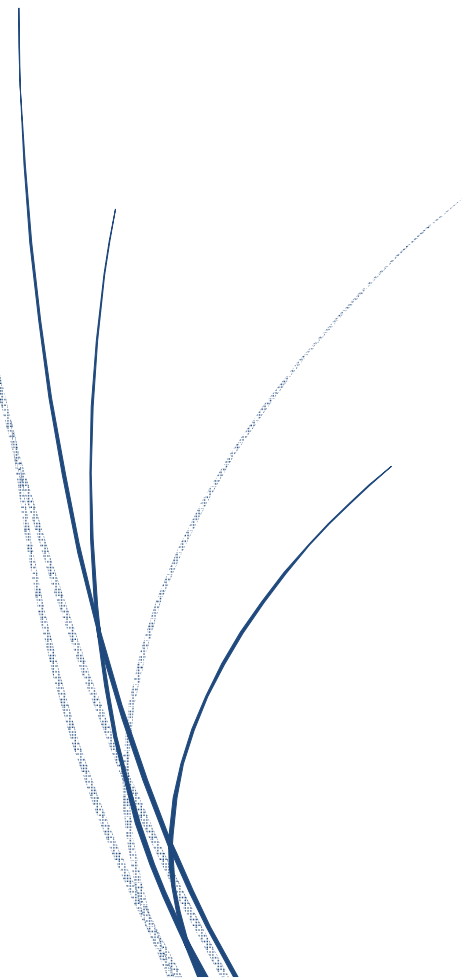
متوسط العمر 60.5 سنة ومعظمهم يعيشون في المناطق الحضرية، مع التعرض للطاقة الشمسية القوية.

عملنا يعطي بالفعل فكرة عن سرطان الجلد الوبائي، تشخيص هذا سرطان الجلد في مصلحة

جراحة التجميل بمستشفى ابن سينا في الرباط.



BIBLIOGRAPHIE



- [1] ENJOLRAS O., DEFFRENNES D., BORSIK M. et al. :
Les tumeurs et les règles de prise en charge chirurgicale. Ann Chir Plast Esthet [en ligne].1998 ; 43 : 455 - 490 p.
- [2] CANCERS CUTANES: édité par Louis Dubertret, encyclopédie des cancers par Bernard Hoerni et Maurice Tubiana.
- [3] Tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques, THOMAS L, la revue du praticien. 2002 ; VOL. 52
- [4] Tumeurs cutanées malignes colligées au service de dermatologie du CHU Hassan II Sur une période de 2 ans :Thèse de médecine. 2008 Pr Mernissi
- [5] CRIBIER B.
Cancers cutanés épithéliaux épidémiologie, étiologie, anatomie pathologique, diagnostic, principes du traitement. Rev Prat (paris), 1998; 48 : 797-801
- [6] C BEAUVILAIN, B DRENO , N LASSAC , S MARQUES Livre chirurgie des tumeurs cutanées de la face , chapitre 1 Année 2002
- [7] HAS mélanome cutané Janvier 2012
- [8] MACKIE R.M.
Epidermal skin tumors. In: ROOK I WILKINSON IEBLING, Eds. Textbook of dermatology .6th ed., Oxford, London: Blackwell Science. 1998 .vol2 .pp 1651-1693
- [9] MARTIN L, PIETTE F, BLANC P, MORTIER L, AVRIL MF, DELAUNAY MM et al .Clinical variants of the preprotuberant stage of dermatofibrosarcomaprotuberans. British Journal of Dermatology 2005; 153:932-936
- [10] Joucdar S, Kismoune H, Boudjemia F, Acha D, Abed L. Les dermatofibrosarcomes de Darier et Ferrand: analyse rétrospective de 81 cas sur dix ans (1983-1994). Ann ChirPlastEsthet. 2001; 46(2):134-40. PubMed | Google Scholar
- [11] TAYLOR HB, HELWIG EB. Dermatofibrosarcomaprotuberans.A study of 115 cases. Cancer 1962; 15:717-725
- [12] KASSE A, DIENG M, DEME A, FALL M. C, DRABO B, TIMBELY G, et al. Les dermatofibrosarcomes de Darier et Ferrand: A propos de 22 cas et revue de la littérature. Médecine d'Afrique Noire 1999 ; 46 (4) :222-227
- [13] BENDIX-HANSEN K, MYHRE-JENSEN O, KAAE S. DermatofibrosarcomaProtuberans. Scand J Plast ReconstrSurg 1983; 17(3):247-252
- [14] R GOLA , JL BLANC , F CHEYNET , C CHOSSEGROS, A ALDEGHERI
Stomatologie et chirurgie maxilla-faciale Année 1998
- [15] E CASSAGNAC Chirurgie des tumeurs cutanées de la face , chapitre 2 Année 2002
- [16] GROSSHANS E.
Les épithéliomas cutanés. Encycl Med Chir(Pans-France), Dermatologie, 12750 AIO, 7- 1989, 18p.
- [17] EGASSE.D
Intérêt des lambeaux d'avancement dans la réparation pertes de substance après exérèse des carcinomes frontaux et temporaux.
Nouv. Dermatol. 1999,18
- [18] LECLECH.G, CODEY.B, DOMOGOLA.C.
Mélanomes malins cervico- faciaux.
EMC : Otol. Rhinol. Laryngol. 2000, 20-950-E-10.
- [19] KHURAMAVG, MEUTIS.DH, O'OBRIENG.CJ ET AL.
Parotid and neck métastases from cutanéous squamous cell of head and neck. Am. Jr. Surg. 1995,170, 5
- [20] PEDROLI.G.L.W.G, HAMEDANI.M, BANACO.P ET AL.
Métastases orbitaires de mélanome malin : un cas.
Jr. Fr. Ophtalmo. 2001,24, 3 : 286-290.
- [21] POTTER.P, DISUEUR.D, LEVECQ.L.
Manifestation oculaire du cancer cutané. Jr. Fr. Ophtalmol. 2002, 25 : 194-202.
- [21] WAROGUIER.D. , VADOUS. J, VERECKEN. P ET AL.
Neurotropic metastasis of squameux cell carcinoma. Ann. Dermatol. Vénéreol. 2004, 131 : 187-189
- [22] Carcinomes épithéliaux : Tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques. PHILIPPE B Annales de dermatologie et de vénéréologie. 2003 ; VOL. 130.

- [23] Carcinomes basocellulaires : Grosshans E. EncyclMédChir (Elsevier, Paris). Dermatologie, 98-620-A-10, 1999, 8 p.
- [24] Efficacy of narrow-margin excision of well-demarcated primary facial basal cell carcinomas, J Am AcadDermatol 2005; 53: 464-8.
- [25] Prise en charge diagnostique et thérapeutique du carcinome basocellulaire de l'adulte, service des recommandations professionnelles, Mars 2004
- [26] DELAUNAY.MM
Place de la radiothérapie dans le traitement des carcinomes cutanés. Nouvel.Dermatol.Vénéreol. 1999, 18
- [27] BAR J, YERUSHALMI R, SHAPIRA-FRUMMER R, KUTCHUK I, SULKES A, GUTMAN H et al. Concurrent chemobiotherapy with cisplatin, dacarbazine, decrescendo interleukin-2 and interferon alpha2b in patients with metastatic melanoma. Oncol Rep 2008; 20(6):1533-8.
- [28] ROMAGOSA R. SAAP L. GIVENS M. SALVARREY A. HE JL, HSIA SL et al.
A pilot study to evaluate the treatment of basal cell carcinoma with 5-fluouracil using phosphatidyl choline as a transepidermal carrier. DermatolSurg 2000;26(4):338-40.
- [29] GEISSE JK. RICH P, PANDYA A, GROSS K, ANDRES K, GINKEL A et al.
Imiquimod 5% cream for the treatment of superficial basal cell carcinoma a double-blind, randomized, vehicle-controlled study. J Am AcadDermatol 2002; 47 (3):390-8.
- [30] NAGORE E, GRAU C, MOLINERO J, FORTEA J M.
Positive margins in basal cell carcinoma relationship to clinical features and recurrence risk. A retrospective study of 248 patients. J EurAcadDermtolVenerol 2003;17(2):167-70.
- [31] Batra RS, Kelley LC. Predictors of extensive subclinical spread in nonmelanoma skin cancer treated withMohs micrographic surgery. Arch Dermatol 2002;138(8):1043-51.
- [32] G. Staub
Marges d'exérèse chirurgicale et taux de récurrence des carcinomes cutanés
Etude prospective de 844 cas Service de chirurgie plastique, hôpital Saint-Louis, 1, avenue Claude-Vellefaux, 75010 Paris, France
- [33] ZOUHAIR K, EL OUAZZANI D, LAZRAK S, AZZOUZI S, LAKHDAR H. Le mélanome cutané à Casablanca à propos de 82 cas. NouvDermatol 2014, 23 (6) :346-349.
- [34] CARCINOMES CUTANÉS: V. DESCAMPS (1), S. ARACTINGI (2), P.-Y.VENENCIE Ann. Dermatol. Venereol., 1997, 124 : 12-29.
- [35] Epidémiologie des cancers épithéliaux de la peau: Auteur : J.-L. Bulliard R. G. Panizzon F. Levi Numéro : 3200. Revue Médicale Suisse 2009;5:882-888
- [36] CANCERS CUTANES EPITHELIAUX : épidémiologie, étiologie, anatomie pathologique, diagnostic, principes de traitement. Auteur: Pr Lipsker et Pr Cribier Année 2005-2006.
- [37] Cancers cutanées états des lieux, Pr Mernissi IXX congrès national de dermatologieTanger, Maroc
- [38] The epidemiology of skin cancer, T.L. DIEPGENANDV.
MAHLER* British Journal of Dermatology 2002; 146 (Suppl.61):16
- [39] Basal cell carcinoma, squamous cell carcinoma and melanoma of the skin: analysis of the Singapore Cancer Registry
Data 1968 97, British Journal of Dermatology 2003; 148: 1161-1166.
- [40] BANDAS Y. COFFI B. DOBOSSI SG. FOSSI M.
Maladie de Kaposi : aspects épidémiologique anatomo-cliniques et étiopathogéniques avec HHV8. Bull Soc PathExot, 2002 ; 49 : 455-9
- [41] Carcinome épidermoïde cutané (carcinome spinocellulaire) :
recommandations de pratique clinique pour la prise en charge
diagnostique et thérapeutique année 2009
- [42] J.-M. Bonnetblanc
Tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques : mélanomes Année 2012

- [43] etude prospective de l incidence des cancers cutanés dépistés en pratique dermatologique dans la région Champagne- Ardenne P.BERNARD, Ann DermatolVenereol ; 5 A 55.
- [44] Cancer Incidence in Five Continents: Curado M.P., Edwards B., Shin H.R., Storm H., Ferlay J., Heanue M., Boyle P., Vol. IX. IARC Scientific publications No. 160, IARC, Lyon 2007.
- [45] Registre des Cancers de la Région du grand Casablanca.
resultat de l année 2004
- [46] CANCERS CUTANÉS EPITHELIAUX : épidémiologie, étiologie, anatomie pathologique, diagnostic, principes de traitement. Faculté de Médecine U.L.P.-Strasbourg France Enseignement 2003.
- [47] Atlas of Clinical Oncology, Arthur J. Sober, MD Frank G. Haluska, MD, PhD; Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts 2001BC Decker Inc Hamilton London p9-10.
- [48] Risk factors of basal cell carcinoma in Mediterranean population, Rosamariacorana, Ach dermatology 2001,137,1162-1168
- [49] The epidemiology of skin cancer, T.L. DIEPGENANDV. MAHLER* British Journal of Dermatology 2002; 146 (Suppl.61):16
- [50] Cancer statistics: Jemal A, Siegel R, Ward E, et al. 2007. CA Cancer J Clin 2007; 57:43-66.
- [51] The epidemiology of skin cancer, T.L. DIEPGENANDV. MAHLER* British Journal of Dermatology 2002; 146
- [52] Clinical diagnostic accuracy of basal cell carcinoma. Presser SE, Taylor JR. J Am AcadDermatol 1987; 16(5 Pt 1):988-90.
- [53] Cutaneous squamous cell carcinoma. Alam M, Ratner D, N Engl J Med 2001; 344: 975-983.
- [54] Non melanoma skin cancer in the united states: incidence Miller DL, Weinstock MA, 1994; 30: 774-778.
- [55] The epidemiology of skin cancer, T.L. DIEPGENANDV. MAHLER* British Journal of Dermatology 2002; 146 (Suppl.61):16
- [56] Cancer statistics: Jemal A, Siegel R, Ward E, et al. 2007. CA Cancer J Clin 2007; 57:43-66.
- [57] LE MELANOME AU MAGHREB: O.BOUUGHENESTAMBOULI, A.MERAD-BOUDIA: Ann.Dermatol.Venereol., 1997, 124: 559.
- [58] Cutaneous malignant melanoma incidence and social status in New Zealand, 1995 2000, J.Pearceetal. Health and Place12 (2006) 239 252
- [59] Incidence, mortality and survival in cutaneous melanoma Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery (2007) 60,32e40
- [60] Mélanome.EncyclMédChir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier) Di Cesare MP, Antunes A et Truchetet F., Paris, Dermatologie, 98-595-A-10, 2000,15p.
- [61] The emerging epidemic of skin cancer: Ko CB, Walton S, KeczkcsK, Bury HPR, Nicholson C. Br J Dermalol 1994; 130: 269-272.
- [62] Les cancers cutanés au Togo, Bulletin du Cancer. Volume 84, Numéro 9, 877-9, Septembre 1997.
- [63] Tumeurs malignes rares dans le Doubs, France CHU besançon.
- [64] REGISTRE HOSPITALISER DES CANCERS résultats preliminaires du service d anatomie pathologique CHU Hassan II de Fès (A PROPOS DE 9435 CAS)
- [65] Evolution des carcinomes basocellulaires à Strasbourg de 1967 à 1996 : Etude épidémiologique descriptive. (Thèse) 1998 Scrivener JN..
- [66] The relative importance of risks factors in non-melanoma carcinoma: Vitalino PP, Urbach F,1980 :116 :454-6
- [67] LES CANCERS DE PEAU (Apropos de 194 cas) 9 ans (2005-2013) UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
- [68] Frequency of facial basal carcinoma does not colerrate with site specific sun exposure, Marc heckmann Arch daermatology 2002,138 1494-1497.
- [69] Basal cell carcinoma, squamous cell carcinoma and melanoma of the skin: analysis of the Singapore Cancer Registry Data 1968 97, British Journal of Dermatology 2003; 148: 1161 1166.

- [70] Prise en charge diagnostique et thérapeutique du carcinome basocellulaire de l'adulte : ANAES Argumentaire Mars 2004. 131,680-756
- [71] Solar ultraviolet radiation: Global burden of disease from solar ultraviolet radiation. Lucas R, Mc Michael T, Smith W, et al. In: Environmental Burden of Disease Series, Prüss-Üstün A, Zeeb H, Mathers C, et al., Eds. Geneva : World Health Organization, 2006;206 p.
- [72] Mora RG, Perniciaro C, Lee B. Cancer of the skin in blacks. III. A review of nineteen black patients with Bowen's disease. *J Am Acad Dermatol* 1984; 11(4 Pt 1):557-62.
- [73] Encycl Méd Chir Lemonnier E, Braun RP, Guillo J et Saurat JH. Dermatoscopie, Dermatologie
- [74] Cancers cutanés états des lieux, Pr Mernissi IXX congrès national de dermatologie Tanger, Maroc
- [75] Carcinomes spinocellulaires. Encycl Méd Chir Basset- Séguin N, Renaud-Vilmer C et Verola O (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous Droits réservés), Dermatologie, 98-625-A-10, 2002, 9 p.
- [76] CANCER DE LA PEAU EN ALGÉRIE, les spécialistes tirent la sonnette d'alarme : article publié dans Horizons le 09 - 08 2009.
- [77] Cancer Incidence in Five Continents: Curado M.P., Edwards B., Shin H.R., Storm H., Ferlay J., Heanue M., Boyle P., Vol. IX. IARC Scientific publications No. 160, IARC, Lyon 2007.
- [78] Registre des cancers Nord-Tunisie. Résultats de 1995-1998.
- [79] Cancer incidence and mortality in Eastern Libya Mufid El Mistiri. Benghazi Cancer Registry, 2004.
- [80] WENNERBERG AM, LARKO O, STENQUIST B. Five-year results of Mohs micrographic surgery for aggressive facial basal cell carcinoma in Sweden. *Acta Derm Venereol* 1999;79 (5):370-2.
- [81] KOKOSZKA A, SCHEINFELD N. Evidence-based review of the use of cryosurgery in treatment of basal cell carcinoma. *Dermatol Surg* 2003; 29(6):566-71.
- [82] ATZPODIEN J. TERFLOTH K. FLUCK M. REEITZ M. Cisplatin, Gemcitabine and treosulfane in relapsed stage IV cutaneous malignant melanoma patients. *Br J Cancer* 2007;97(10):1329-32.
- [83] EISEN T. MARAIS R. AFFOLTER A. LORIGAN P. ROBERT C. CORRIE P et al. Sorafenib and dacarbazine as first line therapy for advanced melanoma : phase I and open –label phase II studies. *Br J Cancer* 2011; 105(3):353-9.
- [84] BAR J, YERUSHALMI R , SHAPIRA-FRUMMER R, KUTCHUK I, SULKES A, GUTMAN H et al. Concurrent chemobiotherapy with cisplatin, dacarbazine, decrescendo interleukin-2 and interferon alpha2b in patients with metastatic melanoma. *Oncol Rep* 2008; 20(6):1533-8.
- [85] Bernier J, Dommene C, Ozsahin M, Matuszewska K, Lefebvre JL, Greiner RH, et al. Postoperative irradiation with or without concomitant chemotherapy for locally advanced head and neck cancer. *N Engl J Med* 2004;350(19):1945-52
- [86] LEBOLT PE, BURG G, WEEDON D, SARASIN A. Pathology and genetics of skin tumours. Lyon IARC Press; 2006.
- [87] HALDER RM, BRIDGMAN-SHAH S. Skin cancer in African-American *J Am. Acad Dermatol* 1995, 75:667-73.
- [88] Hodi FS, O'Day SJ, McDermott DF, Weber RW, Sosman JA, Haanen JB, Gonzalez R, Robert C, Schadendorf D, The New England Journal of Medicine 2010 Aug 19;363(8):711-23.
- [89] Mise au point sur la prise en charge chirurgicale du mélanome malin cutané. A.Lavie C. Desouches A.D. Casanov J.Bardot J.-J. Grob D.R. Légréc G. Magalona Received 12 June 2006
- [90] EISEN T. MARAIS R. AFFOLTER A. LORIGAN P. ROBERT C. CORRIE P et al. Sorafenib and dacarbazine as first line therapy for advanced melanoma : phase I and open –label phase II studies. *Br J Cancer* 2011; 105(3):353-9.

- [91] IVES NJ, STOW RL, LORIGAN P, WHEATLEY K, Chemotherapy compared with biochemotherapy for the treatment of metastatic melanoma: a meta-analysis of 18 trials involving 2621 patients. *J Clin Oncol* 2007;25(34):(5426-34.
- [92] Standards, Options et Recommandations (SOR) pour la prise en charge des patients atteints de mélanome cutané Sylvie Négrier, Béatrice Fervers, Christiane Bailly
- [93] INES ZARAA, IMEN LABBEIN, NADIA EL GALLELI, NISSEF BEN ALAYA, MOURAD MOKNI, AMEL BEN OSMAN. La maladie de Kaposi : caractéristiques épidémiocliniques, anatomopathologiques et thérapeutiques à propos de 75 cas. *La Tunisie médicale*-2012 ; Vol 90 (n°2) :116-121 .
- [94] TAYLOR HB, HELWIG EB. Dermatofibrosarcomaprotuberans. A study of 115 cases. *Cancer* 1962; 15:717-725
- [95] ROSES DF, VALENSI Q, LA TRENTA G, HARRIS MN. Surgical treatment of dermatofibrosarcomaprotuberans. *Surg Gynecol* 1986; 162:449-452
- [96] HAYCOX CL, ODLAND PB, OLBRIGHT SM, CASEY B. Dermatofibrosarcomaprotuberans growth characteristics based on tumor modeling and review of cases treated with Mohs micrographic surgery. *Ann Plast Surg* 1997; 38:246-251
- [97] Torreggiani WC, Al-Ismaïl K, Munk PL, Nicolaou S , et al. Dermatofibrosarcoma Protuberans MR Imaging Features. *AJR*. 2002; 178(4):989-993. PubMed | Google Scholar
- [98] LAKSHMAN DAS ET AL. Intracranial extension of a dermatofibromaprotuberans of the scalp: a case report with brief review of literature. *Surg Neurol* 2000; 54:452-454
- [99] SIRVENT N, MAIRE G, PEDEUTOUR F. Genetics of dermatofibrosarcomaprotuberans family Of tumors: from ring chromosomes to tyrosine kinase inhibitor treatment. *Gene, Chromosomes & Cancer* 2003;37:1-19
- [100] BENDIX-HANSEN K, MYHRE-JENSEN O, KAAE S. Dermatofibrosarcoma Protuberans. *Scand J Plast Reconstr Surg* 1983; 17(3):247-252
- [101] TORO JR, TRAVIS LB, WU HJ, ZHU K, FLETCHER CDM, DEVESA SS. Incidence patterns of soft tissue sarcomas, regardless of primary site, in the Surveillance, Epidemiology and End Results program, 1978–2001: an analysis of 26,758 cases. *Int J Cancer* 2006 ; 119 : 2922–2930
- [102] Nawal Hammas, Ikram Badioui, Kaoutar Znati, Amal Benlemlih, Laila Chbani, Hind El Fatemi, Taoufiq Harmouch, Youssef Bouyahyaoui, Faouzi Boutayeb, Abdelmajid Mrini, Omar Mesbahi, Fatima Zahra Mernissi, Afaf Amarti. Le dermatofibrosarcome de Darier et Ferrand: à propos de 27 cas et revue de la littérature. . *The Pan African Medical Journal*. 2014;18:280
- [103] BURKHARDT BR, SOULE EH, WINKELMANN Rk, IVINS JC. Dermatofibrosarcoma Protuberans, study of fifty-six cases. *Am J Surg* 1966; 111:638-644
- [104] PACK GT, TABAH EJ. Dermatofibrosarcomaprotuberans. A report of thirty-nine cases. *Arch Surg* 1951; 62: 391-411
- [105] Hamid R, Hafeez A, Darzi MA, Zaroo I, Rasool A, Rashid H. Outcome of wide local excision in dermatofibrosarcomaprotuberans and use of radiotherapy for margin-positive disease. *Indian Dermatol Online J*. 2013 Apr;4(2):93-6
- [106] Mac PEAK C, CRUZ T, NICASTRI A, Dermatofibrosarcomaprotuberans. An analyses of 86 cases with 5 metastasis. *Ann Surg* 1967; 166:803-816
- [107] Goldblum JR, Reith JD, Weiss SW. Sarcomas arising in dermatofibrosarcomaprotuberans: a reappraisal of biologic behavior in eighteen cases treated by wide local excision with extended clinical follow up. *Am J Surg Pathol* 2000; 24(8):1125-1130
- [108] SNOW SN, GORDON EM, LARSON PO, BAGHERI MM, BENTZ ML, SABLE DB. Dermatofibrosarcomaprotuberans: a report on 29 patients treated by Mohs micrographic surgery with long-term follow-up and review of the literature. *Cancer* 2004; 101(1):28-38
- [109] profil epidemio-clinic des cancers cutanés au service de dermatologie de l'hôpital militaire d'instruction Mohammed V, étude sur 5 ans entre 2009 et 2013
- [110] Rubin P, Mykula R, Griffiths RW. Ectropion following excision of lower eyelid tumours and full thickness skin graft repair. *British Journal of Plastic Surgery*. avr 2005;58(3):353-360.

- [111] Lau CK, Huang S, Cormack G.Minimising the risk of ectropion when full thickness skin grafting lower eyelid defects. Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery.déc 2008;61(12):1562-1564.
- [112] Bardot, D. Casanova, T. Malet,Chirurgie reconstructrice des paupières. EMC-Chirurgie 1, 2004 ; 365-390.45. Malard O, Corre P, Jégoux F, Durand N, Dréno B, Beauvillain C, et al.Surgical repair of labial defect.European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases.mai 2010;127(2):49-62
- [113] Brix M.Principes généraux de la chirurgie des lèvres. Annales de chirurgie plastique esthétique . 2002. p. 413-22.
- [114] Simon E, Stricker M, Duroure F.Les pertes de substance de la lèvre rouge. Techniques de reconstruction et indications. Annales de chirurgie plastique esthétique [Internet]. 2002 [cité 4 mai 2013]. p. 436-48.
- [115] Burget GC, Walton RL.
Reconstruction esthétique totale du nez et des unités faciales adjacentes par combinaison optimisée lambeaux libres, greffes cartilagineuses et lambeau pédiculé frontal paramédian. Annales de Chirurgie Plastique Esthétique. déc 2009;54(6):497-522.
- [116] MARTIN D, MONODIE. J.M., BARTHELEMY I, CHAMPEAUF. ENJOLRAS O., GLICENSTEINJ., GRANGIER Y.Les tumeurs cutanées et leur stratégie thérapeutique. 43ème la Société Française de chirurgie plastique, Reconstructrice et Esthétique congrès de (Août 1998).Ann Chir Plast Estht 1998 ; 43, 4.
- [117] W.M. Manchester
A simple method for the repair of full-thickness defects of the lower lid with special reference to treatment of neoplasms. British journal of plastic surgery. P;252-263
- [118] Kim, Y.O. Park. B.Y. Lee. W. Jae
Aesthetic reconstruction of the nasal tip using a folded composite graft from the ear. British journal of Plastic Surgery, 2004: 57-3:238-244
- [119] Burm JS.
Reconstruction of the nasal tip including the columella and soft triangle using a mastoid composite graft. Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery. mars 2006;59(3):253-256.
- [120] Trepsat F.
Lipostructure du tiers moyen du visage. Annales de Chirurgie Plastique Esthétique. oct 2009;54(5):435-443.
- [121] Amici JM, Dordain-Bigot ML, Wetterwald E, Bailly JY.
Analyse des mouvements tissulaires et principes des lambeaux. 2012 [cité 10 avr 2013];
- [122] Folia M, Disant F, Naiman N, Faure F.
Intérêt du lambeau frontal dans les pertes de substance de la face. Fr ORL. 2007;93:333-40.
- [123] Ge NN, McGuire JF, Dyson S, Chark D.
Nonmelanoma skin cancer of the head and neck II: surgical treatment and reconstruction. American Journal of Otolaryngology. mai 2009;30(3):181-192.
- [124] Akcam TM, Gubisch W, Unlu H.
Nonmelanoma Skin Cancer of the Head and Neck. Facial Plastic Surgery Clinics of North America. nov 2012;20(4):455-471.
- [125] Lotfi Ben Slama.
Carcinomes des lèvres. Presse Med. 2008; 37: 1490-1496 2008 Elsevier Masson SAS. La presse médicale. tome 37, n 8-10, octobre 2008 doi: 10.1016/j.lpm.2008.06.008

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- *Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*
- *Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*
- *Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*
- *Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*
- *Les médecins seront mes frères.*
- *Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*
- *Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.*
- *Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*
- *Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

قسم أبقراط

بسم الله الرحمان الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية .
- وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه .
- وأن أمارس مهنتي بوانزع من ضميري وشر في جاعلا صحة مريض هدي في الأول .
- وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي .
- وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب .
- وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي .
- وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي .
- وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها .
- وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد .
- بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بالله .

والله على ما أقول شهيد .

التكفل بالسرطانات الجلدية

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم :

من طرف

السيد: رضى لمنور

المزاد في : 11 يناير 1992

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: سرطان الخلايا النخاعية – سرطان الخلايا القاعدية – سرطان الجلد –
ساركوما كابوزي – ساركوما داري فيرند.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس ومشرف

أعضاء



السيد: عبد الله العباسي

أستاذ في الجراحة الترميمية والتجميلية

السيد: مولاي عمر لمراي

أستاذ في جراحة العظام والمفاصل

السيد: جواد حفيظي

أستاذ في الجراحة الترميمية والتجميلية

السيد: نوفل فجال

أستاذ في الجراحة الترميمية والتجميلية