



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2018

Thèse N° 74

Les tumeurs orbito-palpébrales : Expérience du service de chirurgie maxillo-faciale de l'HMA marrakech

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 25/04/2018

PAR

Mr. Amine Boumaiz

Né Le 10/10/1992 à Beni Mellal

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Orbite-Paupière-Carcinome basocellulaire- Exentération.

JURY

Mme. N.MANSOURI

Professeur de chirurgie maxillo-faciale

PRESIDENTE

Mr. A.ABOUCHADI

Professeur agrégé de chirurgie maxillo-faciale

RAPPORTEUR

Mr. M.LAKOUCHMI

Professeur agrégé de chirurgie maxillo-faciale

Mr. Y.DAROUASSI

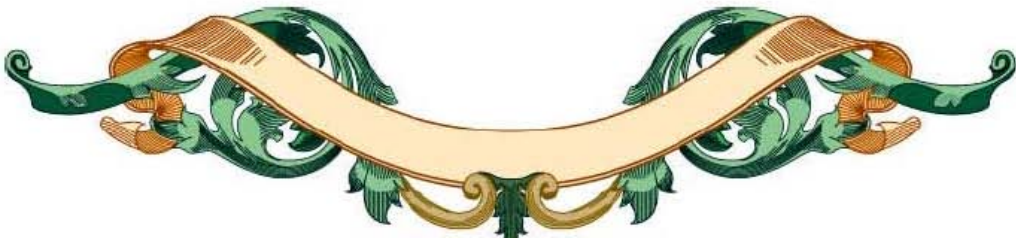
Professeur agrégé d'Oto-Rhino-Laryngologie.

JUGES



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"رب أوزعني أن أشكر نعمتك
التي أنعمت عليّ وعلى والديّ
وأن أعمل صالحاً ترضاه
وأصلح لي في ذريّتي
إنّي تبت إليك و إنّي من المسلمين"
صدق الله العظيم





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.

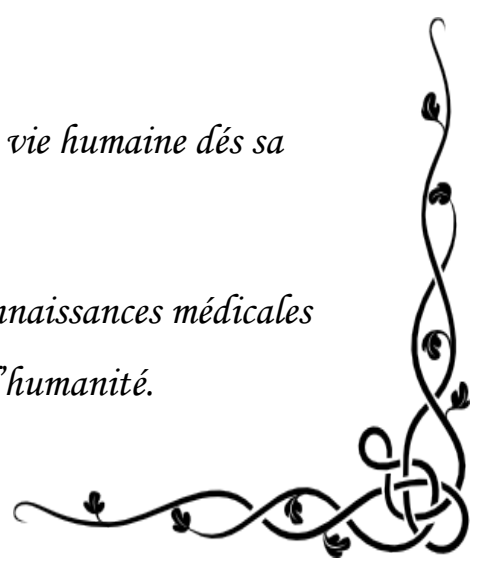
Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

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 strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.





Liste des Professeurs

UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	FINECH Benasser	Chirurgie – générale
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	FOURAIJI Karima	Chirurgie pédiatrique B
ADMOU Brahim	Immunologie	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KISSANI Najib	Neurologie
AMAL Said	Dermatologie	KOULALI IDRISSEI Khalid	Traumato- orthopédie
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie -Virologie	LMEJJATI Mohamed	Neurochirurgie

ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique B	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale
ASRI Fatima	Psychiatrie	MAHMAL Lahoucine	Hématologie - clinique
BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie - générale	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BOUAÏTY Brahim	Oto-rhino- laryngologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BOUGHALEM Mohamed	Anesthésie - réanimation	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie - chimie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio-Vasculaire	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie A	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie A	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
CHAKOUR Mohamed	Hématologie	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	SAIDI Halim	Traumato- orthopédie
DAHAMI Zakaria	Urologie	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	SARF Ismail	Urologie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SBIHI Mohamed	Pédiatrie B
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique A/B
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie B	TASSI Noura	Maladies infectieuses
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	ZOUHAIR Said	Microbiologie
ETTALBI Saloua	Chirurgie réparatrice et plastique		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie B	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie- réanimation	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique A
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FAKHRI Anass	Histologie- embyologie cytogénétique
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	GHOUNDALE Omar	Urologie
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADALI Nawal	Neurologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique A	HAOUACH Khalil	Hématologie biologique
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique B
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique A	JALAL Hicham	Radiologie
ALAOUI Mustapha	Chirurgie- vasculaire périphérique	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique B
ALJ Soumaya	Radiologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAKMICHI Mohamed Amine	Urologie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique A	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie A
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BELKHOU Ahlam	Rhumatologie	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire

BEN DRISS Laila	Cardiologie	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie B	MOUFID Kamal	Urologie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo- phtisiologie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BENJILALI Laila	Médecine interne	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BENLAI Abdeslam	Psychiatrie	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique B	QACIF Hassan	Médecine interne
BOURRAHOUEAT Aicha	Pédiatrie B	QAMOUSS Youssef	Anesthésie- réanimation
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie A	RADA Noureddine	Pédiatrie A
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino - Laryngologie	RAFIK Redda	Neurologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	RBAIBI Aziz	Cardiologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	SAJIAI Hafsa	Pneumo- phtisiologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	SEDDIKI Rachid	Anesthésie - Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chiru Cardio vasculaire	SORAA Nabila	Microbiologie - virologie
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie A	TAZI Mohamed Ilias	Hématologie- clinique
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie

EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	ZYANI Mohammed	Médecine interne

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	Hammoune Nabil	Radiologie
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie – Embryologie - Cytogénétique
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	JALLAL Hamid	Cardiologie
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
AKKA Rachid	Gastro - entérologie	KADDOURI Said	Médecine interne
ALAOUI Hassan	Anesthésie - Réanimation	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
AMINE Abdellah	Cardiologie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	LALYA Issam	Radiothérapie
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	MAHFOUD Tarik	Oncologie médicale
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	MARGAD Omar	Traumatologie -orthopédie
BABA Hicham	Chirurgie générale	MILOUDI Mohcine	Microbiologie - Virologie
BELARBI Marouane	Néphrologie	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino - Laryngologie
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie

BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	MOUNACH Aziza	Rhumatologie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie -Réanimation	MOUZARI Yassine	Ophthalmologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie (Neonatalogie)	NADER Youssef	Traumatologie - orthopédie
BOUCHAMA Rachid	Chirurgie générale	NADOUR Karim	Oto-Rhino - Laryngologie
BOUCHENTOUF Sidi Mohammed	Chirurgie générale	NAOUI Hafida	Parasitologie Mycologie
BOUKHRIS Jalal	Traumatologie - orthopédie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	NYA Fouad	Chirurgie Cardio - Vasculaire
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	OUERIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
CHRAA Mohamed	Physiologie	REBAHI Houssam	Anesthésie - Réanimation
EL HARRECH Youness	Urologie	RHARRASSI Isam	Anatomie-pathologique
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL MEZOUARI EI Moustafa	Parasitologie Mycologie	SAOUAB Rachida	Radiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
ELQATNI Mohamed	Médecine interne	SERGHINI Issam	Anesthésie - Réanimation
ESSADI Ismail	Oncologie Médicale	TAMZAOURTE Mouna	Gastro - entérologie
FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio-organique	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique	YASSIR Zakaria	Pneumo- phtisiologie
GHAZI Mirieme	Rhumatologie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie - Réanimation
GHOZLANI Imad	Rhumatologie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique
HAMMI Salah Eddine	Médecine interne	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio-Vasculaire



Dédicaces

« Soyons reconnaissants aux personnes qui nous donnent du bonheur ; elles sont les charmants jardiniers par qui nos âmes sont fleuries »

Marcel Proust.



Je me dois d'avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont soutenue durant mon parcours, qui ont su me hisser vers le haut pour atteindre mon objectif. C'est avec amour, respect et gratitude que

je dédie cette thèse ... 

الله أكبر

*Louange à Dieu tout puissant,
qui m'a permis de voir ce jour tant attendu.*

A la mémoire de mon cher ami Hamza Chaïb

Toi qui nous a quitté voilà bientôt six mois, tu reste présent dans nos cœurs et pour tant de moments passés à tes cotés. Aucun mot ne saurait exprimer la profonde gratitude et l'immense amour qu'on a pour toi. Si la mort nous sépare, on t'oubliera jamais. Puisse dieu tout puissant, assurer le repos de votre âme par sa sainte miséricorde.

Mes très chers parents,

Les mots ne pourront jamais exprimer tout ce que vous représentez pour moi. Tout ce que j'ai, tout ce que je suis c'est à vous que je le dois. Votre patience et votre courage m'ont toujours fortement inspiré. Votre confiance en moi et vos encouragements m'ont rendu force dans mes moments de faiblesse. C'est par votre sens des valeurs que j'ai pu me construire. Vous êtes l'exemple de la bonté, de l'honnêteté et de l'humilité. Vous m'avez constamment soutenu et accompagné par votre amour inconditionnel vers le chemin de la réussite. Vous m'avez appris à oser apprendre et combattre sans relâcher. Je vous serais éternellement reconnaissant. En vous écrivant ces mots, mes mains tremblent tellement ils me semblent insuffisants pour vous exprimer mon amour infini et mon éternelle gratitude. Vous êtes j'en suis convaincu, les meilleurs parents de tous les temps. Puisse dieu vous protégez et vous prêtez une longue vie.

A ma chère mère, Nadia

Tu m'as donné la vie et l'envie de vivre, les plus précieux de tous les cadeaux. Je t'admire tant pour ta bonté, ton altruisme et ton courage. Merci d'être ce puit inépuisable d'amour, cet océan de tendresse. Merci pour ton temps, tes conseils et pour tous tes sacrifices. Merci pour tes prières et ta bénédiction. Tu étais toujours là à mes côtés pour me reconforter, essuyer mes larmes, soulager mes peines et partager mes joies. Puisse ce jour être l'exaucement de tes prières tant formulées. J'espère avoir répondu aux espoirs que tu as fondés en moi.

A mon cher père, Mohamed

Je te dédie ce travail en témoignage de mon profond amour, estime et respect que j'ai pour toi. Pour tous les sacrifices que tu as consentis et pour l'éducation que tu m'as inculquée. T'as toujours été et tu seras pour toujours le parfait exemple à suivre ; un homme de principe et un père exemplaire. Tu m'as tellement appris et chéri que je ne saurais y mettre des mots suffisamment forts. Ce travail est ton œuvre, toi qui m'a donné tant de choses et continue à le faire. Grâce à toi cher Papa je deviens comme tu l'as toujours désiré ; Médecin. J'espère pouvoir t'honorer un jour et faire ta fierté comme tu fais la mienne.

A mon cher frère, Marouane

Je te serais toujours reconnaissant pour ton soutien et ta présence que tu m'as accordé tout au long de mon parcours. Je te dédie ce travail en témoignage de tout ce que je ressens pour toi, qu'aucun mot ne le saurait exprimer. Pussions-nous rester unis dans la tendresse et l'amour et fidèles à l'éducation que nous avons reçue. J'implore Dieu qu'il t'apporte tout le bonheur et toute la réussite et t'aide à réaliser tous tes rêves. Je t'aime petit frère.

A toute ma famille et à la mémoire de mes grandes mères mon grand père, et mon oncle.

Aucun langage ne saurait exprimer mon respect et ma considération pour votre soutien et encouragements. Je vous dédie ce travail en reconnaissance de l'amour que vous m'offrez et votre bonté exceptionnelle. Que Dieu le Tout Puissant vous garde et vous procure santé, prospérité et bonheur.

A tout mes Ami(e)s :

Je ne peux trouver des mots justes et sincères pour vous exprimer mon affection et mes pensées, vous êtes pour moi des frères, sœurs et des amis sur qui je peux compter. En témoignage de l'amitié qui nous unit et des souvenirs de tous les moments que nous avons passés ensemble, je vous dédie ce travail et je vous souhaite une vie pleine de santé, de bonheur et de réussite. Que notre fraternité reste éternelle.

A decorative horizontal frame with ornate scrollwork and pointed ends. The word "Remerciements" is written in a bold, italicized serif font across the center of the frame.

Remerciements

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MME. MANSOURI HATAB NADIA

*Professeur d'Enseignement Supérieur de Chirurgie maxillo-faciale au CHU
Mohammed VI de Marrakech*

*Nous vous remercions de l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de
présider notre jury. Nous vous remercions de votre enseignement et nous
vous sommes très reconnaissants de bien vouloir porter intérêt à ce
travail. Veuillez trouver ici, Professeur, l'expression de nos sincères
remerciements.*

A NOTRE MAITRE ET RAPPORTEUR DE THESE

MR. ABOUCHADI ABDELJALIL

*Professeur Agrégé de chirurgie maxillo-faciale à l'Hopital Militaire
AVICENNE de Marrakech*

*Nous avons été très touchés par la confiance que vous nous avez témoigné
en nous confiant ce travail. Je vous remercie profondément pour votre
accueil et votre sympathie. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de
notre gratitude, notre estime et notre dévouement.*

A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE

MR. LAKOUICHI MOHAMED

*Professeur Agrégé de chirurgie maxillo-faciale à l'Hopital Militaire
AVICENNE de Marrakech*

*Vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger parmi le jury de
cette thèse. Vos qualités professionnelles et la sympathie que vous
témoignez à tous ceux Qui vous sollicitent suscitent notre admiration.
Permettez-nous de vous faire grande estime et notre haute considération.*

A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE

MR. DAROUASSI YOUSSEF

*Professeur Agrégé en Oto-Rhino-Laryngologie à l'Hopital Militaire
AVICENNE
de Marrakech*

*Vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger parmi le jury de
cette thèse. Vos qualités professionnelles et la sympathie que vous
témoignez à tous ceux qui vous sollicitent suscitent notre admiration.
Permettez-nous de vous faire grande estime et notre haute considération.*

A decorative horizontal frame with ornate scrollwork and pointed ends, containing the title text.

Liste des Abréviations

OD : Œil droit.

OG : Œil gauche.

TDM : Tomodensitométrie.

IRM : Imagerie par résonance magnétique.

ORL : Oto-rhino-laryngologie.

HMA : Hopital militaire Avicenne.

ADP : Adénopathie.

BAV : Baisse de l'acuité visuelle.



INTRODUCTION	1
MATERIEL ET METHODES	3
I. Type d'étude	4
II. Méthodes	4
RESULTATS	6
I. Répartition selon les années	7
II. Répartition selon l'âge et le sexe	7
III. Résultats cliniques	9
1. Délai de consultation	9
2. Antécédents	10
3. Siège de la tumeur	11
4. Examen clinique	13
5. Résultats paraclinique	14
6. Traitement :	17
DISUCUSSION	19
I. Rappel embryologique	20
II. Rappel anatomique	20
1. Les paupières	20
2. Les orbites	26
III. Données épidémiologiques	33
1. Fréquence	33
2. L'age	33
3. Le sexe	33
IV. Données cliniques	34
1. Delai de consultation	34
2. Les signes fonctionnels	34
3. Le siège	35
4. L'examen clinique	36
5. Examen général	41
V. Etude paraclinique	42

1. Les outils de l'étude histo-pathologique	42
2. Les moyens radiologiques	49
VI. Traitement	54
VII. Récidive et survie	79
CONCLUSION	80
ANNEXES	82
RESUMES	86
BIBLIOGRAPHIE	93



INTRODUCTION



Tumeurs orbito-palpébrales

Les tumeurs orbito-palpébrales sont des néoformations bénignes ou malignes à potentiel évolutif et invasif local et général, qui prennent naissance à partir de la paupière et/ou de l'orbite.

Il s'agit de lésions peu fréquentes dans la pathologie maxillo-faciale, mais graves sur le plan esthétique, fonctionnel et vital.

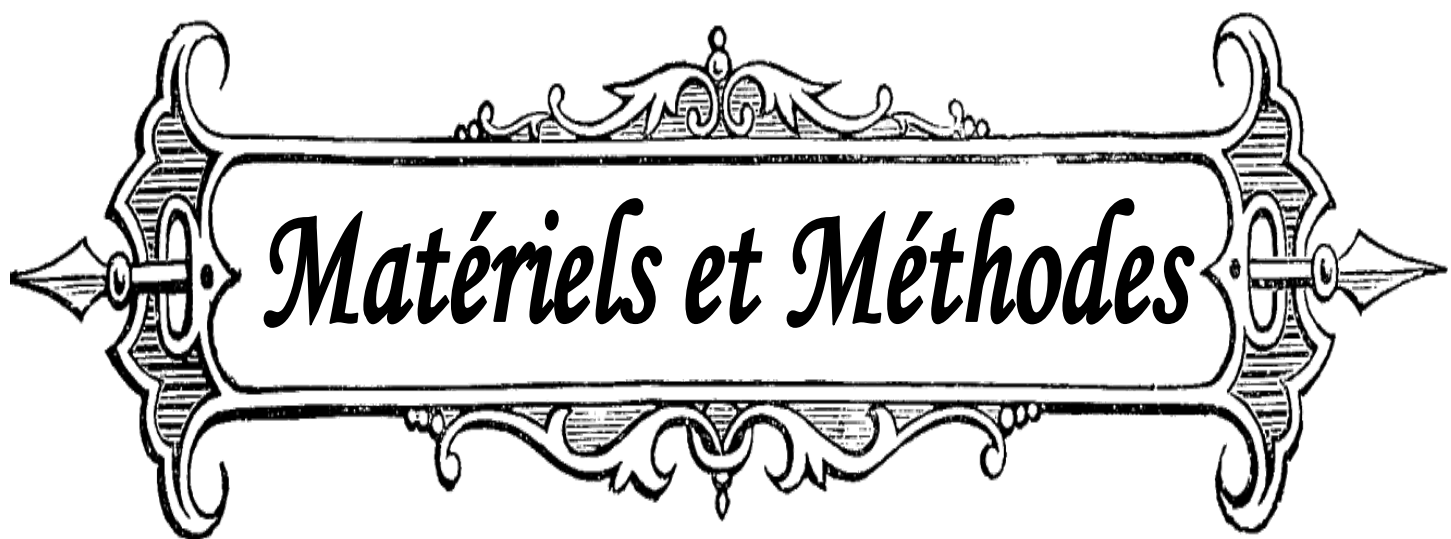
Les tumeurs orbito-palpébrales sont caractérisées par une grande diversité histologique vue la complexité architecturale de la région orbito-palpébrale.

Le type histologique le plus fréquent est le carcinome basocellulaire.

Les progrès de la radiologie ont permis grâce l'IRM et la TDM une approche diagnostique plus fine, mais le diagnostic définitif repose sur l'étude anatomopathologique.

La chirurgie, La radiothérapie et la chimiothérapie sont les trois axes du traitement de ces tumeurs.

Le but de notre étude est de déterminer les particularités épidémiologiques, cliniques, radiologiques, histologiques et thérapeutiques des tumeurs orbito-palpébrales à l'HMA. A travers 12 observations, nous avons essayé de réaliser une approche comparative avec la littérature existante pour mieux appréhender ces tumeurs afin d'améliorer leur prise en charge.

A decorative, ornate frame with intricate scrollwork and floral patterns. The frame is horizontally oriented and features a central rectangular area with rounded corners. The text "Matériels et Méthodes" is written in a bold, black, cursive script within this central area. The frame is symmetrical and has a classic, elegant appearance.

Matériels et Méthodes

I. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective étendue du 1^{er} janvier 2012 au 30 juin 2017 portant sur tous les patients présentant une tumeur orbito-palpébrale, hospitalisés au service de chirurgie maxillo-faciale de l'Hopital Militaire Avicenne MARRAKECH.

II. Méthodes :

Nous avons inclus 12 patients dans notre étude. Ils ont tous bénéficié d'un examen clinique complet. Les moyens thérapeutiques utilisés sont la chirurgie et la radiothérapie. L'indication chirurgicale étant posée, les patients ont bénéficié d'un bilan pré-anesthésique classique. Un avis cardiologique avec éventuel écho-cœur est jugé nécessaire pour certains patients. Les patients sont informés de l'importance du déficit envisagé, la possibilité de réaliser une exentération ainsi que sur l'éventuel sacrifice des voies lacrymales. Le type de reconstruction envisagé et la possibilité du prélèvement d'un lambeau à distance sont expliqués au patient. Le traitement chirurgical comprend deux temps :

- L'exérèse tumorale est réalisée en respectant les règles de sécurité carcinologique avec un examen histologique extemporané. L'exentération orbitaire est pratiquée en cas d'envahissement orbitaire massif.
- La reconstruction orbito-palpébrale est faite en même temps opératoire ou en différé. La technique choisie dépend de la taille de la perte de substance à combler et de sa localisation.
- Les pièces d'exérèses sont adressées pour l'étude anatomopathologique afin de confirmer le diagnostic et s'assurer des marges d'exérèses.

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 maxillo-faciale).

Tumeurs orbito-palpébrales

Les photographies pré et post-opératoires de la tumeur sont prises systématiquement. Ces informations sont recueillies selon une fiche d'exploitation établie au préalable. (Annexe1)

Pour chaque dossier, nous avons noté plusieurs données pré, per et post- opératoires.

Les données pré-opératoires analysées sont les suivantes :

- L'âge du patient. Le sexe.
- Les caractères de la tumeur : aspects cliniques, taille et localisation de cette tumeur.
- La présence d'adénopathies loco-régionales est recherchée notamment sous maxillaires et prétragiennes.
- La réalisation d'exams complémentaires pré-opératoires (TDM / IRM, biopsie diagnostique et bilan d'extension).

Les données per-opératoires recueillies sont :

- Le type d'anesthésie.
- Le type d'exérèse.
- Le mode de reconstruction orbito-palpébrale.

Les données post- opératoires étudiées sont :

- Le type histologique de la tumeur orbito-palpébrale.
- Le caractère complet ou non de l'exérèse.
- Les complications post- opératoires.

Le suivi des patients se fait comme suit :

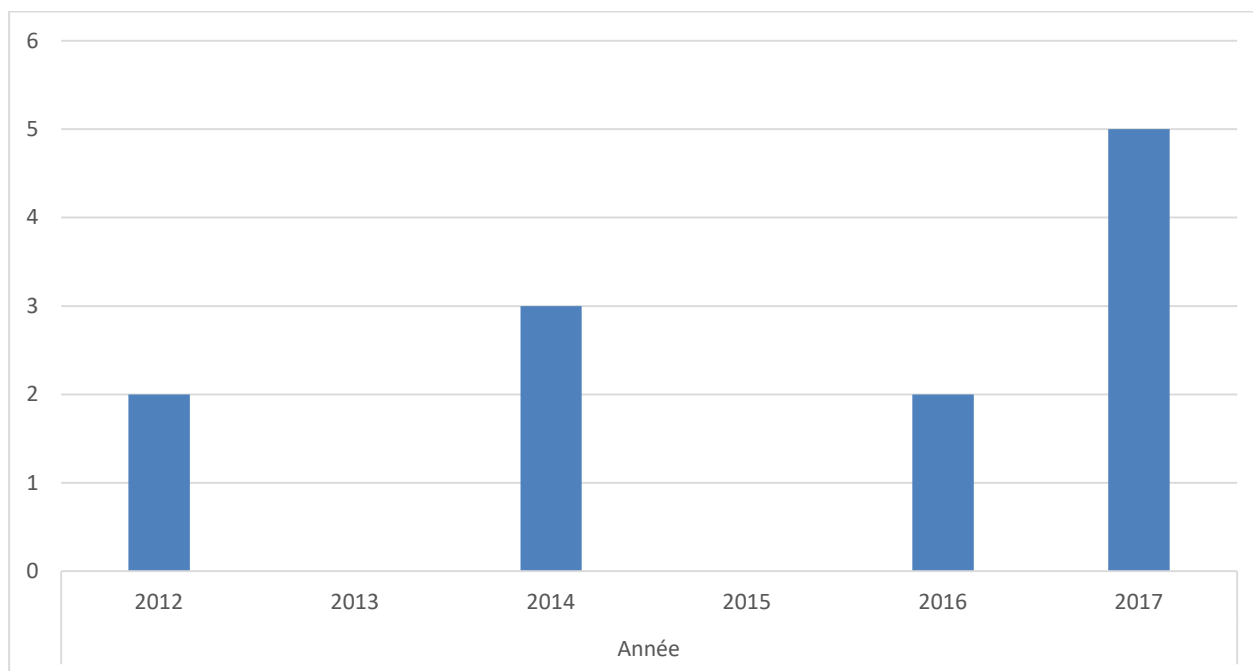
- Tous les 3mois pendant la 1ère année.
- Tous les 6mois pendant 2ans.
- Tous les ans à vie, en cas de pathologie maligne.



Resultats

I. Répartition selon les années :

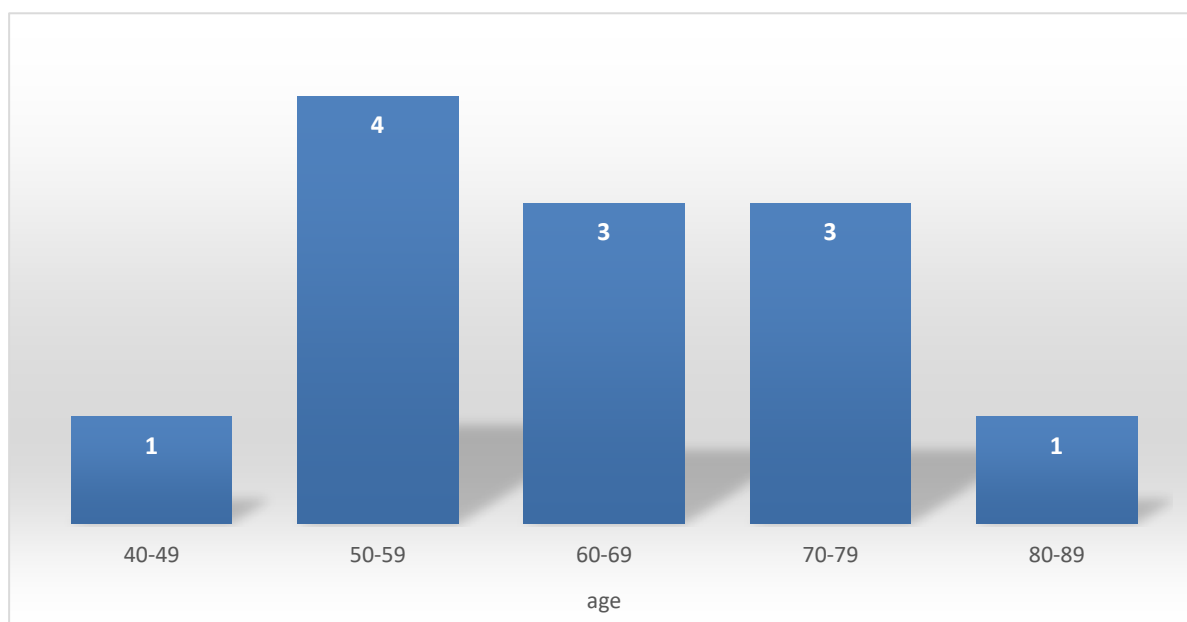
Sur une période de 5 ans et demi, de Janvier 2012 à Juin 2017, nous avons colligé 12 tumeurs orbito-palpébrales soit une moyenne de 2 tumeurs par an avec un pic de 5 tumeurs retrouvé au cours de l'année 2017, 2 tumeurs en 2016 , 3 tumeurs en 2014 et 2 tumeurs en 2012 .



Graphique 1 : Répartition des tumeurs orbito-palpébrales selon l'année.

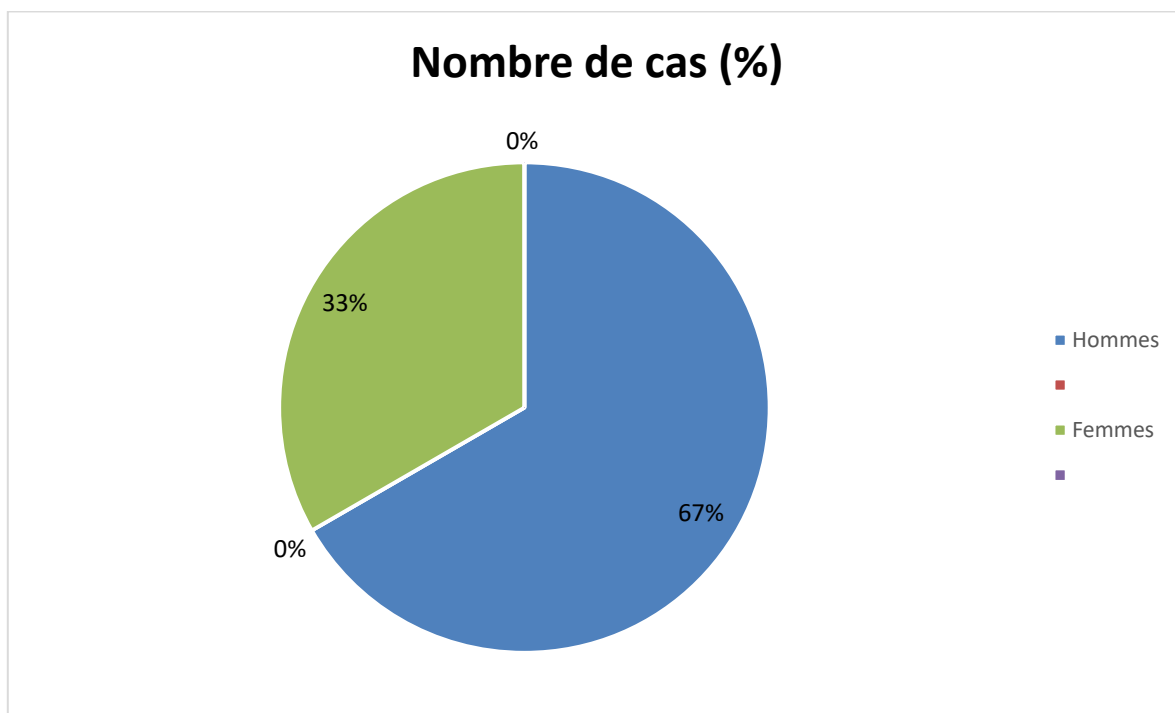
II. Répartition selon l'âge et le sexe :

- Tous patients confondus, l'âge moyen au moment de la découverte de la tumeur est de 63,08 ans avec des extrêmes allant de 48 à 80 ans.
- Chez les hommes, l'âge moyen est de 57,75 ans avec des extrêmes allant de 48 à 70 ans.
- Chez les femmes, l'âge moyen est de 73,75 ans avec des extrêmes allant de 68 à 80 ans
- 58% des patients présentent un âge avancé de plus de 60ans.
- La 5^{ème} décennie représente le plus fort contingent avec 4 cas soit 33%.



Graphique 2: répartition selon la tranche d'age .

- Notre série se compose de 8 hommes (67%) et 4 femmes (33 %), donc nous avons un sexe ratio de 2.

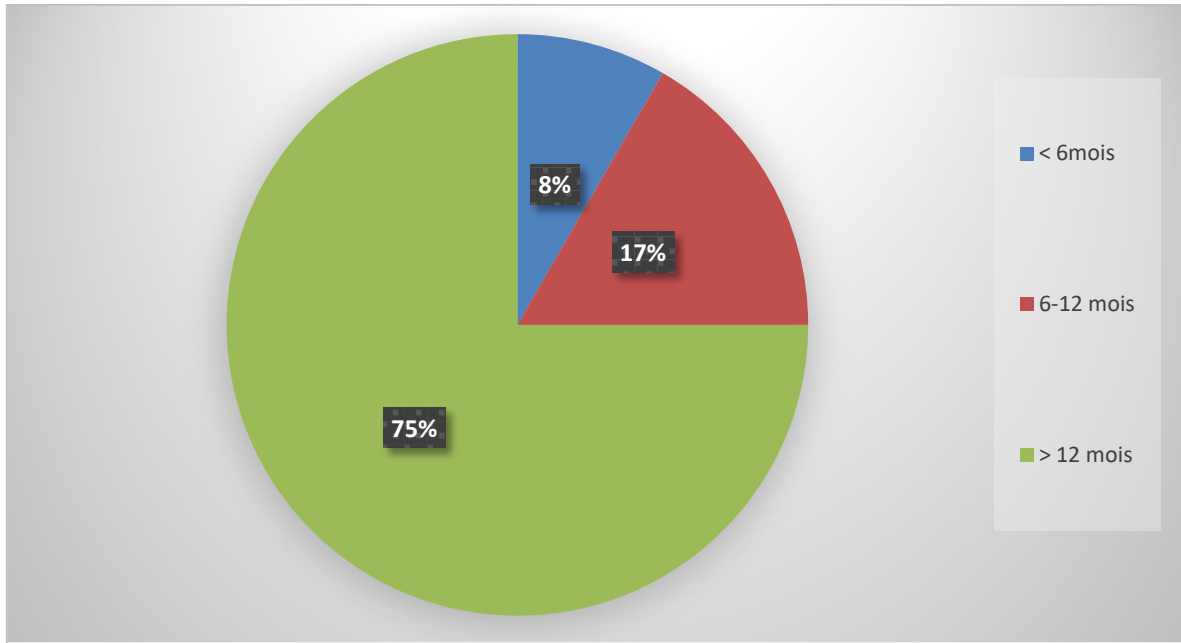


Graphique 3: répartition selon le sexe.

III. Résultats cliniques :

1. Délai de consultation :

Le délai entre l'apparition de la symptomatologie clinique et la consultation variait entre 3 mois et 5 ans, il a été en moyenne de 35 mois, puisque la majorité de nos malades ne consultent qu'après 12 mois de l'apparition du premier signe clinique.



Graphique 4 : Répartition des patients selon le délai de consultation.

2. Antécédents :

A. La récurrence : Dans notre série, nous rapportons 3 cas de récurrences tumorales :

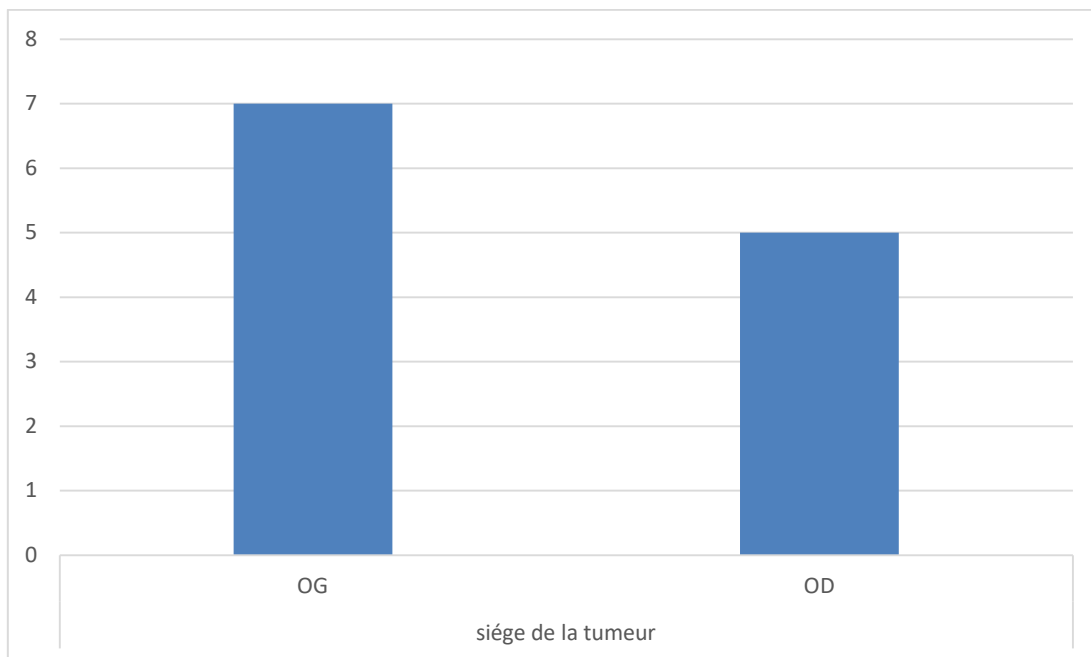
Les types histologiques récurrents étaient comme suit : épithélioma basocellulaire chez un patient. Le carcinome spinocellulaire chez un autre patient, alors que la troisième récurrence est de type carcinome adénoïde à point de départ lacrymal.

- ✓ Le 1er cas s'agit d'un patient ayant présenté une tuméfaction maligne de type épithélioma basocellulaire du canthus interne gauche, qui avait déjà bénéficié d'une cure chirurgicale à 2 reprises à titre externe, avec une récurrence locale par envahissement progressif du canthus interne en 2014.
- ✓ Le 2ème patient a présenté une masse orbitaire supéro-interne gauche évoluant depuis 2 ans, avec une récurrence locale à 3 reprises.
- ✓ Le 3ème patient a présenté une tumeur ulcéro-nécrosante envahissant la paupière supérieure, inférieure et le canthus externe droit, pour laquelle il a subi une cure chirurgicale, avec une récurrence locale un an après.

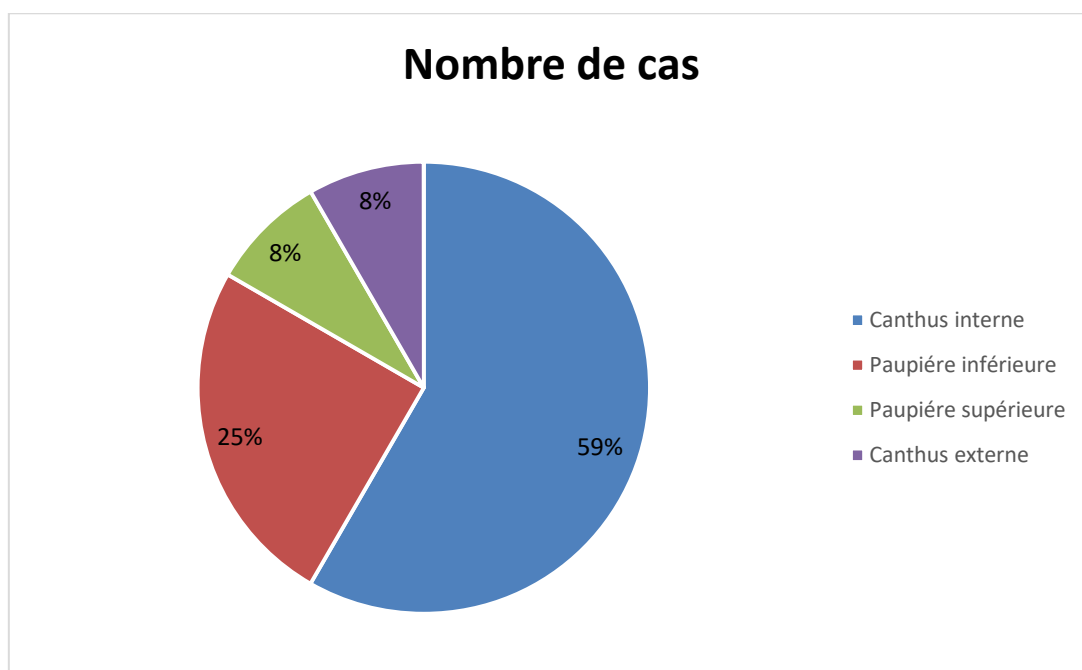
- B. Le tabagisme chronique est retrouvé chez 4 patients tous de sexe masculin, dont 2 cas de carcinome basocellulaire, et 2 cas de carcinome spinocellulaire.
- C. L'alcoolisme chronique a été retrouvé chez 2 patients tous de sexe masculin, dont un cas de carcinome basocellulaire, et l'autre de carcinome spino-cellulaire.
- D. Les autres antécédents se résument dans un diabète traité par les anti-diabétiques oraux dans 1 cas, une hypertension artérielle contrôlée sous traitement dans 2 cas,
- E. Les 6 réstants n'ont pas d'antécédents particuliers.

3. Siège de la tumeur :

- ✓ Dans notre série, l'œil gauche est atteint dans 7 cas soit 58,33%, l'œil droit dans 5 cas soit 41,66%.
- ✓ Aussi, le canthus interne est le plus touché, on parle de 7cas soit 58,33% de nos malades, la deuxième localisation par ordre de fréquence est la paupière inférieure : 3 cas soit 25%. La paupière supérieure, est affectée dans 1 cas soit 8,33 %, le canthus externe est concerné dans 1 cas (8,33%).



Graphique 5: Siège de la tumeur



Graphique 6 : Localisation de la tumeur

4. Examen clinique :

Dans notre série, l'infiltration orbitaire de la tumeur palpébrale est retrouvée dans 100% des cas .

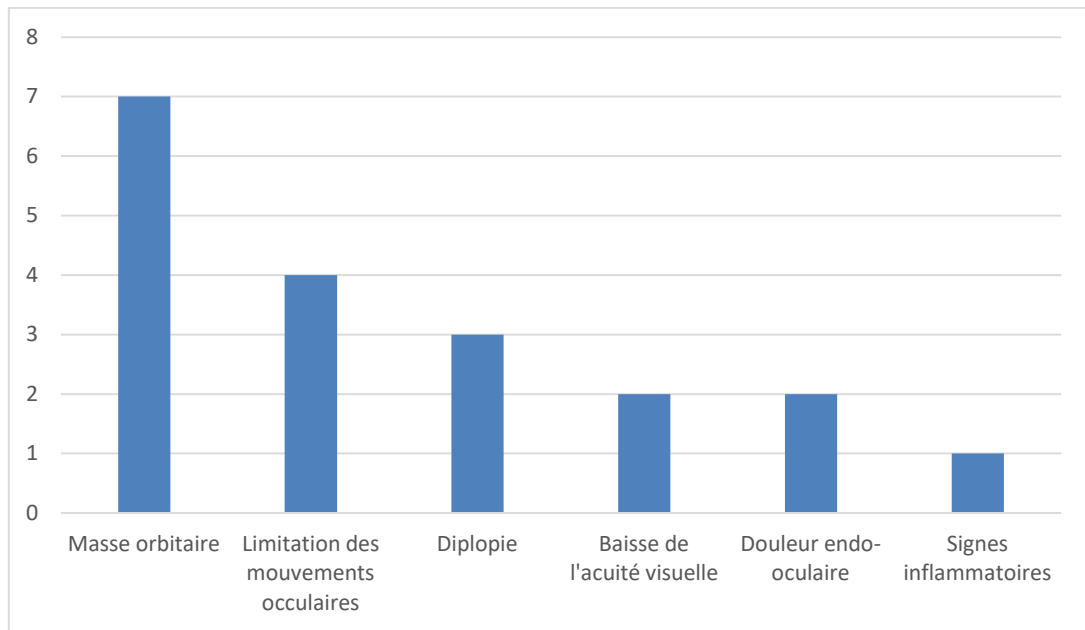
On note aussi :

- Une masse orbitaire a été retrouvée chez 7 patients, soit 58%.
- La limitation des mouvements oculaires est retrouvée chez 4 patients, soit 33%.
- La diplopie est retrouvée chez trois patients, soit 25%.
- La baisse de l'acuité visuelle est retrouvée chez 2 patients, soit 16%.
- La douleur endo-oculaire est retrouvée chez 2 patients, soit 16%.
- La présence de signes inflammatoires en regard de la tumeur chez 1 seul patient, soit 8,33%.

L'examen ORL est sans particularité chez tout nos patients.

Les aires ganglionnaires sont libres, notamment pas d'adénopathies pré-tragiennes ou sous-mandibulaires.

Le reste de l'examen clinique est sans particularités.

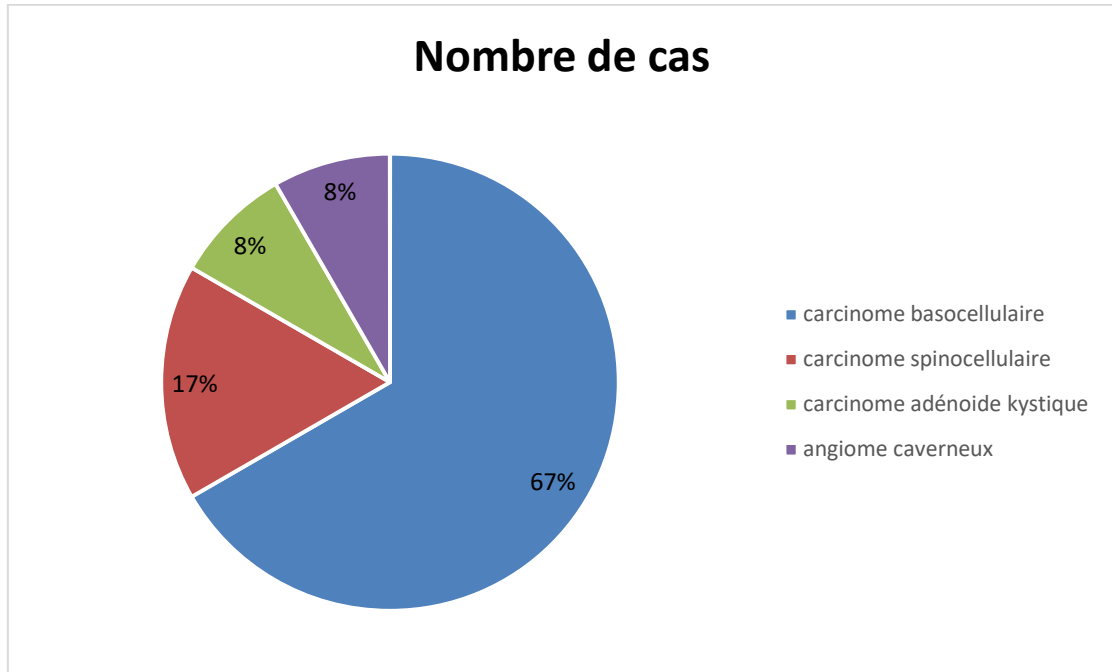


Graphique 7 : signes cliniques

5. Résultats paraclinique :

5.1 Biopsie- diagnostic :

- 11 patients de notre série ont bénéficié d'une biopsie-diagnostic dont l'étude anatomopathologique a révélé :
 - ✓ 8 carcinomes basocellulaires, soit 66,66%.
 - ✓ 2 carcinomes spinocellulaires. Soit 16,66%.
 - ✓ 1 carcinome adénoïde kystique. Soit 8,33%.
 - ✓ 1 angiome caverneux (n'a pas été biopsié).



Graphique 8 : Types histologiques

5.2 Tomodensitométrie Maxillo-faciale :

L'exploration tomodensitométrique est réalisée chez tout nos patients en :

Pré-opératoires : Elles permettent de préciser :

- ✓ Le siège de la tumeur.
- ✓ Présence ou non d'un envahissement des structures avoisinantes.

Dans notre série, la TDM maxillo-faciale a retrouvé :

- ✓ Une atteinte musculaire chez 7 patients.
- ✓ 4 patients ont présenté un processus orbitaire avec extension endo-orbitaire et des parties molles péri-orbitaires.
- ✓ Un envahissement de la graisse extra-conique dans 3cas.
- ✓ Un comblement du canal lacrymo-nasal dans 2 cas.
- ✓ Un globe oculaire envahit dans 1 seul cas.

En post- opératoire (après exentération), une TDM de contrôle a été réalisée :

- ✓ Aspect tomodensitométrique ne révélant pas d'anomalies suspectes.
- ✓ Comblement partiel du sinus maxillaire gauche
- ✓ Petites adénopathies jugulo-carotidiennes à prédominance gauche (non suspectes).

5.3 IRM :

2 patients de notre série ont bénéficié d'une exploration par résonance magnétique :

- ✓ Le 1er a bénéficié d'une IRM qui a objectivé :
- ✓ Récidive du carcinome du canthus interne envahissant le muscle orbitaire interne.
- ✓ La 2ème patiente chez qui l'IRM a montré :
- ✓ Angiome orbitaire endo-septal, avec prolongement endo-orbitaire.

5.4 Traitement :

Bilan préopératoire :

Tous les patients ont bénéficié d'un bilan systématique fait de :

- ✓ Bilan biologique sanguin : bilan hématologique : NFS -TP-TCK-glycémie-Protidémie-urée- créatininémie-sodium-potassium-chlorure.
- ✓ Radiographie thoracique : les clichés de tous les patients étaient sans Anomalies.
- ✓ Consultation pré-anesthésique : 1 seule patiente a présenté une contre-indication à l'anesthésie générale.
- ✓ Un avis cardiologique avait été demandé chez les patients à risque.

6. Traitement :

- ✓ Tous nos patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical dont six par exentération et d'une reconstruction dans un deuxième temps.
- ✓ La radiothérapie externe était utilisée en complément de la chirurgie chez deux patients.

6.1 La chirurgie :

a) L'exérèse tumorale :

- ✓ Tous nos patients ont bénéficié d'une exérèse chirurgicale de la tumeur.
- ✓ Les marges cutanées de sécurité varient entre 3mm et 1 cm.
- ✓ Les pertes de substance étaient étendues chez tous les cas.
- ✓ L'exentération a été réalisée chez 11 patients, dont l'indication était l'envahissement orbitaire étendu.
- ✓ Trois étaient des récidives.
- ✓ Les pièces d'exérèse ont été envoyées pour étude anatomopathologique afin de confirmer le diagnostic et voir si l'exérèse était complète.

b) B. La reconstruction :

- ✓ – Dans notre série, chacun de nos patients avait bénéficié d'une reconstruction différente selon la localisation de la perte de substance et sa taille. Les méthodes utilisées étaient :
- ✓ Une reconstruction par lambeau nasogénien en ilots avec lambeau du muscle temporal.
- ✓ Une reconstruction par lambeau temporo-jugal de mustardé.
- ✓ Une reconstruction par lambeau grand dorsal.
- ✓ Une reconstruction par lambeau frontal.

6.2 La radiothérapie :

La radiothérapie externe était utilisée en complément de la chirurgie pour deux patients porteurs de carcinome spinocellulaire.

6.3 La chimiothérapie :

Aucun de nos patients n'avait bénéficié d'un traitement par chimiothérapie.

A decorative, ornate frame with intricate scrollwork and floral patterns. The word "Discussion" is written in a bold, black, serif font, centered within the frame. The frame has a central horizontal bar with pointed ends, and the word is positioned in the middle of this bar.

Discussion

Rappel :

I. Rappel embryologique:[1,2]

Le développement embryologique des paupières débute à la quatrième ou cinquième semaine de gestation, à partir d'une condensation du mésoblaste (squelette palpébral) avec l'ectoderme (peau et conjonctive). Issues du mésoblaste du bourgeon frontonasal pour la paupière supérieure et du bourgeon maxillaire pour la paupière inférieure, elles apparaissent à la septième semaine de la vie embryonnaire sous forme de deux bourrelets circulaires qui fusionnent à la neuvième ou dixième semaine de gestation, délimitant ainsi la future fente palpébrale. Les muscles, les glandes et les follicules pileux se différencient progressivement à l'intérieur de ces ébauches.

La séparation des deux paupières se produit à la fin du sixième mois de gestation. Cette séparation serait due à la combinaison de trois phénomènes : actions des rétracteurs, sécrétion des glandes tarsales et kératinisation des bords libres.

II. Rappel anatomique :

1. Les paupières [3,4,5,6,7]

1.1 Configuration externe :

Les paupières supérieure et inférieure sont, au contact de la face antérieure de l'œil, des rideaux protecteurs musculo-membraneux continuant par leur périphérie les téguments du visage. La paupière supérieure, plus grande, et la paupière inférieure, moins mobile, circonscrivent entre leurs bords libres la fente palpébrale, limitée en dedans et en dehors par les canthus.

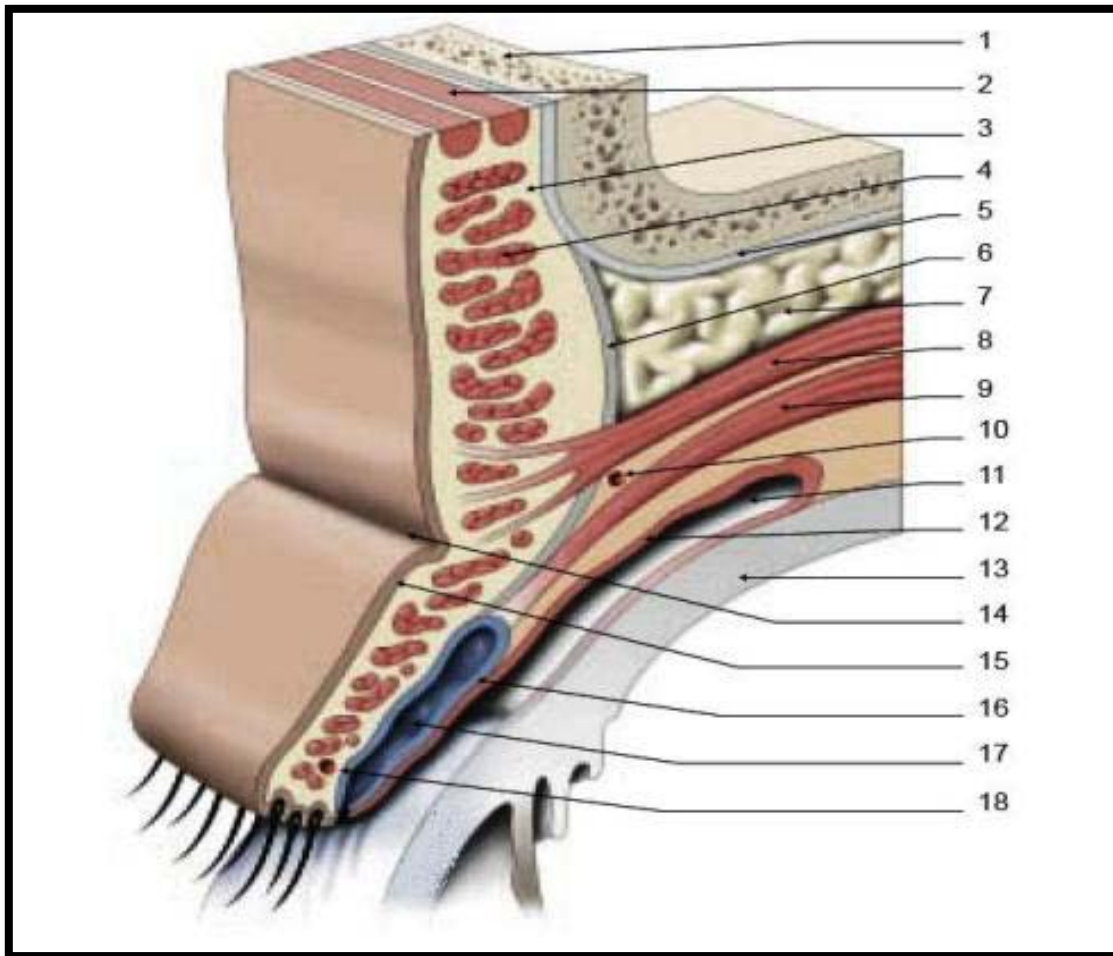


Figure 1 : anatomie de la paupiere

1.Os frontal ; 2. Muscle frontal ; 3. Tissu cellulaire ; 4. Orbiculaire ; 5. Périorbite 6. Septum ; 7. Graisse orbitaire ; 8. releveur paupière supérieure ; 9. Muscle de Müller ; 10. Arcade profonde ; 11. Cul-de-sac conjonctival ; 12. Conjonctive ; 13. Sclère ; 14. Pli palpébral ; 15. Peau ; 16. Tarse ; 17. Glande de Meibomius ; 18. Arcade superficielle.

On y distingue :

- Une face antérieure formée de deux parties :
 - Une portion tarsale située entre le bord libre et le pli palpébral parallèle au bord libre.

- Une portion septale ou orbitaire qui répond à la graisse de la cavité.

Les deux plis palpébraux horizontaux peuvent être réunis au niveau de l'angle interne par un repli cutané vertical, appelé épicanthus.

- Une face postérieure : recouverte de conjonctive, et qui se moule sur le globe oculaire.
- Les bords libres palpébraux : d'une longueur de 30 mm et de 2 à 3mm d'épaisseur s'accolant pendant la fermeture et dégageant la cornée au cours de l'ouverture mais masquant la sclérotique.
- L'angle externe palpébral ou canthus externe : il est formé par la réunion des deux bords libres palpébraux amarrés au rebord orbitaire par le ligament latéral externe.
- L'angle interne palpébral ou canthus interne : il correspond à la réunion des deux bords libres palpébraux dans le segment lacrymal.

1.2 Structures palpébrales :

a) Peau et fascia :

- ✓ La peau des paupières est la plus fine du corps et contient très peu de graisse. On trouve :
 - Le pli palpébral supérieur : il siège à 8 à 10 mm du bord libre et souligne le bord supérieur du tarse.
 - Le pli palpébral inférieur : oblique en bas et de dehors, siégeant environ à 4 à 6 mm du bord libre, il souligne le bord inférieur du tarse.

b) Muscles orbiculaires des paupières :

Il s'agit de muscles superficiels qui entourent l'orbite comme un fer à cheval et viennent s'insérer au-dessus et en dessous du canthus interne. On distingue l'orbiculaire orbitaire, l'orbiculaire palpébral lui-même divisé en préseptal et pré tarsal, faisceaux qui permettent l'occlusion palpébrale.

Ces trois parties peuvent agir en synergie ou indépendamment.

c) **Charpente fibreuse palpébrale :**

Elle est constituée par des formations rigides, les deux tarse, les ligaments palpébraux et le septum.

d) **Rétracteurs des paupières**

Ils constituent la quatrième couche des paupières. En paupière supérieure, il s'agit du muscle releveur de la paupière et du muscle lisse de Müller, alors qu'en paupière inférieure il s'agit du muscle abaisseur de la paupière.

e) **Revêtement conjonctival et sécrétion lacrymale :**

La conjonctive est un épithélium malpighien non kératinisé riche en cellules à gobelet, dont la sécrétion mucoïde compose la couche la plus profonde du film lacrymal.

1.3 **Vascularisation et innervation :**

a) **Vascularisation artériovoineuse :**

Les paupières sont richement vascularisées avec de nombreuses anastomoses.

❖ **Systeme artériel :**

Les artères sont formées de deux systemes :

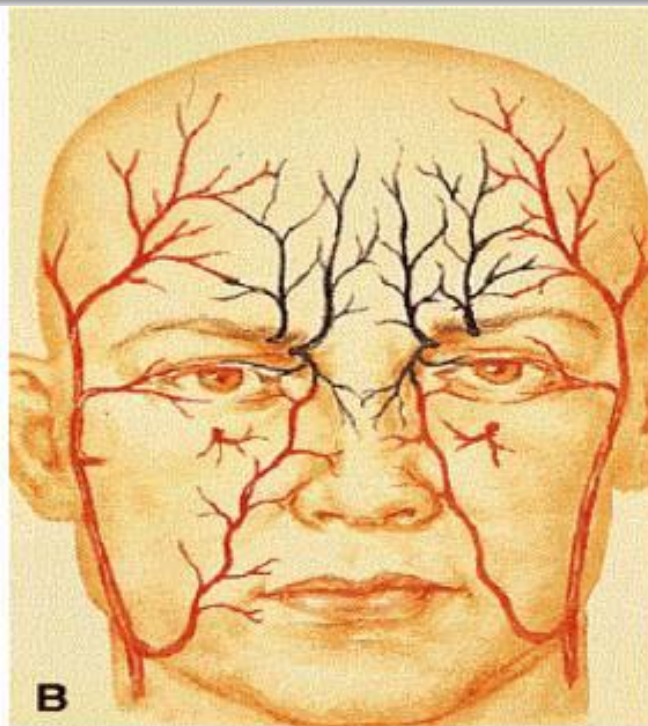
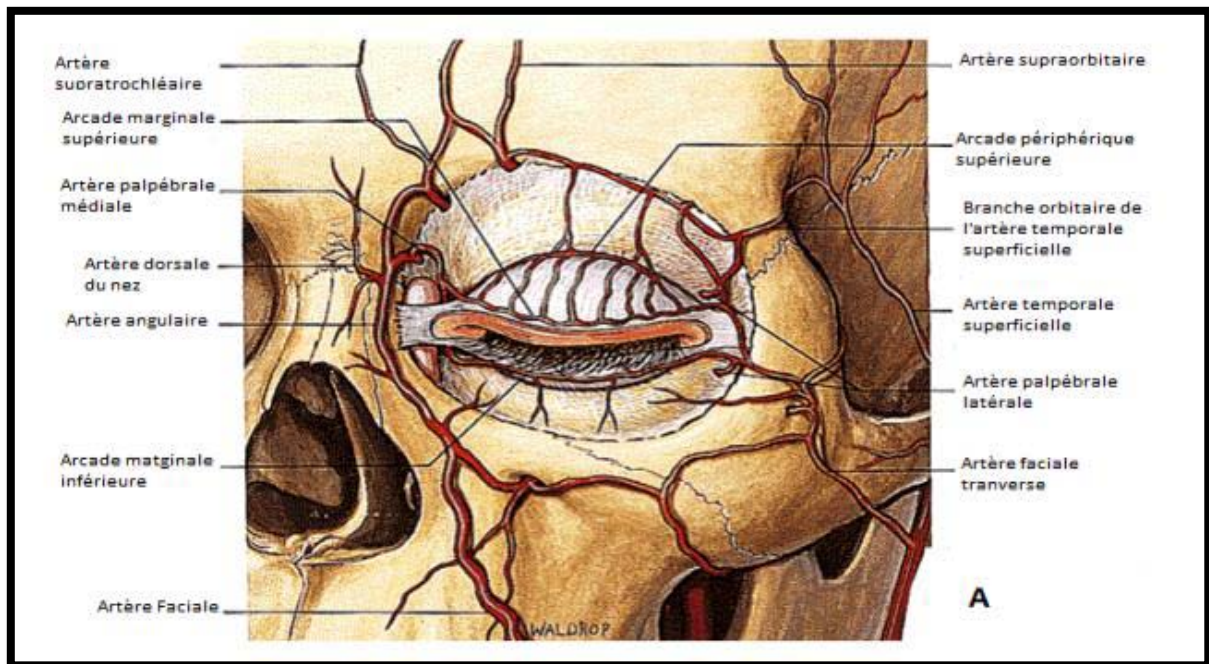
➤ **Systeme profond orbitaire :**

- ✓ Les branches terminales : palpébrales supérieures, frontales, sous-orbitaires et lacrymales de ce systeme viennent de l'artère ophtalmique.
- ✓ L'artère palpébrale supérieure : son origine se trouve sous la poulie du grand oblique qui perfore le septum au-dessus du ligament latéral interne et elle va donner deux arcades.

✓ **Système artériel facial :**

Il comporte les artères faciale, temporale superficielle et sous-orbitaires.

- L'artère faciale : branche de la carotide externe, elle devient l'artère angulaire lorsqu'elle rejoint le canthus interne.
- L'artère temporale superficielle : branche de l'artère carotide externe, elle se divise en trois artères :
 - ✓ L'artère transversale de la face qui vascularise la partie externe de la paupière inférieure.
 - ✓ L'artère orbito-zygomatique qui vascularise les parties latérales des deux paupières et de l'orbite.
 - ✓ L'artère frontale qui vascularise l'orbiculaire orbitaire dans sa partie supéro-externe.
- Les artères sous-orbitaires : ce sont des branches terminales pour la paupière inférieure et le sac lacrymal.



- A. Les arcades artérielles
- B. Anastomoses entre l'artère carotide interne et l'artère carotide externe

Figure 2 : vascularisation artérielle des paupières (Atlas d'anatomie)

❖ **Système veineux :**

Il est formé de deux réseaux : un superficiel sous-cutané et un profond post-tarsal.

b) **Système lymphatique :**

Il est formé de deux réseaux sous-cutané et sous-conjonctival : deux grandes voies en assurent le drainage, une voie interne qui suit le trajet des vaisseaux faciaux et se rend aux ganglions sub-mandibulaires, une voie externe qui aboutit aux ganglions parotidiens.

c) **Innervation :**

- ✓ L'innervation motrice est assurée pour le releveur de la paupière supérieure par une branche du III.
 - L'orbiculaire est innervé par des branches supérieures du nerf facial.
 - L'innervation sensitive de la paupière est assurée par des branches du nerf trijumeau (nasal, frontal, sous-orbitaire, lacrymal).

2. **Les orbites : [8]**

Paires et symétriques par rapport au plan médian, les orbites et leur contenu sont situés dans la partie supérieure du massif facial, sous l'étage antérieur de la base du crâne. Elles affectent toutes deux la forme d'une pyramide quadrangulaire, dont l'axe est oblique d'arrière en avant et de dedans en dehors.

2.1 **Parois :**

L'orbite est constituée par 7 os : Le frontal, L'os zygomatique, Le maxillaire, Le sphénoïde, L'ethmoïde, Le palatin et L'os lacrymal. Ces os réunis forment les différentes parois de l'orbite :

- La paroi supérieure du toit orbitaire (frontal-sphénoïde) est souvent creusée plus ou moins profondément par le récessus orbitaire du sinus frontal.
- La paroi interne, très mince, est en rapport étroit avec les cellules ethmoïdales et la

partie antérieure du sinus sphénoïdal.

- La paroi inférieure ou plancher orbitaire est parcourue par le nerf maxillaire supérieur, branche moyenne du trijumeau V2 et l'artère sous-orbitaire.
- La paroi externe : épaisse, résistante, est en rapport avec la fosse temporale externe.

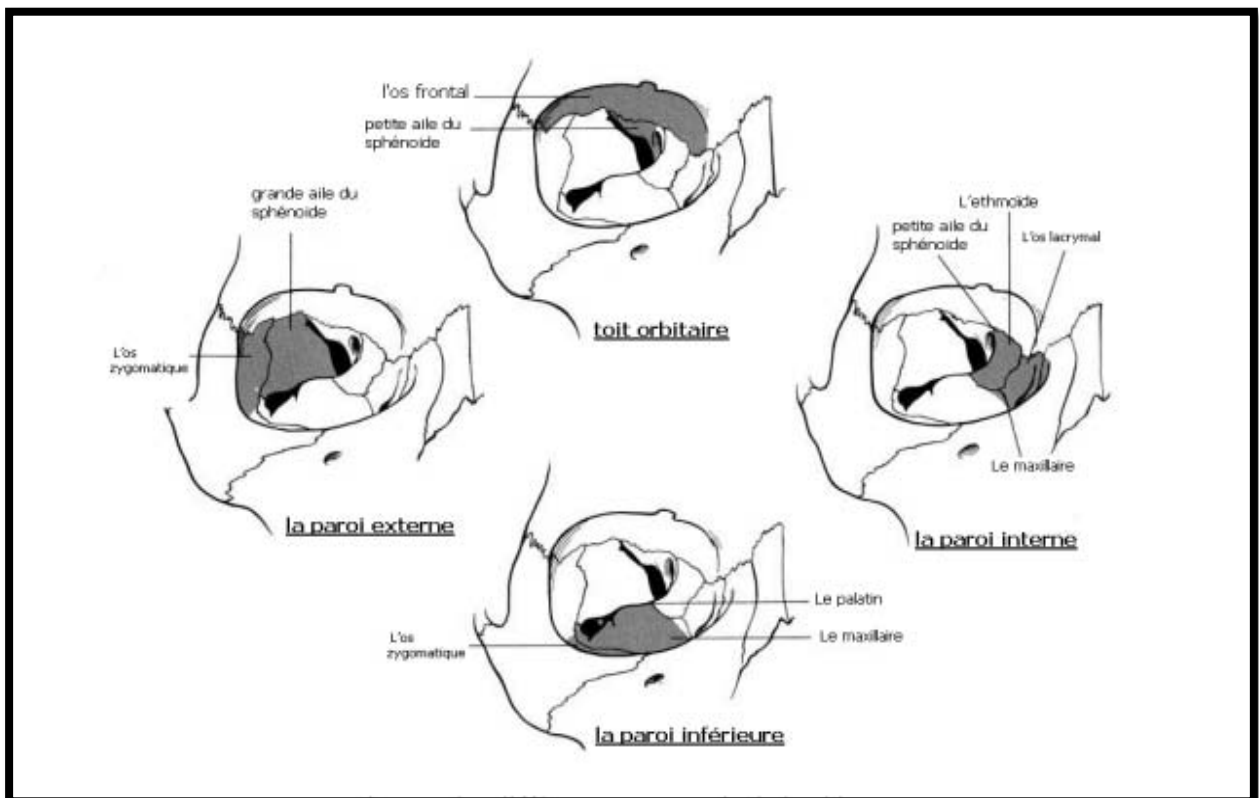
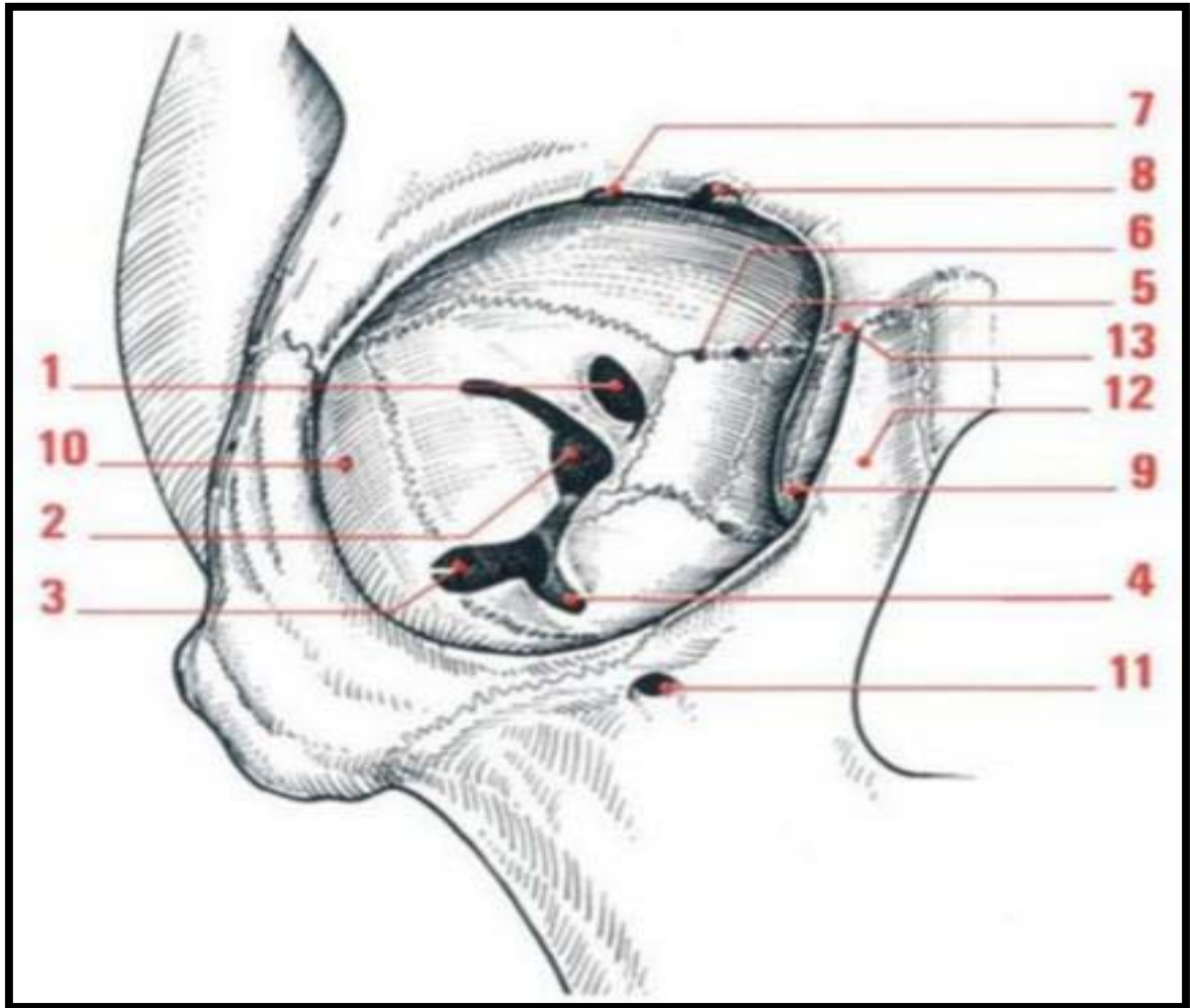


Figure 3 : schéma des différentes parois orbitaires.

2.2 Orifices :



1. Canal optique
2. Fissure orbitaire supérieure ou fente sphénoïdale
3. Fissure orbitaire inférieure ou fente sphénomaxillaire
4. Sillon infraorbitaire
5. Foramen ethmoidal antérieur
6. Foramen ethmoidal postérieur
7. Échancrure supraorbitaire
8. Incisure frontale
9. Orifice supérieur du canal lacrymonasal
10. Foramen zygomatiko-orbitaire
11. Foramen infraorbitaire
12. Crête lacrymale antérieure
13. Crête lacrymale postérieure

Figure 4 : schéma des différents orifices orbitaires.

Plusieurs orifices perforent l'orbite :

❖ **Canal optique :**

Le canal optique est traversé par le nerf optique et l'artère ophtalmique. Le nerf optique est oblique en bas et en dehors si bien que son axe réalise avec le plan orbito-méatal un angle de 35° et avec le plan sagittal, un angle de + 35°.

❖ **Fente sphénoïdale (fissure orbitaire supérieure) :**

C'est là que passent :

Tous les nerfs moteurs de l'œil :

- ✓ Le III (nerf moteur oculaire commun), qui donne la motricité à tous les Muscles de l'orbite, sauf au droit latéral et au grand oblique.
- ✓ Le IV (nerf pathétique) innerve le muscle grand oblique.
- ✓ Le VI (nerf moteur oculaire externe) innerve le droit latéral.

Les nerfs sensitifs :

- ✓ Nerfs lacrymal, frontal et nasal, branches du rameau superficiel du trijumeau (V), qui véhiculent la sensibilité de la partie supérieure de la face;
- ✓ La racine sympathique du ganglion ophtalmique ;

Des vaisseaux :

- ✓ La veine ophtalmique supérieure ;
- ✓ L'artère récurrente méningée.

❖ **Fente sphéno-maxillaire (fissure orbitaire inférieure) :**

Elle est traversée par des veines anastomosant les systèmes veineux ophtalmique et jugulaire externe ; et des artères, branches du système carotidien externe à destinée orbite.

2.3 RAPPORTS DE L'ORBITE OSSEUSE :

✓ **Rapports externes :**

- La paroi supérieure est en rapport avec la fosse cérébrale antérieure et le sinus frontal.
- La paroi latérale répond en avant à la fosse temporale et en arrière à l'étage moyen de la base du crâne.
- La paroi inférieure répond au sinus maxillaire en avant et à la fosse ptérygopalatine en arrière.
- La paroi médiale est en rapport avec les cavités sinusiennes, l'éthmoïde en avant et le sphénoïde en arrière.

✓ **Rapports internes :**

Ils sont représentés par le contenu orbitaire : le globe oculaire, les muscles oculomoteurs, le nerf optique et les vaisseaux ophtalmiques.

2.4 CONSEQUENCES CLINIQUES :

L'orbite est une cavité rigide. On comprend donc aisément que la survenue d'un processus expansif orbitaire entraînera une protrusion du globe oculaire par déséquilibre du contenu et contenant orbitaires. Cette exophtalmie sera le premier symptôme essentiel pour le diagnostic.

Les différentes parois orbitaires étant d'inégale épaisseur, le plancher orbitaire et la paroi interne seront les premiers lésés lors des processus pathologiques.

Les rapports de l'orbite avec la cavité crânienne et les sinus expliquent la possible extension des tumeurs orbitaires vers ces structures et vice versa.

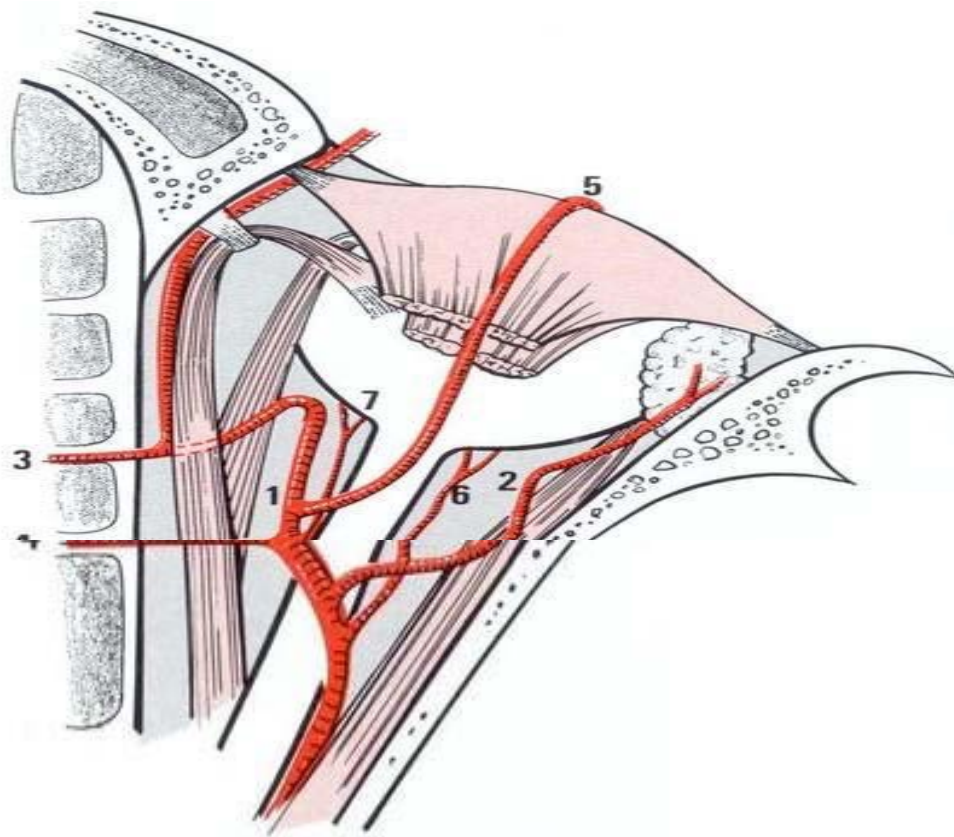
2.5 VASCULARISATION DE L'ORBITE

2.5-1 Vascularisation artério-veineuse :

❖ **Vascularisation artérielle** : Assurée par :

a) **Artère ophtalmique :**

C'est une branche collatérale de l'artère carotide interne. Elle présente trois segments dont le segment intraorbitaire. Ses collatérales sont l'artère centrale de la rétine, les artères du nerf optique, les artères ciliaires postérieures, l'artère lacrymale, l'artère supraorbitaire, les artères éthmoidales, les artères musculaires, et les artères palpébrales.



- | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| 1. Artère ophtalmique | 2. Artère lacrymale |
| 3. Artère éthmoïdale antérieure | 4. Artère éthmoïdale postérieure |
| 5. Artère supraorbitaire | 6. Artère ciliaire longue latérale |
| 7. Artère ciliaire longue médiale | |

FIGURE 5: Artère ophtalmique, (Vue supérieure).

b) Participation carotidienne externe :

Par deux artères :

L'artère infraorbitaire : née de l'artère maxillaire accompagnée du nerf infraorbitaire, elle vascularise la région de l'orifice supérieur du canal lacrymonasal.

L'artère méningolacrymale : née de l'artère méningée moyenne, elle participe à la vascularisation des muscles droits latéraux et supérieurs.

Il existe une anastomose entre ces deux systèmes carotidiens au niveau du muscle orbitaire inférieur et au niveau de la glande lacrymale.

❖ Vascularisation veineuse :

Le retour veineux est assuré par trois veines :

La veine ophtalmique supérieure représentant l'axe veineux principal de l'orbite.

La veine ophtalmique moyenne et la veine ophtalmique inférieure assurant un drainage vers le sinus caverneux.

❖ Vascularisation lymphatique :

Se fait vers les noeuds lymphatiques parotidiens et sous mandibulaires.

III. Données épidémiologiques :

1. Fréquence :

JOUHAUD F. et al. dans leur consultation à l'Institut d'ophtalmologie tropicale d'Afrique (IOTA) à Bamako ont retrouvé 250 tumeurs orbito-palpébrales pour 250 000 nouveaux consultants, soit une fréquence de 0,1%. [9]

Un travail réalisé dans le service d'ophtalmologie d'un hôpital togolais estime la fréquence des tumeurs orbito-palpébrales à 4,82 %. [10]

Dans une étude effectuée en milieu hospitalier dans la province de l'Ouest Cameroun, la pathologie tumorale oculaire représentait 0,67 % de toutes les affections de l'appareil visuel. [11]

En France, une étude épidémiologique portant sur une période de 70 ans de 1925 à 1995 et intéressant 1 705 cas de tumeurs malignes de l'œil et de ses annexes avait mis en évidence 488 cas de tumeurs orbito-palpébrales (soit 28,62%). [12]

2. L'âge :

Dans notre série la majorité des patients avaient un âge avancé, avec 58% de cas ayant plus que 60 ans, ce qui correspond aux résultats de plusieurs études. [13,14,15,16,17,18]

En Islande, une étude colligée du registre national de cancer, rapportant tous les cas du CBC orbito-palpébral observés sur une période de 25 ans, a montré que la fin de la sixième décennie était la plus atteinte. [19]

3. Le sexe :

Le sexe ratio H/F dans notre série est 2, ce qui peut être expliqué par le fait que l'hôpital n'est accessible qu'aux personnels militaires. Certaines études citaient une prédominance **féminine** [14,15,20,21,22,23] d'autres une prédominance masculine [24,25] alors que d'autres ne trouvaient aucune différence.[13]

En Finlande, l'incidence de survenue de tumeurs malignes orbito-palpébrales, varie entre 0.7 et 3.0 pour 100000 hommes/an et entre 0.5 et 2.8 pour 100000 femmes/an [26]

IV. Données cliniques :

1. Delai de consultation :

Dans notre série, l'histoire de la maladie avait duré en moyenne 35 mois pour tous types histologiques confondus. Elle est de 3,66 ans pour le CBC, ce qui est relativement court par rapport à la série de Howard [27] qui rapportait une durée de 9,8 ans. Elle est plus longue en la comparant à celle du carcinome Epidermoïde, qui est de 2 ans contre 1 an pour Howard. [27]

2. Les signes fonctionnels :

Le globe était totalement détruit chez un patient âgé qui présentait un CBC évoluant depuis 4 ans, un autre cas a été publié avait rapporté une destruction du globe par CBC évoluant [28] ce qui montre que le CBC peut être parfois agressif.



Figure 6: Carcinome basocellulaire envahissant l'orbite et le globe oculaire.

81,8% des patients ne ressentait pas de douleur [29], ce qui peut expliquer le retard de consultation. [30,31,32,33,34,35]

Ce qui va avec les résultats de notre série, où la douleur n'a été retrouvée que chez 16,66 % des patients.

L'envahissement orbitaire peut être asymptomatique [27], ou parfois on peut avoir une diplopie, strabisme, limitation des mouvements oculaires, déplacement du globe et épiphora. [27,36]

Flament J. rapporte que 35,7% des cas d'envahissement orbitaire se manifeste par une masse orbitaire. [50]

Ce qui va avec les résultats de notre série, où la masse orbitaire était le signe fonctionnel le plus fréquent, présenté par 56% des cas . 33% des patients ont présenté une limitation des mouvements oculaires et 25% des patients ont présenté une diplopie.

3. Le siège :

La paupière inférieure et le canthus interne sont les sites les plus pourvoyeurs de l'envahissement orbitaire [37], dans le cas de notre étude le canthus interne était le site fréquemment retrouvé (58,33%).

Dans notre série, l'œil gauche est le plus atteint (58,33%). Dans la série de Bonnay [38], on trouve la même constatation, contrairement à Ducasse [39]

Tableau I : Localisation des carcinomes orbito-palpébraux.

Série	OG	OD
Bonay	53,1%	46,9%
Ducasse	49,75%	50,25%
Notre série	58,33%	41,66%

4. L'examen clinique :

4.1 L'interrogatoire :

Doit préciser :

- ✚ L'âge :
- ✚ Le sexe :
- ✚ Les facteurs favorisants :

L'exposition solaire chronique est le facteur de risque le plus important :

Le cumul d'exposition solaire chez les sujets à peau claire augmente énormément la probabilité de développer un cancer orbito-palpébral [40] le sujet à peau pigmenté est plus protégé contre ce risque. [41]

Dans notre série, tous les patients ont rapporté la notion d'exposition solaire.

Le phototype clair :

Le carcinome basocellulaire est une tumeur des individus à peau claire, les sujets mélanodermes étant exceptionnellement atteints.

Lésions précancéreuses :

La kératose actinique est un facteur prédisposant important, en particulier chez les sujets blonds particulièrement sensibles aux ultraviolets. Néanmoins, des basocellulaires peuvent apparaître sur un xéoderma pigmentosum, sur un albinisme, sur des radiodermes ou sur des cicatrices.

Dans notre série, 2 patients porteurs de carcinome basocellulaire ont rapporté la notion de lésions précancéreuses.

L'exposition à l'arsenic, un traitement déprimant l'immunité (greffés cardiaques ou rénaux) peuvent augmenter le risque d'être atteint d'un carcinome basocellulaire.

Dans notre série, aucun de nos patients n'a rapporté la notion d'exposition à l'arsenic ni la prise de médicaments immunodéprimants.

Enfin, une association significative entre le tabagisme et le carcinome basocellulaire a été décrite chez la femme, mais pas chez l'homme. [42]

- **Lieu et nature du travail** : agriculteurs, marins...
- **Durée d'évolution** :

La durée moyenne d'évolution du carcinome basocellulaire au moment du diagnostic varie en moyenne entre 2 et 6 ans. Les durées d'évolution importantes (supérieures à 1 an dans plus de 75 % des cas) s'expliquent par la lenteur d'évolution des carcinomes basocellulaires comparés aux autres tumeurs malignes de la région orbito-palpébrale. [43]

Ce qui va avec les résultats de notre étude : 75% des patients ont rapportés une durée d'évolution supérieure à 1 an.

- **Antécédents personnels et familiaux :**

Les patients qui ont déjà présenté un carcinome basocellulaire ont un risque accru d'en développer un autre.

- **Des photographies antérieures :** du patient sont très utiles pour juger de l'évolution de la pathologie.

4.2 L'examen ophtalmologique :

Méthodique, complet, bilatéral et comparatif

- **Acuité visuelle :** de loin et de près, avec et sans correction.
- **L'examen palpébral :** [44]

Il est en apparence évident dès inspection, mais, outre qu'il doit rester minutieux, bilatéral et comparatif, il doit aussi intégrer la statique et la dynamique. Devant toute tumeur orbito-palpébrale, le praticien va s'attacher à définir au mieux les caractéristiques de la tumeur afin d'avoir une orientation étiologique.

- **Examen de la tumeur :**

L'analyse sémiologique doit permettre de préciser les caractères de la lésion :

***Localisation :**

La paupière inférieure et le canthus interne sont les sites les plus pourvoyeurs de l'envahissement orbitaire [37]

***Taille :**

Varie de quelques millimètres à plusieurs centimètres.

***Limite :**

La tumeur peut être bien ou mal limitée.

***Nombre :**

La tumeur peut être unique, comme on peut avoir de multiples tumeurs.

***La palpation :**

la palpation de la tumeur doit préciser le caractère ferme de la tumeur, le saignement au contact et l'induration péritumorale.

***Extension :**

L'extension aux plans profonds ou aux voies lacrymales doit être recherchée systématiquement.

***Sensibilité :** l'examen doit préciser le caractère douloureux de la tumeur.

***Exophtalmie** associée retrouvée dans 81% des cas d'envahissement orbitaire. [45]

***Signes associés :** Une perte des cils, des malpositions palpébrales et éventuellement une adénopathie pré-tragienne ou sous-maxillaire.

- L'examen de la tumeur se termine par la réalisation d'un schéma avec mensurations et localisation de la tumeur par rapport aux points de repère anatomiques et la prise de clichés photographiques.

4.3 Examen loco-régional :

- **extension orbitaire +++:** L'envahissement orbitaire peut être asymptomatique [37], comme on peut avoir un tableau clinique d'une tumeur orbitaire associant à des degrés divers, un déplacement du globe oculaire, des troubles oculomoteurs avec habituellement une diplopie, des signes inflammatoires, des douleurs, une

exophtalmie et une épiphora[45,46]. Dans 35,7% des cas, il se manifeste par une masse orbitaire.[37]

Classiquement, la partie externe des paupières est drainée vers les ganglions pré-auriculaires, et la partie interne vers les ganglions sous-mandibulaires.

L'examen des aires ganglionnaires n'avait trouvé aucune adénopathie, surtout pré-tragienne et sub-mandibulaire ce qui est le cas aussi pour notre série. Le carcinome basocellulaire donne rarement des métastases ganglionnaires.[47]

La prise en charge des cancers palpébraux se fait souvent avant l'envahissement orbitaire des structures avoisinantes. Howard A rapporté 11 cas sur 440 patients, soit 2.5% [37]. Pour Wong sur 619 cas , 1.6 % avaient un envahissement orbitaire. [40]

L'incidence de l'envahissement orbitaire est supérieure chez l'homme que chez la femme. [37]

Tous nos patients avaient leur diagnostic histologique à l'admission. Le carcinome basocellulaire présentait 66,66% des cas.

L'envahissement orbitaire survient, selon SAVAGE RC : [48]

Chez les sujets âgés ayant une tumeur de grande taille.

- ❖ En cas de sous-type agressif.
 - ❖ En cas de traitement initial inadéquat.
 - ❖ Ou en cas de retard de traitement.
- **Une extension osseuse**, essentiellement pour les tumeurs du canthus interne au niveau de l'éthmoïde,
 - **Des adénopathies** au niveau des aires ganglionnaires pré-tragiennes et sous-mandibulaires. Il est nécessaire de faire le diagnostic différentiel entre une adénopathie

d'origine tumorale et une adénopathie infectieuse palpée lors d'une sur-infection de la tumeur (ex: carcinome basocellulaire surinfecté).

5. Examen général :

Un examen ORL et neurologique s'avère nécessaire à la recherche d'une propagation de la tumeur et ainsi orienter les examens complémentaires qui sont plus performants.

L'examen général recherche une carcinomatose viscérale multiple d'une tumeur primitive ou de localisations secondaires : auscultation pulmonaire, palpation des seins, recherche d'une hépatomégalie.

L'examen clinique doit être complété par un examen cardio-vasculaire, ainsi qu'un examen somatique complet, vu que le carcinome basocellulaire est une tumeur du sujet âgé.

V. Etude paraclinique :

1. Les outils de l'étude histo-pathologique :

1.1 La biopsie diagnostique :

La biopsie permet dans un premier temps de préciser la nature de la lésion et d'adapter la stratégie thérapeutique en fonction des résultats.

Onze les patients de notre série ont bénéficié d'une biopsie préalable au traitement chirurgical.

Dans notre série, la biopsie diagnostique a montré la prédominance du carcinome basocellulaire chez 8 patients (soit 66,66% des cas), suivis par le carcinome épidermoïde rencontrés chez 2 cas (soit 16,66% des cas), 1 seul cas de carcinome adénoïde à point de départ lacrymal (soit 8,33%), et un cas d'hémangiome caverneux (soit 8,33%).

Le carcinome basocellulaire est de loin la plus fréquente des tumeurs malignes de la région orbito-palpébrale. La fréquence atteint 90 à 95 % des tumeurs malignes des paupières et 20% de toutes les tumeurs palpébrales. La fréquence relative entre basocellulaire et épidermoïde est de 40/1. [49]

- le carcinome basocellulaire est la tumeur maligne palpébrale la plus fréquente dans les pays du Maghre [50,51]. Il représente 67 à 89% des néoplasmes orbito-palpébraux. [50,51]
- Notre série va avec les résultats maghrébins, le CBC est le plus fréquent et représente 66,66% des cas.
- Cette tumeur est rare en milieu noir africain [52]. Le carcinome basocellulaire ne représente que le 1/10ème des carcinomes orbito-palpébraux chez l'Africain [52], du fait qu'il est protégé par une forte pigmentation mélanique. [53]

En Europe :

En France, une étude épidémiologique portant sur une période de 70 ans de 1925 à 1995 et intéressant 1705 cas de tumeurs malignes de l'œil et de ses annexes avait mis en évidence 488 cas de tumeurs orbito-palpébrales (soit 28,62%) [54].

Une étude polonaise de 303 cas de CBC avait montré que la localisation orbito-palpébrale occupait la seconde place avec 16,6% de l'ensemble des patients. [55]

L'Australie :

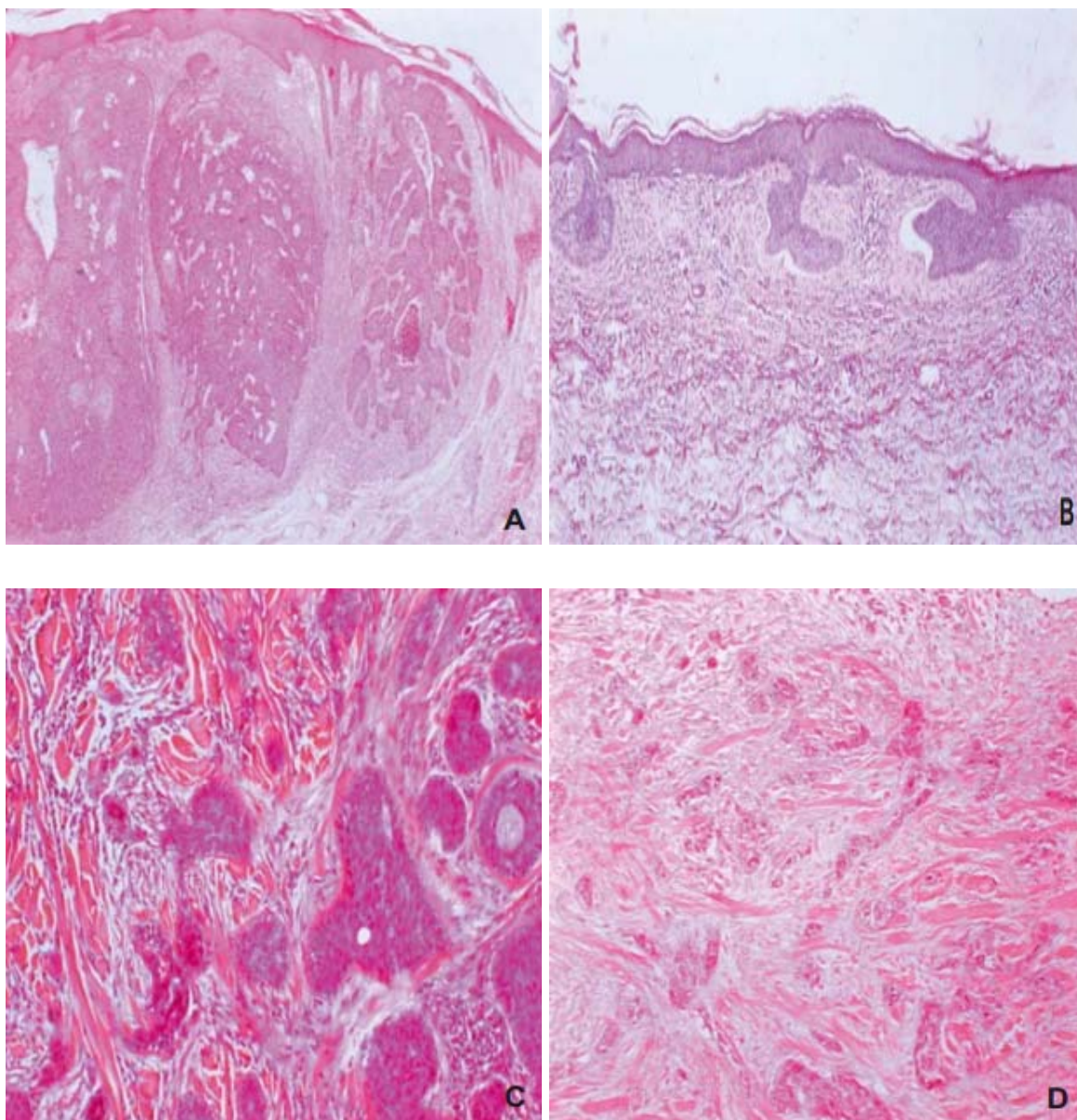
Le CBC Là aussi présente la tumeur maligne orbito-palpébrale la plus importante avec 89.7%, les autres types histologiques ne dépassent pas les 10% de l'ensemble des cas. [56]

1.2 Types histologiques :

1.2-1 Carcinome basocellulaire : [57]

Les carcinomes basocellulaires sont constitués d'une prolifération de cellules basaloïdes naissant de l'épiderme ou des follicules pileux. Ces éléments ont un noyau ovalaire, un cytoplasme peu abondant. Ils sont relativement réguliers. Les atypies sont peu nombreuses. Ces cellules forment des cordons ou travées avec en périphérie un aspect palissadique des noyaux. Il existe fréquemment des artefacts de rétraction autour des plages tumorales. Le stroma est souvent riche en mucines et élastosique. Histologiquement, on distingue quatre formes de carcinomes basocellulaires :

- Carcinome basocellulaire nodulaire.
- Carcinome basocellulaire infiltrant.
- Carcinome basocellulaire sclérodermiforme.
- Carcinome basocellulaire superficiel.



A. Carcinome basocellulaire (CBC) nodulaire.

B. CBC superficiel.

C. CBC infiltrant.

D. CBC sclérodermique.

Figure 7 : Aspect histologique du carcinome basocellulaire. [57]

1.2-2 Le carcinome épidermoïde : [58]

Le carcinome épidermoïde se définit histologiquement comme une prolifération de cellules de grande taille organisées en lobules ou en travées plus ou moins anastomosées, souvent mal limitées, de disposition anarchique. Une différenciation kératinisante sous forme de globes cornés est fréquente. Il existe de nombreuses mitoses et des atypies cytonucléaires. La tumeur envahit plus ou moins profondément le derme, voire l'hypoderme au sein d'un stroma inflammatoire. Une invasion périnerveuse est à rechercher dans les tumeurs évoluées.

La principale caractéristique histologique est l'effraction de la membrane basale. Selon le degré d'infiltration du derme et de franchissement de la membrane basale, on parle de carcinome in situ , de carcinome micro-invasif ou de carcinome invasif.

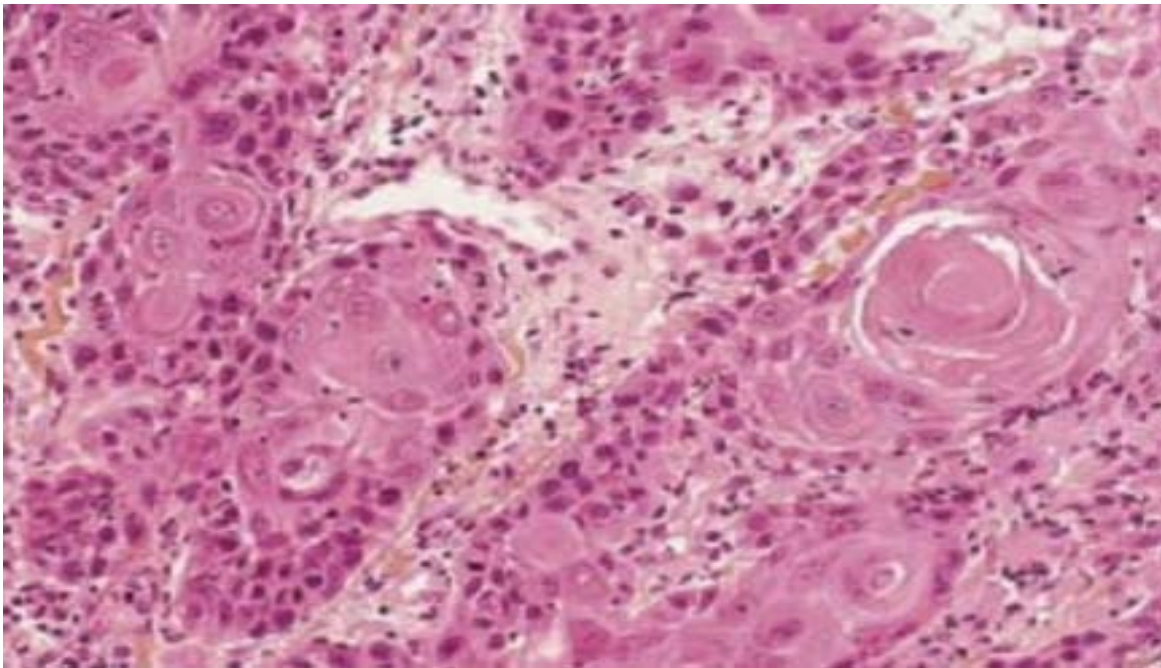


Figure 8: Aspect histopathologique d'un carcinome spinocellulaire. [58]

1.2-3 L'hémangiome caverneux :

La structure microscopique est caractérisée par de grands espaces vasculaires, bordés par des cellules endothéliales aplaties et contenant des hématies, [59,60,61] avec parfois présence de fibrine en rapport avec une hémorragie ancienne dans la tumeur. [62]

Des cloisons fibreuses plus ou moins épaisses dont certaines contiennent des fibres musculaires lisses délimitent ces lacs caverneux d'où le nom de cavernome. [59,60,61]

Dans ce vaste lacis à circulation ralentie, peuvent apparaître des thromboses, associées parfois à des calcifications ou phlébolithes. [63,64,65]

Dans notre série, un seul cas d'hémangiome caverneux à été rapporté.



Figure 9 : Aspect macroscopique d'un hémangiome caverneux.[59]



Figure 10: aspect histopathologique d'un hémangiome caverneux [59]

1.2-4 L'hémangiome capillaire :

L'hémangiome capillaire est une tumeur sans capsule qui pousse des prolongements dans toutes les directions de l'orbite et tend à coloniser le tissu cellulo-adipeux. [66]

Il est constitué d'unités vasculaires dont l'architecture est celle d'un capillaire. Ces unités sont composées d'une prolifération de cellules endothéliales provenant d'éléments mésenchymateux primitifs, entourés de péricytes et formant de petits espaces vasculaires avec une membrane basale commune. L'ensemble de l'hémangiome capillaire est subdivisé en lobules, par des septas conjonctifs contenant des cellules mésenchymateuses (fibroblastes et macrophages), supportant la vascularisation artérielle et veineuse de l'hémangiome. Il existe une croissance anormale des vaisseaux immatures avec différents degrés de prolifération endothéliale. [67,68]

Dans notre étude, l'anatomopathologie n'a montré aucun cas d'hémangiome capillaire.

1.2-5 Carcinome adénoïde kystique :

❖ **Macroscopiquement :**

La tumeur paraît bien limitée mais elle n'est pas encapsulée.

❖ **Histologiquement :**

Il s'agit d'une prolifération cellulaire épithéliale dont les caractères microscopiques sont semblables à ceux des cellules épithéliales des tumeurs mixtes.

Ces cellules constituent des travées et des plages qui sont fréquemment creusées de cavités, leur donnant un aspect cribiforme, certaines de ces cavités peuvent subir une dilatation pseudo-kystique.

Ces cavités correspondent à la pénétration de formations cellulaires tumorales par des travées tissulaires conjonctives, qui représentent le stroma tumoral, et qui sont caractérisées par leur densité et par leur forte teneur en muco-polysaccharides qui sont colorées électivement par l'acide périodique de Schiff (PAS) [69] Ces bourgeons conjonctifs, qui pénètrent les travées cellulaires épithéliales, peuvent être de petite taille et avoir un aspect ovoïde, ou volumineux entourés seulement par une ou deux rangées cellulaires épithéliales.

La propagation tumorale, bien lente, présente un caractère très infiltrant et invasif [70] [71] par embolisation dans la lumière des vaisseaux sanguins et lymphatiques ainsi que dans la périnèvre des filets nerveux.

Cette infiltration [72] est responsable du caractère très douloureux de ces tumeurs.

Cette agressivité tissulaire, malgré un aspect macroscopique de tumeur bien limitée pouvant simuler parfois un adénome pléomorphe, distingue cette tumeur des autres carcinomes. [72]

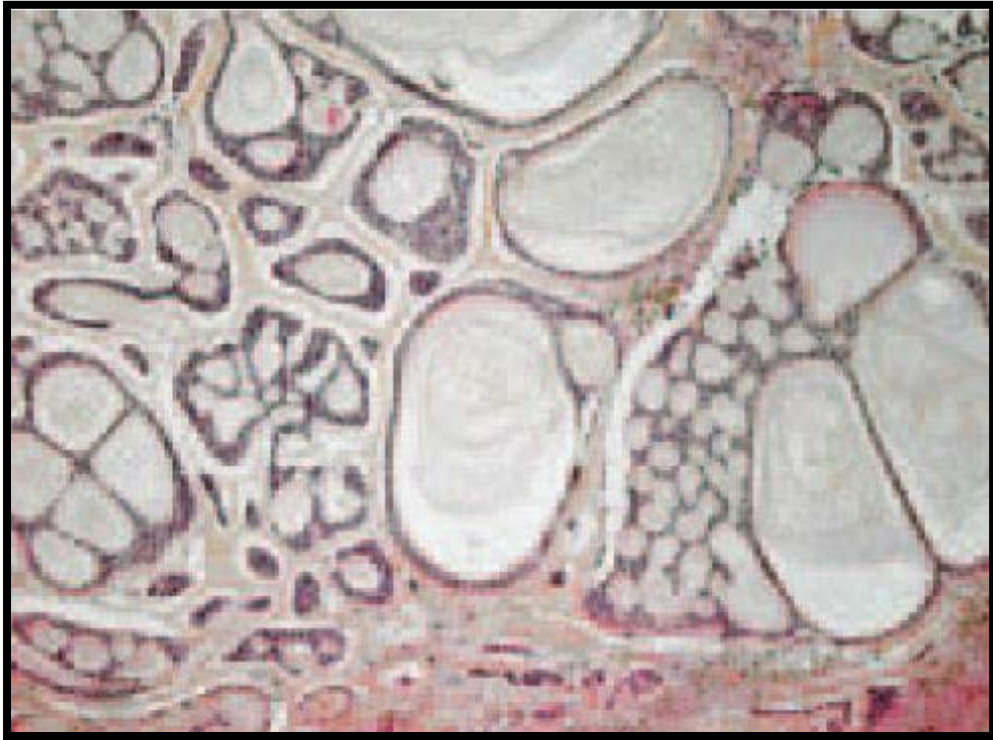


Figure 11: Cylindrome au fort grossissement (coloration PAS, grossissement X 20)

2. Les moyens radiologiques : [73]

L'envahissement de l'orbite d'une tumeur palpébrale est suspecté grâce aux anomalies cliniques mais au mieux exploré par des techniques d'imagerie devenues extrêmement performantes et beaucoup plus accessibles depuis ces dernières années.

L'échographie et l'échodoppler couleur, le scanner et l'IRM sont les trois techniques modernes, directes, le plus souvent utilisées.

En dehors de ces trois grandes méthodes d'imagerie, les radiographies standards, les tomographies, l'artériographie orbitaire ont rarement d'indication dans notre cas.

L'imagerie par TDM et IRM reste la meilleure en matière d'exploration de la propagation orbitaire de tumeurs palpébrales en montrant le siège et précisant les limites postérieures de

cette extension et ainsi guider la résection chirurgicale. C'est aussi le cas lors de récurrence tumorale.

Tous nos patients avaient bénéficié d'une TDM maxillo-faciale alors que l'IRM n'a été réalisée que chez deux patients.

L'atteinte musculaire a été détectée par la TDM chez sept patients, ce qui expliquait les troubles d'oculomotricité. L'envahissement de la graisse extra-conique a été détecté chez trois patients.

❖ **Echographie :**

Examen anodin, rapide, facile, non invasif et ne nécessitant qu'une anesthésie oculaire de contact, elle doit systématiquement compléter l'observation clinique. Elle exige cependant, pour un maximum de rendement, beaucoup d'expérience pratique et une grande habitude d'interprétation.

➤ **Orbite normale (intact) :**

La structure très hétérogène du contenu orbitaire le rend particulièrement échogène, notamment le tissu adipeux.

➤ **Orbite atteinte :**

L'échographie permet d'y reconnaître des structures anatomiques modifiées et des structures anormales comme les tumeurs, dont le caractère échographique commun est d'être moins échogène que le tissu orbitaire normal (parce que plus homogène). Leur image est en conséquence toujours celle d'une lacune.

❖ Radiographies standards :

Malgré son accessibilité ubiquitaire et immédiate, la radiographie standard n'apporte pas de renseignements très précis et n'a presque plus d'intérêt en cas d'envahissement orbitaire, surtout que dans ce cas, le recours à la scanographie est de toute façon nécessaire.

❖ Scanographie : TDM

Le scanner est un progrès très important dans l'exploration radiologique de l'orbite, en raison de son caractère non invasif et de la possibilité d'évaluation sélective des parties molles du contenu orbitaire. Il reste le meilleur moyen pour visualiser une atteinte osseuse[74] qui constitue un facteur important dans l'évaluation préopératoire de l'envahissement orbitaires des carcinomes palpébraux[75], mais il peut parfois en passer à côté, comme nous le rapporte une étude rétrospective menée par Glover[75] évaluant la fiabilité de la TDM dans la recherche d'envahissement osseux orbitaire en comparant ses résultats préopératoires avec les découvertes cliniques et histo-pathologiques postopératoire. Cette étude avait montré que la TDM était positive dans 43 % des cas.

L'IRM par contre est plus performante dans la visualisation des remaniements des tissus mous. [74]

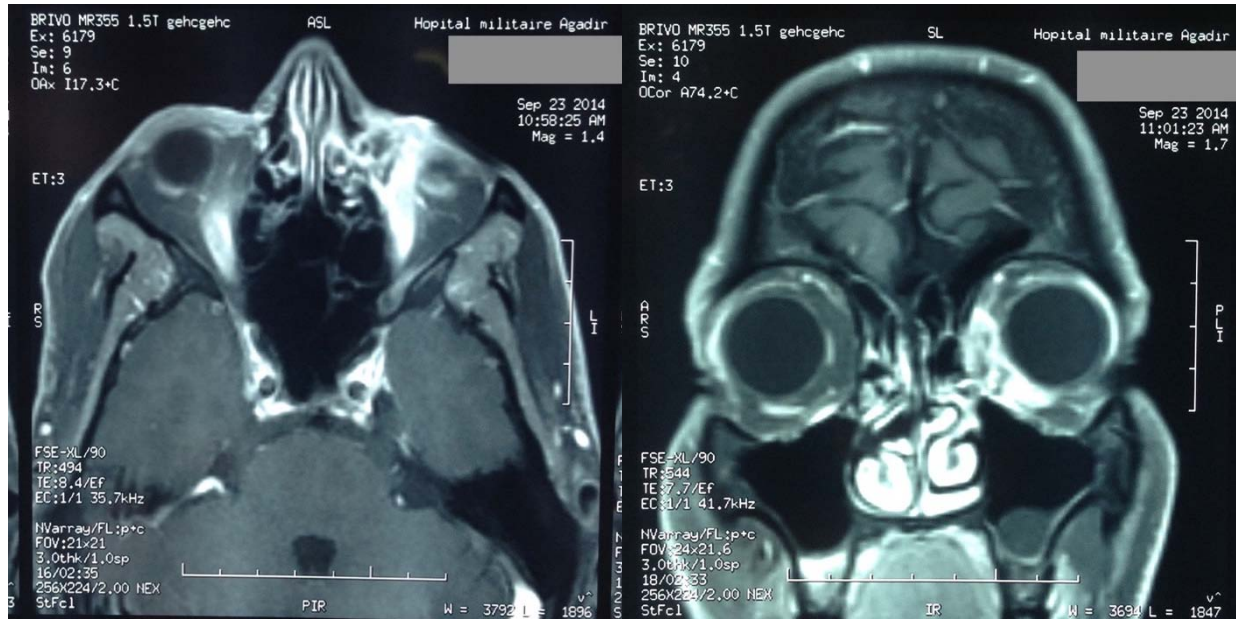


Figure 12: Aspect tomodensitométrique d'un Carcinome épidermoïde du canthus interne gauche avec extension intra-orbitaire .

❖ **Imagerie par résonance magnétique : IRM**

Pour l'étude de l'orbite, la résonance magnétique apparaît actuellement globalement meilleure que l'échographie mais inférieure à la scanographie, sauf pour la caractérisation tissulaire où l'échographie est la plus performante.

Les principaux avantages de la résonance magnétique sont l'absence de radiation ionisante, la possibilité de réaliser des coupes dans les trois plans de l'espace (axial, coronal, sagittal) sans mobiliser le patient, et l'absence d'effets indésirables. Il existe cependant des impératifs techniques : longue durée de l'examen, nécessité d'une antenne « de surface » adaptée à l'orbite, épaisseur de coupe relativement importante d'où des effets de volume partiel.

L'intérêt actuel de la résonance magnétique est l'analyse morphologique des processus tumoraux et leur bilan d'extension précis dans les trois plans de l'espace.

Tumeurs orbito-palpébrales

Dans notre série, 2 patients ont bénéficié d'une exploration par résonance magnétique :

La première patiente présentait un angiome orbitaire endo-septal, avec prolongement endo-septal.

Alors que la 2^{ème} a objectivée une récurrence du carcinome du canthus interne, envahissant le muscle orbitaire interne.

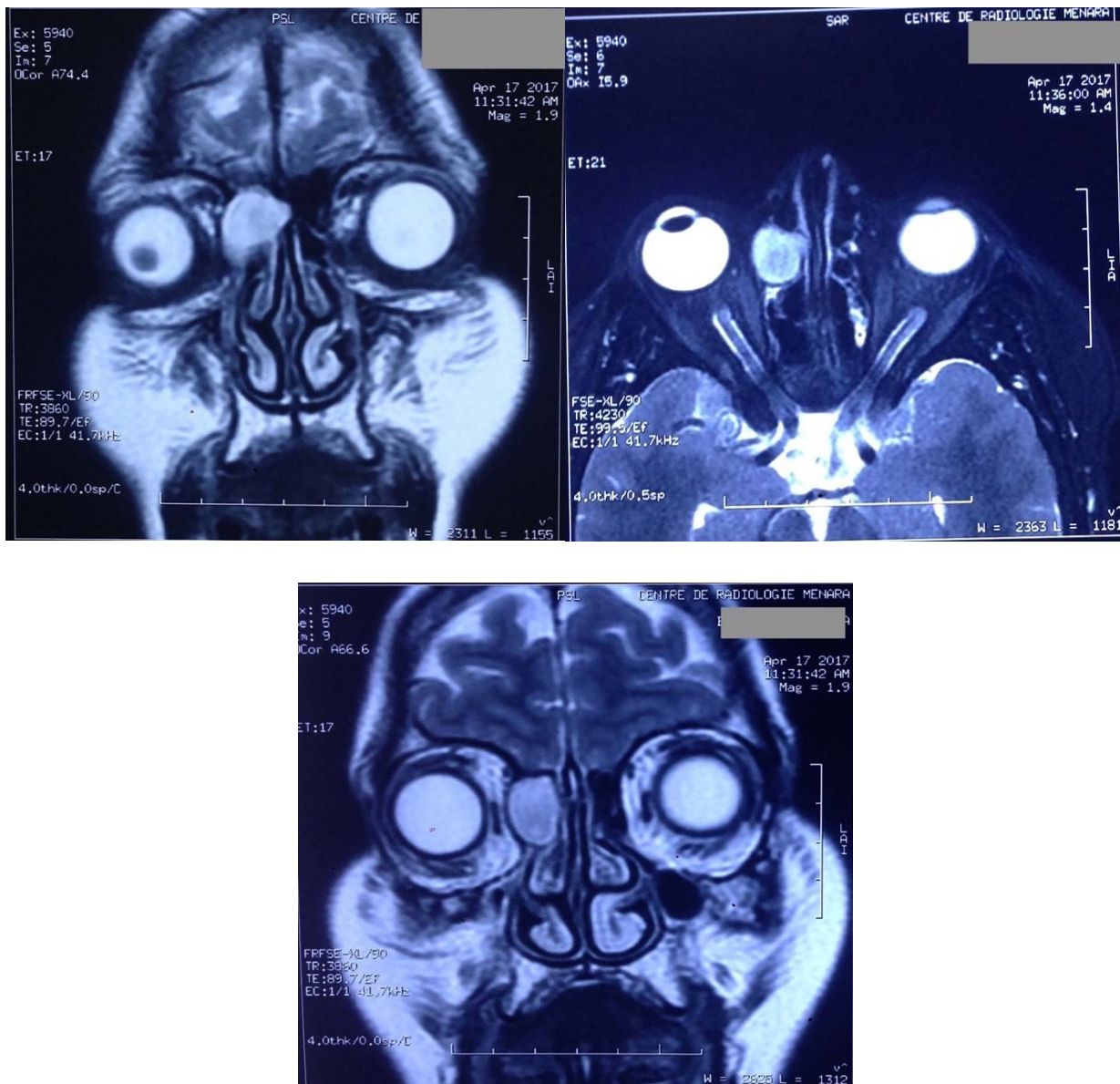


Figure 13: Aspect IRM d'un Mucocèle orbito-palpébral.

VI. Traitement :

Si le diagnostic est désormais porté de façon plus sûre par l'anatomopathologie, le traitement reste quelquefois délicat, nécessitant une collaboration étroite entre les chirurgiens maxillo-faciaux, les neurochirurgiens, les ophtalmologistes et les oncologues.

Les objectifs du traitement sont :

- ✚ Guérir le patient.
- ✚ Préserver la fonction de l'œil (si traitement conservateur).
- ✚ Obtenir un résultat esthétique satisfaisant.

Nous verrons successivement le traitement chirurgical, la radiothérapie et la chimiothérapie.

1. Chirurgie :

✓ **Anesthésie [76]**

La grande majorité des opérations chirurgicales orbitaires chez les adultes et toutes les interventions chez les enfants sont réalisées sous anesthésie générale, ce qui a été le cas chez les patients de notre série. Par ailleurs, quelques explorations antérieures de l'orbite ainsi que certaines biopsies chez l'adulte peuvent être réalisées sous anesthésie locale. L'administration d'anesthésiants locaux contenant de l'épinephrine 15 à 20 minutes dans les tissus mous avant l'incision contribue à la vasoconstriction et à la diminution du saignement particulièrement dans le tissu sous-cutané. Dans le site d'injection, 1% de lidocaïne avec de l'épinephrine est généralement injectée en sous-cutané. Si l'injection est réalisée avant l'induction de l'anesthésie générale, 1% de Lidocaïne doit être utilisée car c'est l'agent le moins douloureux.

✓ **Champ chirurgical : [76]**

Le placement de la tête du patient, la lumière ainsi que le placement du chirurgien et ses assistants sont des éléments importants pour le succès de la chirurgie orbitaire. La meilleure position est la position Tredlenbourg qui réduit le flux artériel ainsi que la stase veineuse au niveau de l'orbite. La tête doit être positionnée en fonction du type d'orbitotomie à réaliser. La stérilisation concerne l'orbite en cause, par contre, si on envisage une reconstruction, l'autre orbite et les autres sites doivent être préparés et couverts avec des champs stériles.

✓ **La chirurgie orbitaire à visée diagnostique :**

Avant l'avènement de la TDM, il était souvent nécessaire de pratiquer des orbitotomies exploratrices pour localiser et diagnostiquer des lésions tumorales orbitaires.

De nos jours, l'approche biopsique est plus précise et la chirurgie est moins risquée. Il existe différents types de biopsies.

a. **Biopsie : [77]**

Elle consiste en une excision partielle de la masse tumorale pour étude anatomopathologique fiable et définitive avant de débiter un traitement adapté. Ce type de biopsie offre une partie adéquate du tissu pour visualisation directe. Cette technique d'orbitotomie exploratrice est également utilisée pour ôter partiellement une tumeur. Elle permet de lever une compression du nerf optique ou de diminuer une exophtalmie.

Le chirurgien doit être sûr que le matériel biopsié est représentatif et non écrasé. Du tissu non fixé doit être sauvegardé pour cytométrie de flux, étude moléculaire et certains types de préparations immuno-histochimiques.

b. Biopsie-exérèse : [77]

Elle permet d'avoir un diagnostic anatomopathologique en enlevant totalement la masse tumorale. Ce type de biopsie permet d'avoir un large prélèvement. Elle est surtout employée pour les tumeurs encapsulées de petite taille (hémangiome caverneux), confirmées par la TDM ou l'IRM.

c. Biopsie percutanée au trocard : [77]

La procédure consiste à injecter de la lidocaïne 1% et de l'épinephrine en sous-cutané et dans l'orbite dans la région tumorale 15 à 20 minutes avant la biopsie. Celle-ci est réalisée avec différents instruments consistant en une aiguille et un stylet. L'aiguille est introduite dans l'orbite. Quand la tumeur est atteinte, l'aiguille est poussée à l'intérieur de celle-ci en réalisant un mouvement de rotation. Le stylet est alors enlevé et l'aiguille est enfoncée 0,5 à 1 cm en fonction de la taille de la tumeur. Le pouce est alors placé dans le centre de l'aiguille qui est ensuite extraite par un mouvement latéral, ce qui permet l'extraction du tissu. Son avantage par rapport à la biopsie-incision est la possibilité d'être réalisée sous anesthésie locale sans avoir à faire une exposition chirurgicale et la réalisation sous guidage échographique ou scanographique. Cependant, la possibilité de tomber sur du tissu fibrotique ou nécrotique n'est pas négligeable.

d. Biopsie per-opératoire (examen extemporané) :

Il s'agit d'une technique qui permet au chirurgien de prendre des décisions qui peuvent changer l'attitude thérapeutique durant l'intervention chirurgicale [78]. Elle est utilisée pour deux principales raisons. La première est pour donner un diagnostic anatomopathologique de la tumeur, la seconde pour déterminer ses marges d'exérèse. [79,80] D'autres applications de cette technique est son utilisation pour différencier une lésion inflammatoire d'une tumeur et pour réaliser des études sous microscopie électronique, d'immunohistochimie et des études génétiques moléculaires. [81]

Le chirurgien, après avoir réalisé la biopsie, doit orienter la pièce chirurgicale avant de l'envoyer en anatomopathologie en général sans fixation. La direction des marges d'exérèse doit être notée afin d'aider l'anatomopathologiste à réaliser ses pièces d'échantillonnage.

Le chirurgien et l'anatomopathologiste doivent être conscients que la tumeur biopsiée contient plusieurs artefacts et des distorsions cellulaires dûes aux sections en comparaison avec les autres types de biopsie. Cependant, celle-ci fournit un diagnostic anatomopathologique positif dans 95% des cas malgré les limites de la technique. [79][82]

✓ **La chirurgie orbitaire à visée thérapeutique :**

L'exérèse chirurgicale d'une lésion endo-orbitaire implique pour le chirurgien, soit d'utiliser l'orifice antérieur de l'orbite en étant alors gêné par le globe oculaire et l'accessibilité aux lésions profondes, soit d'ouvrir l'orbite osseuse.

Les voies d'abord chirurgicales

✚ **La voie transconjonctivale :**

Meilleure pour les tumeurs dont les limites antérieures sont en contact avec l'oeil [83], cette voie d'abord n'est utilisable que pour les lésions localisées en avant de l'équateur du globe (métastases ou lymphomes très antérieurs). Le résultat esthétique post-opératoire est en général satisfaisant.

✚ **La voie transcutanée : [76]**

Si de nombreuses variantes existent, elles découlent toutes des trois abords principaux : supérieur, inférieur et médial.

L'incision cutanée peut être pratiquée au niveau du cadre osseux suivant le rebord orbitaire inférieur ou dans un pli palpébral supérieur ou inférieur suivant les lignes de tension (RSTL) [84]. Elle est toujours latéralisée vers le quadrant où se développe la lésion. La dissection

du périoste ainsi que l'hémostase doivent être soigneusement réalisées. La périorbite est ensuite incisée et la lésion peut alors être enlevée ou simplement biopsiée. L'incision en S est particulièrement intéressante pour accéder à l'espace orbitaire supérieur et latéral.



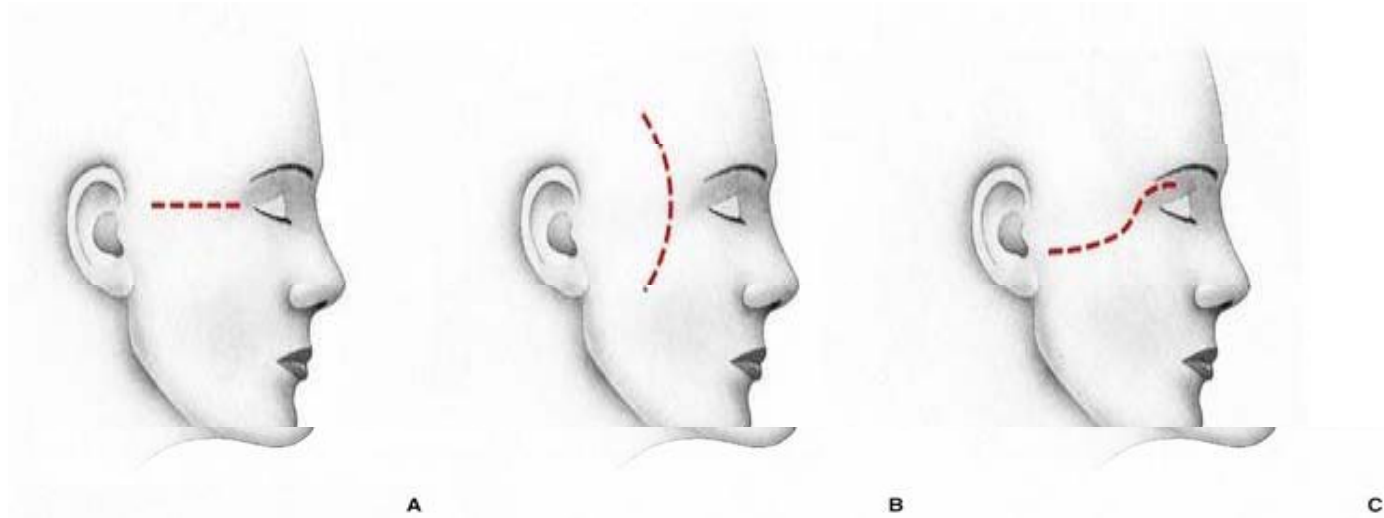
Figure 14: Ablation d'un hémangiome orbito-palpébral par voie sous ciliaire.

✚ Les ostéotomies : [76]

Malgré que la plupart des lésions soient traitées chirurgicalement par voie cutanée et transconjonctivale, l'ostéotomie permet une bonne exposition chirurgicale. Dans la chirurgie orbitaire, l'os est enlevé pour deux raisons. La première étant d'assurer une exposition chirurgicale et la deuxième de contrôler un processus néoplasique.

Le site de l'orbitotomie est dicté par la localisation tumorale. Une collaboration entre spécialistes chirurgiens maxillo-faciaux, neurochirurgiens, ophtalmologistes, ORL est

indispensable pour réaliser certains abords. L'extension tumorale à l'endocrâne impose un abord neurochirurgical supérieur ou latéral associé ou non à un abord antérieur ou latéral. L'extension à la sphère ORL impose une voie médiale avec éventuelle ethmoïdectomie.



- A. Berke.
- B. Krönlein.
- C. En S : type Wright, Stallard.

Figure 15: Les incisions cutanées d'orbitotomie latérale.

✚ L'exentération orbitaire : +++

L'exentération reste le moyen le plus utilisé par la plupart des équipes en matière d'envahissement tumorale orbitaire. En fonction du type histologique, du siège et de l'extension tumorale, l'exérèse doit être aussi carcinologique que possible, emportant tous les tissus atteints : os, muscles, voies lacrymales... il faut pratiquer au maximum une exentération, associée à un curage ganglionnaire s'il y'a présence d'adénopathie.

Tumeurs orbito-palpébrales

En cas de tumeurs diffuses, l'exérèse maximale, diminuant le tissu tumoral restant, facilite l'action de la radiothérapie ou de la chimiothérapie complémentaires.

On décrit 3 types d'exentération :

- ✓ La plus classique est l'exentération totale qui consiste à enlever tout le contenu orbitaire jusqu'au périoste et les paupières.
- ✓ L'exentération subtotale préserve les paupières et une partie de la conjonctive.
- ✓ L'exentération élargie ajoute, à l'exentération totale, l'exérèse des structures avoisinantes ; parois orbitaires, cavités nasales telles que l'éthmoïde ou le maxillaire supérieur.

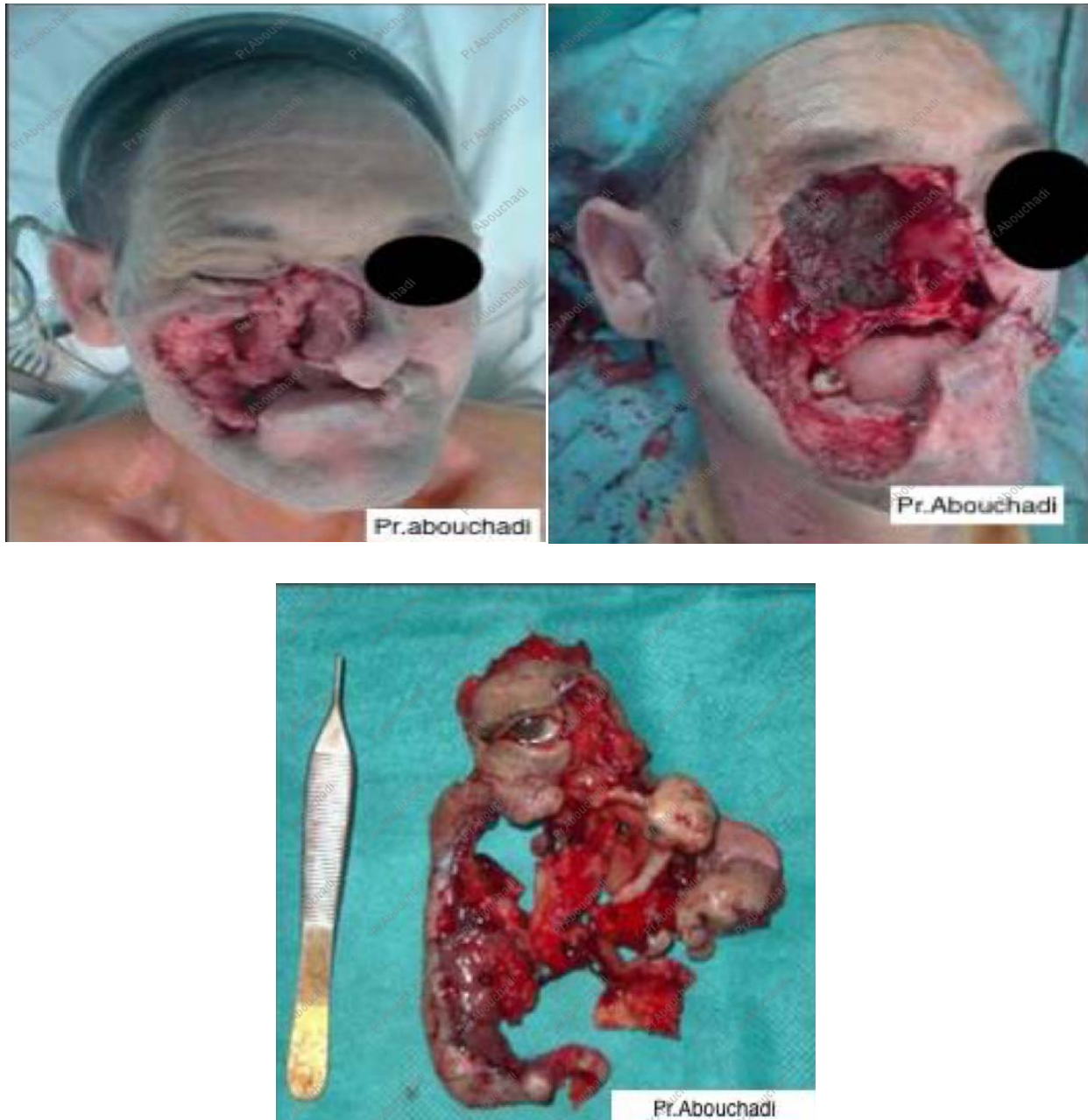


Figure 16: Carcinome baso-cellulaire étendu de la face traité par exentération.

Les indications

Lorsqu'il apparaît nécessaire d'effectuer l'exérèse chirurgicale d'une tumeur orbito-palpébrale, le choix de la voie d'abord chirurgicale est discuté soigneusement selon de nombreux critères :

✚ Critères cliniques :

L'âge, l'état général du patient, son acuité visuelle et l'existence ou non de troubles oculomoteurs.

✚ Critères topographiques :

Ceux-ci sont maintenant parfaitement appréciés par les examens radiologiques modernes (scanner et IRM). La localisation de la tumeur dans l'orbite, sa position par rapport au nerf optique, son éventuelle extension aux structures de voisinage, influent énormément sur le choix de la voie d'abord.

✚ Critères anatomopathologiques :

Lorsqu'ils sont connus avant l'intervention, ils n'influencent pas réellement sur le choix de la voie d'abord. À eux seuls, ils peuvent cependant représenter une contre-indication opératoire et faire réaliser un traitement par radiothérapie ou chimiothérapie.

✚ La voie transconjonctivale :

Elle est indiquée pour des tumeurs très antérieures situées en avant de l'équateur du globe.

✚ Les voies antérieures transcutanées :

Leurs indications précises sont assez difficiles à apprécier. Elles permettent un excellent accès aux 2/3 antérieurs de l'orbite. La possibilité de faire varier le site de l'abord en fonction de celui de la lésion permettrait de l'adapter aussi bien aux tumeurs situées sous ou au dessus

du nerf optique. La voie inféronasale est plus particulièrement adaptée à la chirurgie des lésions du sac lacrymal. [86]

✚ La voie latérale de Krönlein :

Cette voie permet un bon accès aux 2/3 antérieurs de l'orbite. [85][86]

✚ L'exentération orbitaire :

L'exentération orbitaire est le traitement de choix pour la quasi-totalité des tumeurs malignes étendues à l'orbite comme était rapporté dans la littérature [87,88,89,90,91,92,93,94,95,96] sauf dans les cas du lymphome ou l'association radio-chimiothérapie donne les meilleurs résultats.[97,98]

Dans notre série 11 cas ont bénéficié d'une exentération (après leur accord signé) vu que pour 1 patient l'œil était complètement envahi et pour les autres, il y avait envahissement des muscles et des parties molles orbitaires.



FIGURE 17: Carcinome adénoïde kystique à point de départ lacrymal envahissant le canthus interne et l'orbite.

Les complications :

✚ **Complications du traitement conservateur :**

- **Les complications per-opératoires. [99][100]**

Les complications per-opératoires les plus sérieuses sont les lacérations des structures comme un nerf, un muscle, un vaisseau ou le globe oculaire.

- **Les complications post-opératoires**

La complication la plus fréquente et redoutable de la chirurgie orbitaire est l'hémorragie. Celle-ci peut survenir le jour de l'opération ou 4 à 6 semaines après. L'application de la glace et

la surélévation de la tête du lit pendant 24 à 48 heures après l'opération permettent d'éviter ce type de complication dont les symptômes inaugurateurs sont la perte de la vision, la douleur, et l'exophtalmie rapide. [76]

L'augmentation de la pression intra-orbitaire peut causer une compression et une hypoperfusion du nerf optique. L'administration de mannitol et d'acétazolamide diminuent la pression orbitaire. Dans le cas contraire, la décompression est réalisée chirurgicalement. [76]

Les complications de l'orbitotomie latérale incluent des problèmes de motilité oculaire particulièrement un déficit d'abduction de l'oeil, une perte du réflexe pupillaire et plus rarement un ptosis, une kératite, une hémorragie intraorbitaire et une sécheresse oculaire due à la lésion de la glande lacrymale. Le facteur de risque impliqué est la localisation intracônique de la tumeur. [76]

L'emphysème post-opératoire peut survenir après une orbitotomie et se résorbe spontanément. Si son volume est très important, il doit être évacué sous contrôle échographique.

D'autres complications rares peuvent survenir à savoir l'infection, la cellulite orbitaire et le symblépharon. [76]

Complications de l'exentération :

Les complications les plus rapportés dans la littérature sont :

- En peropératoire, 3 à 20 % des interventions se compliquent d'une brèche ostéo-méningée, d'autant plus fréquente que l'exérèse est élargie surtout à l'ethmoïde. [90,91]
- De façon précoce, des complications infectieuses graves tels que l'ostéomyélite, abcès cérébraux ou septicémie ont été rapportées, mais elles demeurent exceptionnelles. A ce propos, quelques auteurs proposent de commencer une antibioprophylaxie les dix

premiers jours. Moins grave et lorsqu'il n'y a pas de comblement de la cavité, la chute d'escarre de l'apex orbitaire peut être à l'origine d'une hémorragie importante.

- Les communications entre l'orbite et le sinus ethmoïdal sont fréquentes, évaluées à 17 % 22 % selon les équipes [88]. Elle peut être une source de surinfection.

Les autres complications sont mineures : certains patients se plaignent de dysesthésies orbitaires voire de douleurs invalidantes qui sont secondaires à la lésion d'une ou plusieurs branches de la cinquième paire crânienne, ces symptômes diminuant avec le temps.

Soins postopératoires en chirurgie orbito-palpébrale :

Les mesures utilisées pour réduire l'œdème postopératoire sont l'élévation de la tête, des compresses glacées sur les paupières, l'administration de corticoïdes par voie générale et la mise en place d'un drain (s'il est utilisé, le drain doit être retiré dans les 24 à 36 heures). L'acuité visuelle devra être vérifiée à intervalle fréquent les douze premières heures après la chirurgie. Des antibiotiques peuvent être administrés par voie générale. La mise en place de compresses sur le site opératoire doit être évitée car elle peut provoquer un retard diagnostique lors d'une hémorragie postopératoire. Des packs de glace diminuent l'œdème et permettent également une observation fréquente du site opératoire et le contrôle de la vision.

Prise en charge de la cavité d'exentération :

L'épithélialisation spontanée, est la technique la plus simple mais aussi la plus longue. Elle consiste en l'attente sous pansement gras de la granulation spontanée de la cavité à partir du pourtour orbitaire. Ce traitement dure deux à trois mois environ. La néo-peau est brillante, non desquamative et mince et de ce fait toujours fragile et prête à l'ulcération et il est quelquefois difficile de différencier un bourgeon charnu d'une récurrence. [101]

- Une alternative est l'épithélialisation dirigée par greffe de peau mince permettant une cicatrisation plus rapide. Le prélèvement est fait à l'aide d'un dermatome. La contention

de la greffe est assurée par les compresses imbibées de vaseline pendant 3 à 5 jours. Un traitement prothétique sera possible 4 à 6 semaines plus tard. Comme pour l'épithélialisation spontanée, une radiothérapie complémentaire précoce n'est pas indiquée car elle voue la greffe à l'échec.

- Les lambeaux musculaires nécessitent une surveillance post-opératoire moins fastidieuse. Ainsi, chez des patients isolés en situation personnelle ou sociale précaire, les lambeaux permettent de s'affranchir de consultations trop régulières, la surveillance post-opératoire se limitant à l'examen de la greffe de peau pendant quelques jours. La translation du muscle temporal (ou temporo-frontal) est la plus répandue [102,103] [104] Le résultat peut être amélioré par le port d'une épithèse. Dans les cas d'exérèse particulièrement élargie, d'autres lambeaux peuvent être utilisés isolés ou en association (lambeau frontal, jugal...) [105,106]

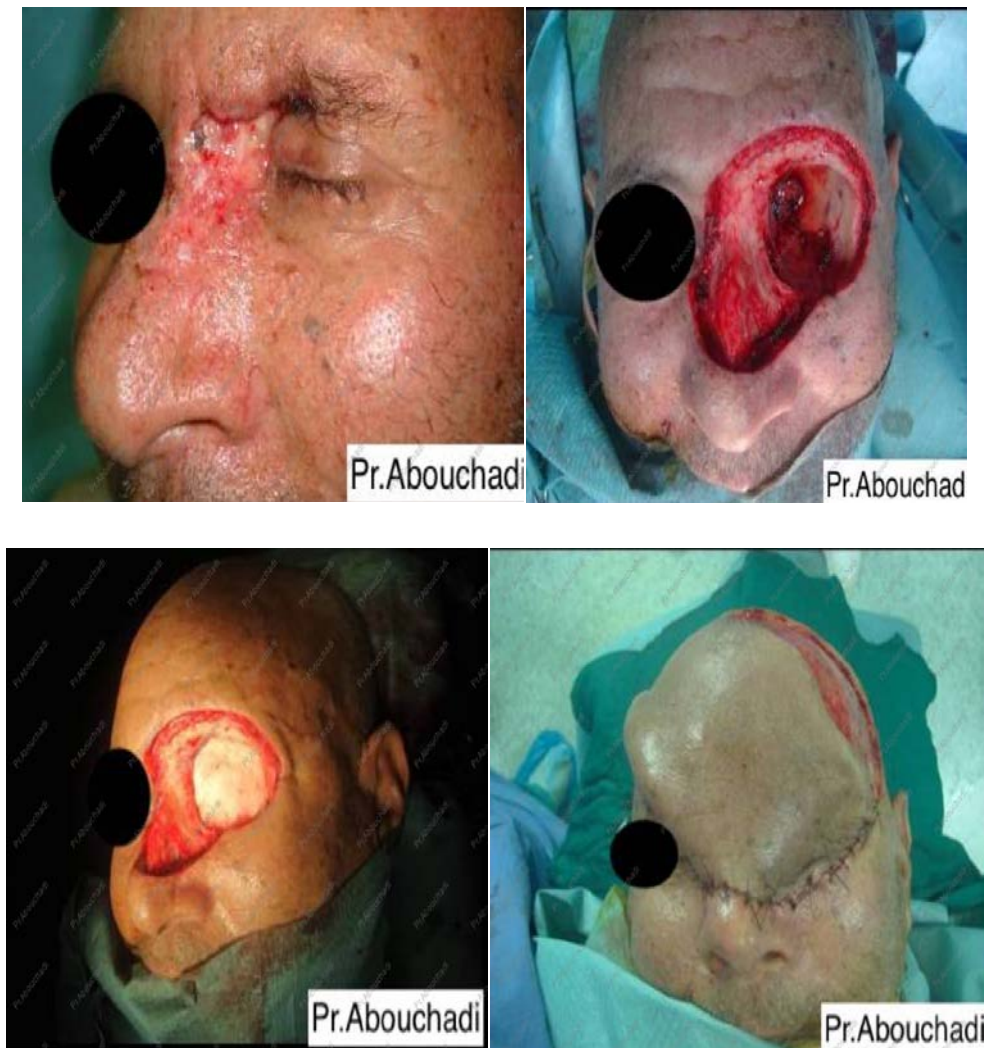


Figure 18 : cavité d'exentération comblée par un lambeau frontal.

La technique la plus utilisée dans la littérature pour le comblement de la cavité orbitaire est le lambeau du muscle temporal. [87]



Figure 19 : Translocation du muscle temporal lors d'exentération orbitaire.

Certains proposent des lambeaux libres surtout si une maxillectomie est associée (lambeau de grand dorsal ou de grand dentelé). [107,108]



FIGURE 20: Comblement d'une cavité d'exentération par un lambeau grand dorsal.

Certaines écoles prônent la reconstruction immédiate, d'autres l'inverse. La reconstruction immédiate par lambeau permet un meilleur aspect immédiat et l'irradiation post-opératoire est possible. Il n'y a pas d'indication formelle à un comblement immédiat par lambeau si ce n'est la protection d'une exposition ou d'une brèche dure-mérienne[109]. En fait, les méthodes de reconstruction immédiate se sont heurtées au fait qu'elles pouvaient masquer une éventuelle récurrence. Mais les récurrences n'ont pas forcément un point de départ orbitaire et lorsque la récurrence est profonde, l'imagerie est maintenant capable de la détecter et place souvent le malade en dehors de toute sanction chirurgicale complémentaire. [110]



FIGURE 21: Cacinome basocellulaire traité par exentération élargie+maxillectomie.

Il faut opposer l'exentération totale emportant les paupières qui ne permet pas une reconstruction chirurgicale dans un but cosmétique et qui pourra bénéficier au mieux de la mise en place d'une épithèse, et l'exentération sub-totale qui conserve les paupières et dont la réparation peut faire appel à un comblement orbitaire associé à la création d'un sac muqueux qui recevra une prothèse.[111]

Après épithélialisation spontanée ou greffe de peau, l'équipement par épithèse sera proposé dès que la cavité sera totalement épithélialisée et sans fistule. Si les silicones et les

pigments utilisés ainsi que les différentes techniques ont permis d'obtenir d'excellentes épithèses, la contention restait une difficulté[112].Le support sur lunette, instable, comme l'utilisation de colles aux silicones sources d'intolérance ont été avantageusement remplacés par un système de contention ostéo-intégré. Grâce à la mise en place de « fixtures » en titane identiques à celles utilisées en implantologie maxillaire, l'épithèse peut être fixée sur des piliers solidaires de l'orbite par l'intermédiaire d'aimants ou de clips. L'immobilité de la prothèse n'est pas un réel inconvénient comparé à la sûreté de la fixation et à la meilleure réinsertion des patients dans la vie active. Cependant, les fixations ostéo-intégrées ne sont pas indiquées chez les patients ayant bénéficié d'une radiothérapie complémentaire et le comblement de la cavité orbitaire par un lambeau temporal rend parfois difficile la mise en place d'une épithèse qui a besoin d'un volume postérieur suffisant.

Actuellement la greffe dermo-graisseuse paraît également être une méthode palliative intéressante si l'on est en mesure de préserver du tissu au niveau du fond orbitaire dans le cadre d'une exentération réalisée en pathologie tumorale, Il s'agit d'une alternative intéressante aux matériaux d'implantation classiques. La zone de prélèvement est réalisée au niveau du quadrant supéro externe de la fesse sur une zone riche en graisse, de faible pilosité et d'accès facile, n'engendrant pas de préjudice esthétique pour le patient. Au niveau du site d'accueil de la greffe dermo-graisseuse, les quatre muscles droits sont isolés chargés par du Vicryl 5/ 0 et suturés au derme aux points cardinaux (3 ; 6 ; 9 et 12 H). Il est réalisé une suture de l'ensemble Tenon conjonctive au bord du derme sans le recouvrir. En fin d'intervention, nous procédons à la mise en place d'un conformateur suffisamment large pour maintenir les culs de sacs et éviter la formation de symblépharon. Une pommade antibiotique est appliquée localement et une sous- conjonctivale (corticoïde antibiotique).



Figure 23 : Épithèse en silicone avec système de contention ostéo- intégrée sur une cavité comblée par granulation spontanée. [113]

L'avantage de la greffe dermo-graisseuse est de ne pas migrer, celle-ci étant en effet fixée au muscle et au plan conjonctivo-ténonien, ce qui rend les rejets et les expulsions exceptionnelles du fait de la parfaite bio-compatibilité. De plus la greffe permet des comblements de déficit de volume et permet la constitution de culs de sac conjonctivaux profonds nécessaires à une bonne stabilité de la prothèse [114]. Maheshawri rapporte six cas de greffes dermo-graisseuses réalisées au cours d'une exentération sub-totale, aucune complication majeure mise à part un cas de volume inadapté n'a été observée. Il existait également une bonne tolérance jusqu'à trente mois postopératoires [115]. La greffe dermo-graisseuse est une technique performante, simple et peu coûteuse qui donne dans l'ensemble de bons résultats, avec une intégration parfaite du greffon, un bel aspect cosmétique. Par conséquent, de part sa stabilité satisfaisante à 10 ans, elle mérite d'être plus utilisée par les chirurgiens ophtalmologiques lors des reconstructions des cavités anophtalmes. [116]

2. Radiothérapie :

Les différentes équipes exposent deux techniques de radiothérapies utilisées dans les tumeurs orbito-palpébrales: la radiothérapie externe (rayons x et y) et l'accélérateur linéaire des particules (protons et neutrons). [117,118,119,120,121]

Les doses utilisées en radiothérapie varient en fonction de la taille et la nature de la tumeur.

D'une manière générale la radiothérapie donne des résultats satisfaisants, tant sur le plan carcinologique qu'esthétique et fonctionnel. surtout s'il s'agit de cas de CBC qui est connu par son caractère radiosensible. [93]

a. Indications :

La radiothérapie est indiquée en première intention pour certains carcinomes basocellulaire ou spinocellulaires chez des patients pour lesquels la chirurgie est contre-indiquée en raison de l'âge ou de l'état générale, ou de l'étendue des lésions.

Dans le cas de récurrence après traitement chirurgical mutilant (exentération par exemple), les chirurgiens refusent parfois la réintervention, surtout que la majorité des tissus ont été enlevé et sa valeur ajoutée reste discutée, la radiothérapie consiste dans ces cas l'alternatif le plus adapté.

Les doses utilisées en radiothérapie varient en fonction de la nature de la tumeur orbitaire.

- Les carcinomes basocellulaires/spinocellulaires : La dose communément délivrée est de 60 Gy.
- Les tumeurs vasculaires : L'hémangiome capillaire est radiosensible. La dose utilisée est de 5 à 7,5 Gy en deux à trois fractions [122].

Chez les enfants, à cause des effets à long terme de l'irradiation, on utilise la radiothérapie en cas d'échec des autres traitements. [123]

- Le rhabdomyosarcome :

La dose utilisée en cas de rhabdomyosarcome est de 45 à 50 Gy sur 5 à 7 semaines. [124]

- Les métastases orbitaires :

La radiothérapie est indiquée à but palliatif en cas de métastases orbitaires. [125][126] La dose de 30 à 40 Gy utilisée sur 2 à 4 semaines est controversée.

b. Résultats :

Après radiothérapie, le taux de guérison à 5 ans des carcinomes spino- et basocellulaires est de 90 à 99% selon les auteurs. [127]

Il faut retenir que toute tumeur, détectable trois mois après une radiothérapie, ne guérira pas et doit bénéficier d'un second traitement, le plus souvent chirurgical.

c. Complications :

Il faut toujours garder à l'esprit que la radiothérapie locale peut devenir iatrogène, aussi la dose délivrée sera toujours soigneusement calculée, les trajectoires clairement précisées et une protection sera appliquée dans la mesure du possible pour éviter les effets secondaires.

➤ Complications oculaires :

*L'œil est un organe très radio-sensible qui doit être protégé lors de la radiothérapie.

*Les complications retrouvées sont : La cataracte post-radique ; les lésions cornéennes à type de kératites et d'ulcérations ; les ectropions et les entropions ; l'épiphora, qui est rencontré dans 13% à 60% des cas, peut être prévenu par la mise en place d'une intubation bicanaliculo-nasale. [127,128]

➤ **Complications cutanées :**

*On peut observer des cicatrices atrophiques, ulcérées, dépressives rendant les reprises chirurgicales plus difficiles. [129]

*Reste enfin la possibilité de radionécrose qui conduit à des reprises chirurgicales difficiles.

Dans notre série, les 02 patients qui ont eu une radiothérapie ont eu une radiodermite traitée médicalement.

3. La chimiothérapie :

➤ **Tumeurs pédiatriques :[130]**

Les indications de la chimiothérapie chez les enfants sont :

- Les tumeurs primitives malignes : rhabdomyosarcome, lymphome.
- Les métastases à distance : neuroblastome,

➤ **Tumeurs de l'adulte : [131]**

Les indications de la chimiothérapie chez l'adulte sont :

- Les lésions lymphoprolifératives : lymphome.
- Tumeurs malignes secondaires.
- Métastases à distance.

Dans les tumeurs lymphoïdes, un succès peut être escompté même si la maladie est disséminée. La chimiothérapie est couplée à la radiothérapie. Les produits antimétaboliques utilisés sont la vincristine, le cyclophosphamide et la prednisone de façon combinée. [130]

Dans les métastases orbito-palpébrales, le nombre de cures est en moyenne de 6 et est fonction de la néoplasie primitive. Les métastases orbito-palpébrales des neuroblastomes sont

particulièrement chimiosensibles, la chimiothérapie jouant un rôle adjuvant dans la thérapeutique palliative des métastases orbito-palpébrales. [130,131]

Dans les rhabdomyosarcomes, la chimiothérapie couplée à la radiothérapie est entreprise après la chirurgie, avec un effet positif non négligeable. Les équipes médicales actuelles semblent d'accord sur le fait que le traitement le plus efficace pour ce type de pathologie réside dans la triple association biopsie-exérèse, radiothérapie et polychimiothérapie avec un taux de survie de 90% [132] et une nuance néanmoins:

- Dans les tumeurs vues à un stade précoce, la radiothérapie apparaît essentielle.
- Dans les diagnostics les plus tardifs, la chimiothérapie tiendrait la première place.

4. Autres traitements :

*L'immunothérapie par anticorps anti-CD20 encore appelé rituximab semble apporter une aide non négligeable dans le traitement des lymphomes malins non hodgkiniens indolores. Il semblerait que dans certaines formes de haut grade, elle puisse être associée aux chimiothérapies afin de les alléger et d'en diminuer les effets secondaires. [133,134]

Le traitement de l'hémangiome capillaire fait appel à :

* l'injection des corticoïdes pendant la phase de poussée qui accélèrent l'involution de la tumeur. La combinaison est faite de corticoïdes à longue et courte action comme le triamcinolone diacétate (Aristocort) et le bétaméthasone acétate (Célestone) [135]. On injecte directement dans la masse 40 mg de triamcinolone et 6 mg de bétaméthasone [135]. Une rapide involution est obtenue 6 à 8 semaines après l'injection.

*Traitement général au propranolol, depuis sa première apparition parmi les moyens thérapeutiques au cours des hémangiomes capillaire (surtout dans les formes sévères) , il n'a cessé de donner des résultats spectaculaires et est devenu un traitement de première ligne pour cette pathologie[136]. La dose proposée est de 2 mg/kg en 2 prises nécessitant un

examen cardiovasculaire préalable et une hospitalisation au mois de 24 heures au début du traitement.

L'âge du début du traitement peut être très précoce et l'amélioration est notée pour la plupart des auteurs dès les premiers jours.

Il s'agit d'un traitement bien toléré chez l'enfant

L'action des bêtabloquants est expliquée par la vaso-constriction des vaisseaux anormaux, l'inhibition de la production des facteurs pro angiogéniques ainsi que la stimulation de l'apoptose des cellules endothéliales [89]. Ils sont efficaces pendant la période d'involution de l'hémangiome contrairement aux corticoïdes qui ne sont actifs que pendant la période proliférative.

VII. Récidive et survie :

Aucun patient exentéré n'a eu de récurrence dans notre série.

Pour F. Mouriaux [137] les trois facteurs les plus importants responsables de récurrence après exentération sont l'étendue de la tumeur, les marges de l'exérèse et le type histologique, et il avait démontré que l'apparition de récurrences et/ou métastases étaient significativement plus fréquentes lorsque la tumeur était incomplètement excisée. Pour Glover[75] l'envahissement osseux constitue un facteur pronostic important en cas d'extension orbitaire.

* La survie :

Plusieurs auteurs ont étudié la survie, le facteur déterminant était l'envahissement orbitaire. Globalement à 1 an on a 75 à 89 % et ça descend vers 26 à 63 % à 5 ans[90][18]. Mais bien que certains auteurs rapportent plus de 100 cas, l'interprétation de leurs résultats est difficile. [87,89,90,92]

A decorative, ornate frame with intricate scrollwork and flourishes. The frame is horizontally oriented and features a central rectangular area with rounded corners. Inside this central area, the word "Conclusion" is written in a bold, black, cursive script font. The frame is symmetrical and has a classic, elegant appearance.

Conclusion

Les tumeurs orbito-palpébrales sont des tumeurs peu fréquentes en pratique maxillo-faciale, mais graves sur le plan esthétique, fonctionnel et vital.

Elles sont dominées, dans notre contexte, par les carcinomes basocellulaire suite au phototype clair et de l'exposition solaire chez la plupart des patients.

Notre étude étendue sur une période de 5ans n'a pu recueillir que 12 patients, du fait que les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes localisés sont traités à titre externe, et ne nécessitent pas un suivi particulier. Alors que les tumeurs malignes localement avancés ou récidivantes ont recours à notre service.

Le diagnostique repose sur la clinique et les moyens radiologiques qui sont dominés par la TDM et l'IRM, mais la biopsie est souvent requise pour la confirmation diagnostique.

Le traitement est en premier lieu chirurgical, qui consiste dans la majorité des cas en une exentération suivie d'une reconstruction orbito-palpébrale qui se fait en même temps ou dans un 2ème temps chirurgical.

Le complément par radiothérapie ou par chimiothérapie est parfois nécessaire, surtt si l'exérèse n'est pas complète ou s'il y'a des métastases à distance.

Les résultats thérapeutiques sont en général satisfaisants, mais le suivi demeure primordial pour détecter et traiter toute possible récidive.



Annexes

Identité :

Nom : Prénom : Sexe :.....
Age : Origine :
Lieu et nature de travail :

Motif de consultation:.....

ATCDS : Personnels : généraux :
Ophtalmologiques :
ORL :
Neurochirurgicaux :
Carcinologiques :
Toxiques :
Familiaux :

Histoire de la maladie :

Durée d'évolution :
Signes exigeants une consultation :
Consultation simple :
Adressé(e) par qlq'un :

CLINIQUE :

Signes associés :

Signes fonctionnels :

Exophtalmie o n
Baisse de l'acuité visuelle o n
Troubles oculomoteurs o n
Ptôsis o n
Douleur orbitaire o n
Signes inflammatoires o n

Signes physiques :

Limitation des mouvements oculaires : o n
Déplacements du globe oculaire : o n
Malposition palpébrale :
ectropion: o n Entropion: o n Ptosis : o n

Examen clinique :

*** Examen de la tumeur :**

-Localisation : Œil : Droit gauche
Paupière : Sup Inf
Canthus : interne Externe

-Aspect morphologique :

Taille :
Limites :
Nombre : Unique Multiple

Palpation : –adhérences aux plans profonds :
–palpation de l'orbite :
–Exophtalmie : o n

–Extension locale superficielle :
–Infiltration du bord libre : o n
–Extension aux voies lacrymales : o n

* Examen ORL :

*Examen general :

PARA CLINIQUE :

Radiographies standards :

Echographie oculaire :.....

.....

TDM :

.....

IRM :.....

.....

Biopsie :

.....

BILAN D'EXTENSION :

Locorégional : ADP Péri auriculaires

Sous mandibulaires

Cervicales

Atteinte neurologique

Atteinte faciale

A distance : Clinique :.....

Radio du thorax :

Echographie abdominale :

EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE :

.....

TRAITEMENT :

Chirurgie :

***Bilan pré-op :**

Bilan biologique sanguin :.....

.....

Rx thorax :

CPA :.....

***Biopsie-exérèse :**

Marge d'exérèse :

***Examen extemporané :**

Tumeurs orbito-palpébrales

recoupes saines exérèse incomplete

***Exentération :** o n

Indication :

.....
Type : Totale subtotale Elargie

***PEC de la cavité d'exentération :**

Epithelialisation spontanée

Epithelialisation dirigée

Traitement prothétique

Radiothérapie : Dose :

Externe curithérapie

Chimiothérapie

Autres ttt :

Evolution :

Résultats post-thérapeutiques :

Carcinologique :

Fonctionnel :

Esthétique :

Suivi post thérapeutique :

A court terme :

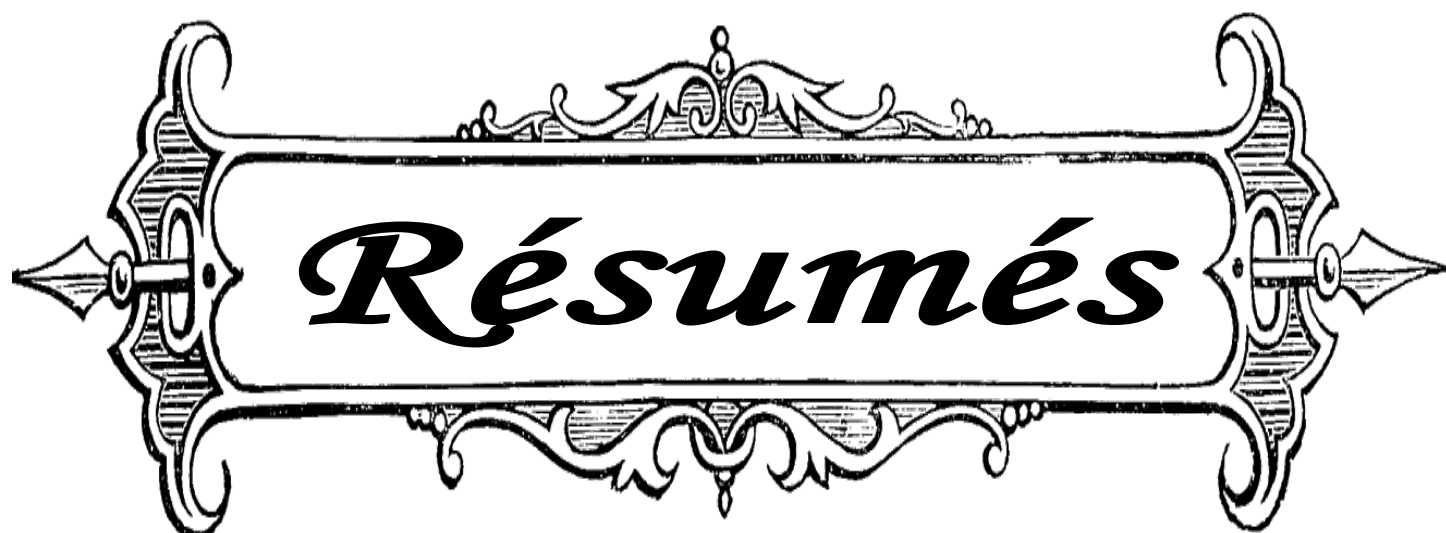
A moyen terme :

A long terme :

Récidive : o n

Reprise thérapeutique : o n

Surveillance :



Résumés

RESUME :

Les tumeurs orbito-palpébrales se définissent comme des proliférations cellulaires bénignes ou malignes qui se développent au niveau de la paupière et/ou de l'orbite.

C'est une pathologie rare, mais qui peut compromettre aussi bien le pronostic esthétique et fonctionnel que le pronostic vital pour les tumeurs malignes

Notre travail est une étude rétrospective étendue du 1^{er} janvier 2012 au 30 juin 2017 portant sur tous les patients présentant une tumeur orbito-palpébrale, hospitalisés au service de chirurgie maxillo-faciale de l'Hopital Militaire Avicenne MARRAKECH .

Elle s'est intéressée aux caractères épidémiologiques, cliniques, radiologiques et évolutifs de ces pathologies.

La moyenne d'âge dans notre série est de 63,08 ans avec des extrémités comprises entre 48 et 80 ans et un sexe ratio H/F de 2.

Les tumeurs orbito-palpébrales sont manifestées par une masse orbitaire dans 58% des cas, limitation des mouvements oculaires dans 33% des cas, la diplopie est retrouvée dans 25% des cas , et la douleur endoculaire qui a été rapportée par 16% des patients. Tout les patients ont bénéficié d'un examen clinique ORL et ganglionnaire qui s'est montré sans particularité.

Tous les malades ont bénéficié d'un bilan radiologique comportant une TDM maxillo-faciale qui a défini les caractéristiques des différentes tumeurs. L'IRM était complémentaire dans d'autres cas. L'étude radiologique seule ne suffit pas malgré les performances obtenues. Le diagnostic définitif repose sur l'étude anatomopathologique. Les deux procédés restent indissociables dans notre série.

Le type histologique le plus fréquemment rencontré dans notre série est le carcinome basocellulaire qui représente 66,66% des cas , alors que le carcinome spinocellulaire ne

Tumeurs orbito-palpébrales

représente que 16,66% des cas.

Le traitement est essentiellement chirurgical sous anesthésie générale. La voie d'abord dépend du siège de la tumeur. Tous nos patients ont bénéficié d'une exérèse chirurgicale de la tumeur. Dont onze ont subi une exentération suite à l'envahissement orbitaire étendu. la radiothérapie était complémentaire dans d'autres cas.

L'évolution était favorable avec une régression spectaculaire des signes cliniques et peu de morbidité.

ABSTRACT :

The orbital and eyelid tumors are defined as benign or malignant cell proliferations that develop from the constituents of the eyelid and / or the orbit.

It is a rare disease, but it can compromise both the aesthetic and functional prognosis and the vital prognosis for malignant tumors.

Our work is a retrospective study, involving 12 cases of orbital and eyelid tumors collected in the department of maxillo-facial surgery at the HMA hospital in Marrakesh during a 5 year period from 2012 to 2017. It focused on epidemiological, clinical, radiological, therapeutic and evolutionary characters of these pathologies.

The average age in our series was 63,08 years with extremes ranging between 48 and 80 years of age and a sex ratio of 2.

These tumors are manifested by an orbital mass in 58% of the cases, a limitation of the ocular movements in 33% of the cases, diplopia is found in 25% of the cases, and the endocular pain which was reported by 16% of patients. All the patients benefited from an ENT and ganglionic clinical examination which was without particularity.

All the patients benefited from a radiological assessment including a maxillofacial CT which defined the characteristics of the different tumors. MRI was complementary in other cases. The radiological study alone is not enough despite the performances obtained. The definitive diagnosis is still based on the anatomopathological study. Both processes remain inseparable in our series.

The most common histological type in our series is basal cell carcinoma, which accounts for 66,66% of cases, whereas squamous cell carcinoma accounts for only 16,66% of cases.

Tumeurs orbito-palpébrales

The treatment is essentially surgical under general anesthesia. The approach is dependent on the location of the tumor. All our patients benefited from a surgical excision of the tumor. Of which eleven who had an exentation due to extensive orbital invasion. radiotherapy was complementary in other cases.

The evolution was favorable with a spectacular regression of the clinical signs and little morbidity.

ملخص

تعرف الأورام المدارية الجفنية بأنها تكاثر خلايا حميدة أو خبيثة تنطور على مستوى الجفن و/أو المدار.

وهو مرض نادر، لكن هي مكن أن يضر بالتشخيص الجمالي والوظيفي، والتشخيص الحيوي بالنسبة للأورام الخبيثة.

عملنا هو دراسة استعادية ممتدة من 1 يناير 2012 إلى 30 يونيو 2017. تشمل جميع المرضى الذين يعانون من الأورام المدارية والجوفية، الذين تم إدخالهم إلى قسم جراحة الوجه والفكين في مستشفى ابن سينا العسكري في مراكش.

اهتمت دراستنا بالخصائص الوبائية والسريية والإشعاعية والتطورية لهذه الأمراض.

متوسط العمر في سلسلتنا هو 63.08 سنة. بأعمار تتراوح بين 48 و 80 سنة. مع تباين واضح في نسبة الإصابة بين الجنسين. حيث يبلغ عدد الرجال المصابين ضعف عدد النساء.

تتجلى هذه الأورام بكتلة مدارية في 58% من الحالات، والحد من حركات العين في 33% من الحالات، ويوجد شفع في 25% من الحالات، وقد أبلغ 16% من المرضى عن وجود آلام. استفاد جميع المرضى من فحص سريري للأنف والحجرة وللغدد ونأي خصوصية.

استفاد جميع المرضى من تقييم إشعاعي بما في ذلك الماسح الإشعاعي الذي يحدد مختلف خصائص هذه الأورام. كان التصوير بالرنين المغناطيسي مكملاً في حالات أخرى. الدراسة الإشعاعية وحدها ليست كافية على الرغم من النتائج التي تم الحصول عليها. ويستند التشخيص النهائي على الدراسة المجهرية.

النوع النسيجي الأكثر تشخيصاً في سلسلتنا هو سرطان الخلايا القاعدية، والذي يمثل 66.66% من الحالات، في حين أن سرطان الخلايا الحرشفية لا يمثل سوى 16.66% من الحالات.

العلاج يعتمد أساساً على الجراحة تحت التخدير العام. النهج الجراحي يعتمد على مكان الورم. استفاد جميع مرضانا من الاستئصال الجراحي للورم. وقد خضع أحد عشر منهم للإغواء بعد الغزو المداري. كان العلاج الإشعاعي مكملاً في حالات أخرى.

كان التطور مواتياً مع الانحدار المذهل للأعراض السريية ومعدل الوفيات.

A decorative, ornate frame with intricate scrollwork and flourishes. The frame is horizontally oriented and features a central rectangular area containing the word "Bibliographie" in a bold, italicized serif font. The frame is embellished with various decorative elements, including pointed ends and symmetrical scroll patterns.

Bibliographie

1. **DUCASSE , I.LARRE ;**
Anatomie des paupières : Chirurgie du regard , Rapport SFO 2016 , chapitre 1 ; 2016
2. **Raymond S.Douglas ; Allison N.McCoy ,**
Atlas of Clinical and Surgical Orbital Anatomy, Second Edition , Jonathan J. Dutton (Ed.) ; 2011.
3. **John V. Forrester , Andrew D. Dick , Paul G. McMenamin ,**
Anatomy of the eye and orbit , The Eye (Fourth Edition) , 2016, 1-102.e2
4. **Font RL ;**
Eyelids and lacrimal drainage system. In: WH ed Spencer (Ed.) Ophthalmic pathology. An atlas and textbook. Philadelphia : WB Saunders: 1996; 2218- 2437.
5. **JORDAN P.SAND , BOVEY Z.ZHU , SHAUN C.DESAI ;**
Surgical Anatomy of the Eyelids
Volume 24, Issue 2, 2016, 89-95
6. **DUCASSE A. , J- M RUBAN, E. BAGGIO, M. LABROUSSE.**
Paupières et sourcils : anatomie chirurgicale[21- 004- A- 10] EMC, 2009 .
7. **LEZREK M.,**
Anatomie des paupières , ophzone.no-ip.com.2010
8. **Ducasse A.,**
Anatomie et vascularisation de l'orbite. EMC – Ophtalmologie 2013;10(1):1-23
9. **F. JOUHAUD, T. LEFAOU, P. VINGTAIN,**
Pathologie tumorale orbitooculaire au Mali. Bull.Soc. Opht. France, 1986,3 : 319-322.
10. **K. BALO**
La pathologie oculaire au Togo, le cas d'Atakpale. Afrique Médicale, 1987 ; 26 : 255 (429-434).
11. **M. MOUSSALA, O. MISSIPO NAOMI, P. KEUTCHEMOU**
La pathologie oculaire dans l'Ouest-Cameroun. Rev. Int. Trach., 1989 ; 1-2 :85-91.
12. **Scat Y, Liotet S, Carre F.**
Étude épidémiologique de 1 705 tumeurs malignes de l'œil et de ses annexes. J Fr Ophtalmol, 1996;19:83-8.
13. **Bagheri A, Tavakoli M, Kanaani A.,**
Eyelid masses: a 10-year survey from a tertiary eye hospital in Tehran. Middle East Afr J Ophthalmol 2013.
14. **Coroi MC, Rosca E, Mutiu G.,**
Eyelid tumors: histopathological and clinical study performed in County Hospital of Oradea between 2000-2007. Rom J Morphol Embryol 2010.
15. **Deprez M, Uffer S.**
Clinicopathological features of eyelid skin tumors. A retrospective study of 5504 cases and review of literature. Am J Dermatopathol 2009.
16. **Takamura H, Yamashita H.**
Clinicopathological analysis of malignant eyelid tumor cases at Yamagata university hospital: statistical comparison of tumor incidence in Japan and in other countries. Jpn J Ophthalmol 2005.

17. **Kiyooka H, Kodama T, Ohashi Y.**
Review of eye and adnexa tumors at the Department of Ophthalmology, Ehime University. *Atarashii Ganka (JEye)* 2000;17:1035-1041.
18. **Fatih Cakir, Gundogan*, Umit Yolcu .**
Eyelid Tumors: Clinical Data from an Eye Center in Ankara, Turkey *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, Vol 16, 2015 .
19. **Haraldur Sigurdsson and Bjarni A. Agnarsson,**
University of Iceland, Reykjavik, Iceland, *ACTA OPHTHALMOLOGICA SCANDINAVICA* 1998,p:478.
20. **Deprez M. ,Uffer S. ,**
Clinicopathological Features of Eyelid Tumors. A Retrospective Study of 5504 Cases and Review of Literature , *Am J Dermatopathol* Volume 31, Number 3, May 2009 .
21. **Mark ST , Wong AC ,**
Malignant eyelid tumors in Hong Kong 1997-2009. *Jpn J Ophthalmol* 2011 Nov.
22. **Asproudis I. , Sotiropoulos G.**
Eyelid Tumors at the University Eye Clinic of Ioannina, Greece: A 30-year Retrospective Study. *Middle east afr J Ophtalmol* 2015 Apr-Jun;22(2):230-2.
23. **Azuma T, Amemiya T.**
Thirty-one cases eyelid tumor during the past ten years. *Rinsho Ganka (Jpn J Clin Ophthalmol)* 1998;52:887-890.
24. **Xu XL, Li B, Sun XL, Li LQ, Ren RJ, Gao F,.**
Eyelid neoplasms in the Beijing Tongren Eye Centre between 1997 and 2006. *Ophthalmic Surg Lasers Imaging* 2008; 39:367-72
25. **Pornpanich K , Chindasub P ;**
Eyelid tumors in Siriraj Hospital from 2000-2004. *J Med Assoc Thai* , 2005 Nov;88 Suppl 9:S11-4
26. **Ville Paavilainen, Juhani Tuominen, Eero Pukkala and K. Matti Saari ;**
Basal cell carcinoma of the eyelid in Finland during 1983-2004 ; *ACTA OPHTHALMOLOGICA SCANDINAVICA* 2005.p:215 .
27. **Howard GR, Nerad JA, Carter KD, Whitaker DC.**
Clinical characteristics associated with orbital invasion of cutaneous basal cell and squamous cell tumors of the eyelid. *Am J Ophthalmol* 1992;113:123-33.
28. **Wong VA, Marshall JA, Whitehead KJ.**
Management of periocular basal cell carcinoma with modified en face frozen section controlled excision. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 2002;18: 430-5.
29. **Abe M, Ohnishi Y, Hara Y, Shinoda Y, Jingu K.**
Malignant tumors of the eyelid. Clinical survey during 22-year period. *Jpn J Ophthalmol* 1983;27:175-184

- 30. Kale SM, Patil SB, Khare N, Math M, Jai A, Jaiswal S.**
Clinicopathological analysis of eyelid malignancies – A review of 85 cases. *Indian J Plast Surg.* 2012;45(1):22-28
- 31. Yamana T, Negi A.**
Clinical study of malignant eyelid tumors. *Nihon Ganka Kiyo (Folia Ophthalmol Jpn)* 1993;44:1225-123
- 32. Azuma T, Amemiya T.**
Thirty-one cases eyelid tumor during the past ten years. *Rinsho Ganka (Jpn J Clin Ophthalmol)* 1998;52:887-890
- 33. Paul S, Vo DT, Silkiss RZ.**
Malignant and benign eyelid lesions in San Francisco: study of a diverse urban population. *Am J Clin Med.* 2011;8(1):40-46.
- 34. Yamamoto C, Kojima Y.**
Clinical study of eyelid cancer at Kumamoto University during a ten-year period. *Nihon Ganka Kiyo (Folia Ophthalmol Jpn)* 1988;39:872-876.
- 35. Sakurazawa T, Tosaka Y.**
Epidemiology of malignant eyelid tumors treated at Niigata University. *Nihon Ganka Kiyo (Folia Ophthalmol Jpn)* 1995;46:866-869
- 36. Chang-jun Wang , Hui-na Zhang , Han wu;**
Clinicopathologic features and prognostic factors of malignant eyelid tumors ; *Int J Ophthalmol.* 2013; 6(4): 442-447.
- 37. Howard GR, Nerad JA, Carter KD, Whitaker DC.**
Clinical characteristics associated with orbital invasion of cutaneous basal cell and squamous cell tumors of the eyelid. *Am J Ophthalmol* 1992;113:123-33.
- 38. G. BONNAY, E. SETROUK, V. FRANCERIE, C. BRUGNIART, T.GARCIA, C. ARNDT, :**
Reconstruction de paupière par greffe tarso-marginale. *Journal Français d'ophtalmologie* Avril 2009. Vol 31, N° S1 page 122.
- 39. A. DUCASSE, M. PLUOT, A.GOTZAMANIS, C. BRUGNIART, L.LECCIA, P. ROSSI :**
Facteurs de récurrence des carcinomes basocellulaires de la paupière et des canthus. *Journal Français d'Ophtalmologie.* Vol 25, N°5-Avril 2002 pp. 512-51.
- 40. Wong VA, Marshall JA, Whitehead KJ.**
Management of periocular basal cell carcinoma with modified en face frozen section controlled excision. *Ophthalm Plast Reconstr Surg* 2002;18: 430-5.
- 41. Guillot B. , Du-Thanh A. ;**
Tumeurs malignes cutanées épithéliales et mélaniques ; la revue du praticien Vol.62 Février 2012.
- 42. Wojno TH.**
The association between cigarette smoking and basal cell carcinoma of the eyelids in women. *Ophthalm Plast Reconstruction Surg,* 1999;15:390- 2.

43. **Shi Y, Jia R, Fan X ;**
Ocular basal cell carcinoma: a brief literature review of clinical diagnosis and treatment ; *onco targets ther* . 2017; 10: 2483–2489
44. **Felix Boon Bin Yap MD MRCP.**
Clinical characteristics of basal cell carcinoma in a tertiary hospital in Sarawak, Malaysia. *International Journal of Dermatology* 2010, 49, 176–179.
45. **BOURJAT P., FLAMENT J., KUNNERT C.**
Méthodes d'examen et sémiologie de l'orbite. In : *Encyclopédie Medico- Chirurgicale* (Ed.) *Ophthalmologie*, 21– 600– A10 Paris Elsevier : 1987 .
46. **Jeong S, Yang KJ, Park YG ;**
Extensive destruction of the eyeball by invasion of basal cell carcinoma of the eyelid ; *Jpn J Ophthalmol* 1999 Jul–Aug;43(4):300–2.
47. **Razafindrakoto R., Nandrianina Razafindranaivo M. ;**
Carcinome basocellulaire de la face: à propos de quatre cas rapportés à Madagascar ; *The Pan African Medical Journal*. 2015;22:97
48. **Savage RC.**
Orbital exenteration and reconstruction for massive basal cell and squamous cell carcinoma of cutaneous origin. *Ann Plast Surg* 1983;10:458–66.
49. **Stanley J, Alan L, Kenneth G, Thomas O.**
Basal cell and squamous cell skin cancers. *NCCN clinical practice Guidelines in oncology*. 2012.
50. **Flament J, Boukoffa OS, Dernaoui M.**
Statistical survey on the etiology of orbito palpebral neoplasias in eastern Algeria. *Bull Soc Ophthalmol Fr* 1986;86:323–324.
51. **L. Knani.O. Romdhane , N. Ben Rayana ,H. Mahjoub , F. Ben Hadj Hamida.**
Étude clinique et facteurs de risque de récurrence des carcinomes basocellulaires des paupières: résultats d'une série tunisienne et revue de la littérature. *Journal français d'ophtalmologie* (2014) 37, 107–114.
52. **G. DISCAMPS, J.C. DOURY, M. CHOVET**
Contribution à l'étude statistique des cancers oculo-orbitaires en Afrique. A propos de 460 observations. *Med. Trop.* 1972 ; 32 : 385–401
53. **CEDEF ;**
Tumeurs Cutanées épithéliales et mélaniques : carcinomes cutanés. *Annales de dermatologie et de vénéréologie* (2012) 139, A135–A143.
54. **Scat Y, Liotet S, Carre F.**
Étude épidémiologique de 1 705 tumeurs malignes de l'œil et de ses annexes. *J Fr Ophthalmol*, 1996;19:83–8.
55. **JOANNA SALOMON, MD, ANDRZEJ BIENIEK, MD, PHD, EUGENIUSZ BARAN, MD, PHD, AND JACEK C. SZEPIETOWSKI, MD,**
PHD Department of Dermatology and Venereology, University of Medicine, Wrocław, Poland, Basal Cell Carcinoma on the Eyelids: Own Experience, *Dermatol Surg* 30:2 Part 2:February 2004

56. Francis IC, Benecke PS, Kappagoda MB.

A ten-year hospital survey of eyelid cancer. *Aust J Ophthalmol* 1984;12:121-127.

57. N. Basset-Séguin, V. Chaussade, C. Vilmer.

Carcinomes basocellulaires. 2011 Elsevier Masson SAS.

58. CEDEF ;

Tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques : carcinomes cutanés. *Annales de dermatologie et vénéréologie* 2005 ; 132 : 127-131.

59. COPHIGNON J, D'HERMIES F, CIVIT T.

Tumeurs vasculaires de l'orbite. *Neurochirurgie* 2010 ; 56 : 197-212.

60. DALLAUDIERE B, BENAYOUN Y, BONCOEUR-MARTEL MP, ROBERT PY, ADENIS JP, MAUBON A.
Aspect des hémangiomes caverneux intraorbitaires. *J Radiol* 2009 ; 90 : 1039-45.

61. HSU CH, HSU WM.

Cavernous hemangioma of the orbit: 42 patients. *J Exp Clin Med* 2011 ; 3(6): 278-282.

62. ARORA V, PRAT MC, KAZIM M.

Acute presentation of cavernous hemangioma of the orbit. *Orbit* 2011 ; 30(4): 195-197.

63. BIONDI A, CLEMENCEAU S, DORMONT D,

.Intracranial extra-axial cavernous hemangioma : tumor or vascular malformations ? Report of five cases and review of the literature. *J Neuroradiol* 2002; 29: 91-104.

64. HEJAZI N, HASSLER W, OFFNER F, SCHUSTER A.

Cavernous malformations of the orbit: a distinct entity? A review of own experiences. *Neurosurg Rev* 2007; 30(1): 50-55.

65. RUBAN JM, NAVAILLES B, YALAZKAN B.

Hémangiome cavernoux orbitopalpébral de grande taille. *J Fr Ophtalmol* 1992 ; 15 : 357-62.

66. ABRY F, KEHRLI P, SPEEG-SCHATZ C

.Hémangiomes orbitaires et palpébraux chez l'enfant: prise en charge thérapeutique. *J Fr Ophtalmol* 2007 ; 30 (2) : 170-176.

67. RUMELT S., YOU T.T., REMULLA H.D., RUBIN P.A., JAKOBIEC F.A.

Prepartum mixed type cavernous-capillary hemangioma arising in nervus flammeus. *Ophtalmology*, 1999, 106 (6) : 1219-1222.

68. SAUTER B., FOEDINGER D., STERNICZKY B., WOLF K., RAPPERSBERGER K.

Immunoelectron microscopic characterization of human dermal lymphatic microvascular endothelial cells. *Journal of Histochemistry and Cytochemistry*, 1998, 46 : 165- 176.

69. Ducasse A.

Tumeurs de l'orbite de l'adulte *Ophtalmologie* 21-650-A-20

70. Jakobiec FA.

Lacrimal gland tumors. In: Fraunfelder FT, Roy FH eds. *Current ocular therapy*. WB Saunders. Philadelphia. 1980; pp 492-495

71. Jakobiec FA.

Tumors of the lacrimal gland and lacrimal sac. In: symposium of diseases and surgery of the lids, lacrimal apparatus, and orbit. Transactions of the New Orleans Academy of Ophthalmology. The CV Mosby Company. St Louis. 1982; pp 190-202

72. Jean-Paul Adenis, Gilbert Catanzano, Pierre Saint Blancat.

Tumeurs épithéliales de la glande lacrymale Ophtalmologie [21-180-A-05]

73. HERAN F. Imagerie des masses orbitaires. Neurochirurgie 2010 ; 56 : 89-120.

74. SHANNA B. MEADS, MD AND HUBERT T. GREENWAY, MD,

Carcinoma Associated with Orbital Invasion: Clinical Features and Treatment Options ISSN: 1076-0512 _ Dermatol Surg 2006;32:442-446,

75. Glover AT, Grove AS Jr,

Ophthalmology Service, Brooke Army Medical Center, Fort Sam Houston, Texas, Orbital invasion by malignant eyelid tumors. PMID: 2487189

76. ZEYNEL A. KARCIOGLU.

Surgical treatment- orbital tumors USA 2005 ISBN 0-378-21-321-X.

77. ZEYNEL A . KARCIOGLU ;

Orbital tumors- Diagnosis and treatment USA 2005 ISBN 0-387-21321-X.

78. Benatar M, Dumas P, Lebreton E, Chignon Sicard B.

Intérêt et fiabilité de l'examen extemporané dans la prise en charge des tumeurs cutanées. Annales de Chirurgie Plastique Esthétique. avr 2012;57(2):125-131.

79. CHALLIS D.

Frozen section and intraoperative diagnosis. Pathology 1997; 29:165-174.

80. GRAHAM SM., THOMAS RD., CARTER KD., NERAD JA.

The transcaruncular approach to the medial orbital wall. Laryngoscope 2002, 112: 986-989.

81. ZARBORJ., SCHMIDT WA., BACHNER P..

Indications and immediate patient outcomes of pathology intraoperative Consultations. CAP/CBCans prevention outcomes working group study. Arch Path Lab Med 1996; 120: 19-25.

82. FERREIRO JA., MAYERS JL., BOSTXICK DJ.

Accuracy of frozen section diagnosis in surgical pathology: review of a one-year Experience, 24, 880 cases at Mayo clinic. Mayo Clin Proc 1995; 70: 1137-1141.

83. KIRATLI H., BULUR B., BILGIÇ S.

Transconjunctival approach for retrobulbar intraconal orbital cavernous Hemangioma. Orbital surgeon's perspective. Surg neurol 2005 jul ;64(1) :71-4.

84. BORGES AF.

Relaxed skin tension lines (RTSL) versus other skin lines. Plast Reconstr surg 1984 ;73: 144-150.

85. ARAI H., SATO K., KATSUTA T., RHOTON AL.

Lateral approach to intraorbital lesions: anatomic and surgical considerations. Neurosurgery 1996 ;39 :1157-63.

- 86. ABOUCHADI A., CAPON-DEGARDIN N., MARTINOT-DUQUENNOY V., PELLERIN P.**
Orbitotomie latérale par voie palpébrale supérieure. *Annales chirurgie plastique esthétique* 50 (2005) 221-227.
- 87. Tyers AG.**
Orbital exenteration for invasive skin tumours. *Eye* 2006 ;20 :1165-70.
- 88. S. Benazzou, Y. Arkha, M. Boulaadas, L. Essakalli, M. Kzadri.**
L'exentération orbitaire. 2011 Elsevier Masson SAS.
- 89. Shields JA, Shields C, Suvarnamani C, Tantisira M, Shah P.**
Orbital exenteration with eyelid sparing: Indications, techniques and results. *Ophthalmic Surgery*, 1991; 22:292-7.
- 90. Bartley GB, Garrity JA, Walter RR, Henderson JW, Ilstrup DM.**
Orbital exenteration at the Mayo Clinic. *Ophthalmology* 1989; 96: 468-74.
- 91. GEORGE JL.**
Les tumeurs de l'orbite: le point de vue de l'ophtalmologiste (biopsies- voies d'abord-exentération). *Neurochirurgie* 2010 ; 56 : 236-240.
- 92. Levin PS, Dutton JJ.**
A 20 years series of orbital exenteration. *Am J Ophthalmol*, 1991;112:496-501.
- 93. Gerring RC , Curry JM , Sargi ZB , Wester ST -**
Orbital exenteration for advanced periorbital non-melanoma skin cancer: prognostic factors and survival . *Eye(lond)* 2017
- 94. MENDOZA SE, MENDOZA SCE, BERAZAIN DAR, FREIXAS DRS, ALVARADO LP, GARCIA EP.**
Diagnosis and surgical treatment of orbital tumors. *Semin Ophtalmol* 2010; 25(4): 123-9.
- 95. DUCASSE A.**
Conduite pratique à tenir devant une exophtalmie. *Journal français d'ophtalmologie* 2009 ; 32 : 581-588.
- 96. Ackuaku-Dogbe E ;**
Review of orbital exenteration in Korle-Bu Teaching Hospital. *Ghana Med J* 45:45, 2011
- 97. Coupland S.E., Krause L., Delecluse H.J.,**
Anagnostopoulos I., Foss H.D., Hummel M. , et al. Lymphoproliferative lesions of the ocular adnexa. Analysis of 112 cases *Ophthalmology* 1998 ; 105 : 1430-1441
- 98. Shields C.L., Shields J.A., Carvalho C., Rundle P., Smith A.F.**
Conjunctival lymphoid tumors: clinical analysis of 117 cases and relationship to systemic lymphoma *Ophthalmology* 2001 ; 108 : 979-984
- 99. Kaur A, Khattri M, Jaiswal V:**
Pattern of orbital exenteration at a tertiary eye care centre in North India. *Nepal J Ophthalmol* 4:64, 2012
- 100. LEVIN PS., ELLIS DS., STEWART WB..**
Orbital exenteration: the reconstructive letter. *Ophthalmic Plast Reconst Surg* 1991; 7:84-92.

101. **Gola R, Saracco JB, Gastaud P.**
L'exentération de l'orbite et les techniques de réparation. In : Cambrillat JC, Massiani P, Vilatte L : L'énuclée. Marseille : DGD L ; 1993. p119- 32.
102. **Golden JB, Sweeny L, Carrol WR,:**
Outcome after orbital exenteration. Otolaryngol Head Neck Surg 147:169, 2012
103. **Hoffman G.R., Jefferson N.D., Reid B.,**
Orbital Exenteration to Manage Infiltrative Sinonasal, Orbital Adnexal, and Cutaneous Malignancies Provides Acceptable Survival Outcomes: An Institutional Review, Literature Review, and Meta-Analysis ; J Oral Maxillofac Surg . 2016 Mar 74(3):631-43
104. **Nassab R. ; Thomas S. ; Murray D. ;**
Orbital exenteration for advanced periorbital skin cancers: 20 years experience. ; J Plast Reconstr Aesthet Surg 2007;60(10):1103-9.
105. **Marques A, Brenda E, Magrin J, Kowalski LP, Andrews JM.**
Critical analysis of methods of reconstruction of exenterated orbits. Br JPlast Surg, 1992; 45:523- 8.
106. **Nemet AY, Martin P, Bengner R,:**
Orbital exenteration: A 15 year study of 38 cases. Ophthal Plast Reconstr Surg 23:468, 2007
107. **Tyers AG:**
Orbital exenteration for invasive skin tumors. Eye 20: 1165, 2006
108. **Donahue PJ, Liston SL, Falconer DP, Manlove JC.**
Reconstruction of orbital exenteration cavities. The use of the latissimus dorsi myocutaneous free flap. Arch Ophthalmol, 1989;107:1681- 3.
109. **Roche P, Timon C:**
Orbital exenteration in periorbital malignancies. Surgeon 10:189, 2012
110. **Kuo CH, Gao K, Clifford A,:**
Orbital exenterations: An 18 year experience from a single head and neck unit. ANZ J Surg 81:326, 2011
111. **Shields JA, Shields C, Suvarnamani C, Tantisira M, Shah P.**
Orbital exenteration with eyelid sparing: Indications, techniques and results. Ophthalmic Surgery, 1991; 22:292- 7.
112. **Taylor A, Roberts F, Kemp EG:**
Orbital exenteration retro- spective study over an 11 year period analysing all cases from a single unit. Orbit 25:185, 2006
113. **F. Mouriaux, P. Barraco , P. Patenôtre , P. Pellerin.-**
L'exentération orbitaire ; Journal Français d'Ophtalmologie Vol 24, N° 8 - octobre 2001 ;pp. 865- 874.
114. **A. Gotzamanis , A. Ducasse , C. Brugniart , D. Sayag .-**
La greffe dermo- grasseuse Utilisation en chirurgie de reconstruction des cavités. Journal Français d'Ophtalmologie Vol 24, N° 8 - octobre 2001 pp. 865- 874

115. **Maheshawri R:**
Review of orbital exenteration from an eye care centre in Western India. *Orbit* 29:35, 2010
116. **D. Hirsbein , M. Muraine , A. Retout .**
Suivi à long terme des greffes dermo- graisseuses intra- coniques. *Journal Français d'Ophtalmologie* Volume 32, numéro S1 page 134 ;avril 2009.
117. **BOLEK TW., MOYSES HM., MARCUS RB JR.**
Radiotherapy in the management of orbital lymphoma. *Int j Radiat Oncol Biol Phys* 1999; 44:31-36.
118. **Krishna Reddy MD, PhD, Tobin Strom MD, Changhu Cen MD.**
Primary radiotherapy for locally advanced skin cancer near the eye. *Practical radiation oncology* 2012 2, 63-72.
119. **BRADY LW., SIMPSON LD., DAY JL., TAPLEY ND.**
Clinical applications of electron beam therapy. In: Perez CA, Brady LW, eds. *Principles and practice of radiation oncology*, 1997, 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Raven.
120. **HUG EB., ADAMSJ, FITZEK M..**
Fractionated, three-dimensional, planning-assisted proton-radiation rtherapy for Orbital rbdomyosarcoma : a novel technique. *Int j radiat Oncol Biol Phys* 2000; 47:979-984.
121. **KORTMANN RD., TIMMERMANN B., TAYLOR RE.**
Current and future strategies in radiotherapy of childhood low-grade glioma of the Brain. I. Treatment modalities of radiation therapy. *Strahlenther Onkol* 2003;179:509-520 .
122. **PLOWMAN PN., HARNETT AN.**
Radiotherapy in benign orbital disease. I. Complicated ocular angiomas. *Br j Ophtalmol* 1988; 72:286-288.
123. **WILDE G., SJOSTRAND J.A.**
clinical study of radiation cataract formation in adult life following gamma irradiation of the lens in early childhood. *Br J Ophtalmol* 1997; 81:261-266.
124. **MORAX S., BENIA L.,**
Traumatismes et chirurgie plastiques des paupières In : *Chirurgie palpébrale*. EMC Doin ed., PARIS, 1991 ;61- 95.
125. **LEONE CR. -**
Periosteal flap for lower eyelid reconstruction. *Am J Ophtalmol*. 1992 ;114,4 :513- 514.
126. **STRICKER M., GOLA R., CHOSSEGROS C., WALLER PY.**
-Chirurgie plastique et réparatrice des paupières et de leurs annexes. *Monogr. Chirurgie réparatrice*. Masson, Paris, 1990 ;275p.
127. **ALBERTI WE, SAGERMAN RH :**
Radiotherapy of intraocular and orbital tumors. *Medical radiology Series Springer-Verl, Berlin* 1993;217- 25
128. **CAUJOLLE JP, CLEVY JP, ORTONNE JP, NEGRE F, GASTAUD P.**
- La cryochirurgie dans le traitement des épithéliomas baso- cellulaire des paupières. *JFr Ophtalmol* 1989 ;12,4 :279- 86.

129. **BRON A, PETRELLA T, GARCHER C, CHIRPAZ L.**
-Les méfaits de la radithérapie locale appliquée aux tumeurs palpébrales. *Ophtalmologie* 1991 ;5 :324- 5.
130. **MARTA K. ROZANS ;**
Chemotherapy for childhood tumor- Orbital tumors, diagnosis and treatment. USA 2005, 410 p. ISBN 0-387-21321-X.
131. **MATTHEW W., GALINDO-RODRIGUEZ C.**
Chemotherapy for adult tumors-Orbital tumors, diagnosis and treatment. USA 2005, 422p. ISBN 0-378-21321-X.
132. **RANEY RB JR., DONALDSON MH., SUTOW WW..**
Special considerations related to primary site in rhabdomyosarcoma Study, 1972- 76. *Natl Cancer Inst Monogr* 1981; 56:69-74.
133. **MOUNIER N., GISSELBRECHT C. ;**
Anticorps monoclonaux dans le traitement des lymphomas. *Rev Prat*, 2002;52:982-5.
134. **BENABID L., DSABLENS B,**
Nouvelle approche thérapeutique du lymphome malin non hodgkinien orbitaire, *J Fr. Ophtalmol*, 2005;28,7,769-771.
135. **KUSHNERBJ.**
Intralesional corticosteroid injection for infantile adnexal hemangioma. *Am J Ophtalmol* 1982;93:496-506.
136. **Deans RM, Harris GJ, Kivlin JD.**
Surgical dissection of capillary hemangiomas. An alternative to intralesional corticosteroids. *Arch Ophthalmol* 1992;110:1743-7.
137. **F. Mouriaux, P. Barraco, P. Patenôtre, P. Pellerin ;**
L'exentération orbitaire, *J Fr. Ophtalmol.*, 2001; 24, 8, 865-874, Masson, Paris, 2001.

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف

والأحوال بادل وسعي في انقاذها من الهلاك والمرض

والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب والبعيد،

للسالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أخاً لكل زميل في المهنة الطبية

متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلانيتي، نقيّة مما يشينها تجاه

الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيدا

أطروحة رقم 074

سنة 2018

الأورام المدارية والجفنية: عن 12 حالة.

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2018/04/25

من طرف

السيد : أمين بومعيز

المزداد في 1992/10/10 ب بني ملال

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

مدار- جفن -سرطان الخلايا القاعدية - الإغواء

اللجنة

الرئيسة

السيدة ن. المنصوري.

أستاذة في جراحة الوجه و الفكين و جراحة التجميل.

المشرف

السيد أ. أبو شادي

أستاذ مبرز في جراحة الوجه و الفكين و جراحة التجميل.

السيد م. الكويشمي.

أستاذ مبرز في جراحة الوجه و الفكين و جراحة التجميل.

الحكام

السيد ي. الدرواسي

أستاذ مبرز في أمراض و جراحة الأذن و الأنف و الحنجرة.

