



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

Année 2018

Thèse N° 075

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 23/04/2018

PAR

M^{lle} : Marieme EL HASSNAOUI

Née le 16 Mars 1992 à Ouled Ayad

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Carcinomes- Paupières-Epidémiologie-Traitement-Reconstruction

JURY

| | | |
|------------|--|-------------------|
| Mme | S.ETTALBI Professeur de Chirurgie réparatrice et plastique | PRESIDENTE |
| Mr. | Y. BENCHAMKHA Professeur agrégé de Chirurgie réparatrice et plastique | RAPPORTEUR |
| Mr. | M.D. EL AMRANI Professeur agrégé de Chirurgie réparatrice et plastique | } JUGES |
| Mr. | A.FAKHRI Professeur agrégé d'Anatomie pathologie | |



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 وإني 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.

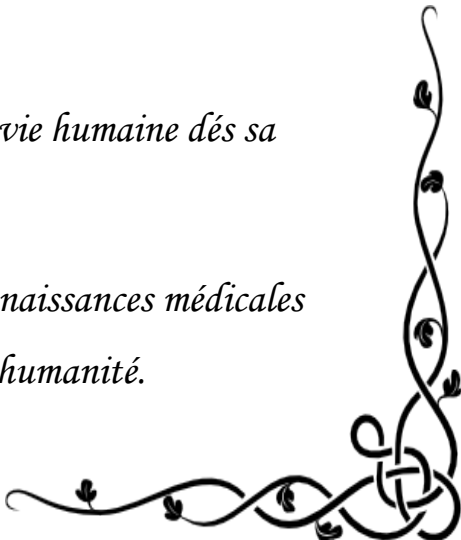
Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

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 | Ophthalmologie |
| 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 péripherique | 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 | LAKMICHY 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) |
| BELKHOUE 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 | QAMOUISS Youssef | Anesthésie- réanimation |
| BSISS Mohamed Aziz | Biophysique | RABBANI Khalid | Chirurgie générale |
| CHAFIK Rachid | Traumato- orthopédie A | RADA Nouredine | 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 Illias | 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 | OUEIAGLI 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 El 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 mes très chers Parents : Ahmed El hassnaoui et Malika El azouzi.
Comment parler de moi sans parler de vous, mes chers parents je
vous dois tant. Et c'est pour cette raison que je débute en vous
remerciant.*

*Tous les mots ne sauraient exprimer l'immense amour que je vous
porte, ni la profonde gratitude que je vous témoigne pour tous les efforts
et les sacrifices que vous avez consentis pour mon instruction et mon
bien-être.*

*C'est à travers vos encouragements, votre soutien, et vos prières,
que je me suis réalisée.*

*Je vous rends hommage par ce modeste travail en guise de ma
reconnaissance éternelle pour toute l'affection que vous n'avez jamais
cessé de me prodiguer.*

*Que Dieu tout puissant vous garde et vous procure santé et
bonheur pour que vous demeuriez le flambeau illuminant le chemin de
ma vie.*

*A ma soeur Samira El hassnaoui et ma soeur Amina et son epoux
Abdesalam et ses enfants Oumaima, Aboubaker Ziad, Marwa
Vous m'avez toujours aidé par votre soutien, vos encouragements et
vos
aides pratiques.. .*

*J'avoue vraiment que si je suis arrivée à être là c'est grâce à vous, à vous
aides
et à votre amour.*

*Je vous souhaite tout ce qu'il y a de meilleur, je vous dédie ce travail avec
mes
sincères remerciements*

A MES FRERES :

*Mon frère Abdelfatah et sa femme Fatima et ses deux enfant Youssef
et Farah*

*Mon frère Abdelali et sa femme Nazha et ses trois enfants Imane et
Mustapha ET Hamza*

*Mon frère Tarik et sa femme Fadoua et ses deux enfant Sara et Taha.
Vous avez rempli mes moments de joie et de bonheur, vous étiez toujours
prêts à m'aider.*

Je suis chanceuse de vous voir à mes cotés.

*J'espère que vous trouvez dans ce travail le témoin de mon amour et de
mon affection*

A TOUTE LA FAMILLE Lahmamssi

En tête de liste : Lhaj Brahim, Ahmed, WAafaa, Meryem...

*En témoignage de mon attachement et de ma grande considération.
J'espère que vous trouverez à travers ce travail l'expression de mes
sentiments les plus chaleureux.*

*Que ce travail vous apporte l'estime, et le respect que je porte à votre
égard, et*

soit la preuve du désir que j'avais depuis toujours pour vous honorer.

Tous mes vœux de bonheur et de santé...

A ma très chère Amie Asmaa Aafif

Nullle dédicace ne saurait exprimer mon amour et ma profonde affection.

*A toi chère amie qui a toujours su être à mon écoute et me comprendre à
demi-mot à travers un simple regard, à me reconforter au moment
opportun.*

*Aux moments inoubliables que nous avons passé ensemble, tu as toujours
été là et où il faut et quand il faut.*

*Les phrases me manquent pour t'exprimer ma grande reconnaissance et
mon admiration profonde.*

*Puisse dieu, tout puissant, te combles de santé, de bonheur et te procures
longue vie afin de réaliser tous tes rêves.*

A mes très chères Amies : Aziza Zozo. Samari Laamari, Aziza

Laamari, Soukaina noubaïl, Loubna Ait Lhaj, Laïla Beniakhay

*En souvenir des moments merveilleux que nous avons passés et aux liens
solides qui nous unissent.*

Un grand merci pour votre soutien, vos encouragements, votre aide.

J'ai reconnu en vous une sincérité et un amour fraternel authentique

.Aucun mot ne saurait décrire à quel point je suis fière de vous.

*Avec toute mon affection et estime, je vous souhaite beaucoup de réussite
et de bonheur, autant dans votre vie professionnelle que privée.*

Je prie Dieu pour que notre amitié et fraternité soient éternelles...

A tous mes amis (es) et à tous mes collègues : Ilyass Boualaga, Youssef

Belmkadem, Yassine Gatnaoui, Omar Idougrram, Abdelatif Slimi

Ghita El Baroudi, Hafsa El Hadri, Sara Maaroufi, Yahya

Elaatiqui, Othman Fartit, Layla El hizazi.....

Veillez accepter l'expression de ma gratitude et mon amitié éternelle.

Merci pour votre soutien durant les moments difficiles.

Merci pour votre encouragement, la joie que vous m'avez procurée et tous les moments inoubliables que nous avons passés ensemble. Puisse ce travail être le témoignage de mes sentiments sincères. Je vous souhaite bonheur, santé et prospérité.

Que notre amitié reste à jamais.

A tous ceux ou celles qui me sont chers et que j'ai omis involontairement de citer.

A Tous Mes enseignants tout au long de mes études. A tous ceux qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

À tous ceux qui ont cette pénible tâche de soulager les gens et de diminuer leurs souffrances

A MADAME LE DR O.Dhidañ

Vos conseils nous ont été des plus profitables dans l'élaboration de ce travail en consacrant avec beaucoup d'amabilité une partie de votre temps précieux.

Permettez-moi de vous exprimer toute ma gratitude et l'estime que vous méritiez

A l'équipe de chirurgie plastique: Dr Quaboul, Dr Bhihi, Dr Dhaz, Dr ejjayar et Dr sahibi

Je tiens à remercier et à témoigner toute ma reconnaissance pour l'expérience enrichissante et pleine d'intérêt qu'ils m'ont fait vivre durant les 2 mois de stage de chirurgie .

A TOUT LE PERSONNEL MEDICAL ET PARAMEDICAL DU SERVICE DE CHIRURGIE PLASTIQUE RECONSTRUCTION ESTHETIQUE ET BRULES RECONSTRUCTION ESTHETIQUE.



REMERCIEMENTS



À MON MAITRE ET PRESIDENTE DE THESE:

PROFESSEUR SALWA ETTALBI

*Professeur d'enseignement supérieur au CHU de Marrakech
Chef du service de chirurgie plastique reconstruction esthétique et
Brûlés*

À l'Hôpital Errazi Marrakech

*Vous nous avez accordé un grand honneur en acceptant de présider le
jury de notre thèse.*

*Nous avons eu la chance et le privilège de travailler sous votre direction,
de profiter de votre culture scientifique, vos compétences professionnelles
incontestables ainsi que vos qualités humaines qui vous valent
l'admiration et le respect.*

Veillez trouver ici, l'expression de notre grande estime.

À MON MAITRE ET RAPPORTEUR DE THESE

PROFESSEUR YASSINE BENCHAMKHA

*Professeur agrégé au service de chirurgie plastique reconstruction
esthétique et Brûlés*

À l'Hôpital Errazi Marrakech

*Pour tous les efforts inlassables, et toute la patience que vous avez
déployés pour que ce travail soit élaboré.*

*Vos qualités scientifiques, pédagogiques et humaines, qui m'ont
profondément émue, resteront pour moi un exemple à suivre dans
l'exercice de ma profession.*

*Ce fut pour moi, un honneur et un grand plaisir d'avoir préparé ma thèse
sous votre guidance et nul mot ne qualifie ma gratitude.*

*Je vous prie de bien vouloir trouver dans ce travail le témoignage de ma
reconnaissance et de mes sentiments les meilleurs.*

À NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE
PROFESSEUR MOULAY DRISS EL AMRANI

*Professeur agrégé au service de chirurgie plastique reconstruction
esthétique et Brûlés*

À l'Hôpital Errazi Marrakech

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

*Nous vous remercions d'avoir voulu répondre à notre souhait de vous
avoir parmi nos membres de jury..*

*En acceptant de juger notre travail, vous nous accordez un très grand
honneur.*

*Veillez trouver, chère maître, dans ce travail, l'expression de notre
profond respect.*

À NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE
PROFESSEUR ANASS FAKHRI

*Professeur agrégé au service d'Anatomie Pathologique
A l'hôpital Errazi de Marrakech*

*C'est pour nous un immense plaisir de vous voir siéger parmi le jury de
notre thèse. Nous avons été impressionnés par votre amabilité, et votre
abnégation.*

C'est pour nous l'occasion de vous témoigner respect et considération.



LISTES D'ABREVIATIONS



| | |
|-----------------|---|
| Ant | : antérieur |
| BAV | : Baise de l'acuité visuelle |
| CBC | : carcinome basocellulaire |
| CE | : Carcinome épidermoïde |
| CSC | : Carcinome spinocellulaire |
| CID | : Canthus interne droit |
| CED | : Canthus externe droit |
| DLR | : Douleur |
| ECG | : Electrocardiogramme |
| GY | : Gray |
| Inf | : inférieur |
| IRM | : imagerie par résonance magnétique |
| KA | : kératose actinique |
| RDT | : Radiothérapie |
| Sup | : supérieur |
| PDS | : perte de substance |
| P S | : paupière supérieur |
| MB | : Membrane basale |
| TDM | : tomodensitométrie |
| TDM-CTAP | : La tomodensitométrie cervico-thoraco-abdomino-pelviennne. |
| UICC | : l'Union Internationale Contre le Cancer |
| XP | : Xéroderma pigmentosium |



PLAN



| | |
|---|-----------|
| INTRODUCTION | 1 |
| MATERIELS ET METHODES | 4 |
| I. Matériel | 5 |
| 1. Type d'étude | 5 |
| 2. Lieu de l'étude | 5 |
| 3. Durée de l'étude | 5 |
| 4. Recrutement des patients | 5 |
| II. Méthodes | 6 |
| 1. Le recueil des données | 6 |
| 2. Le traitement des données | 6 |
| RESULTATS | 8 |
| I. Le profil épidémiologique | 9 |
| 1. L'incidence annuelle | 9 |
| 2. L'âge | 9 |
| 3. Le sexe | 10 |
| 4. L'origine géographique | 11 |
| 5. Nombre des patients référés | 11 |
| 6. Les antécédents | 12 |
| II. Le profil clinique | 17 |
| 1. Le délai de consultation | 17 |
| 2. L'aspect macroscopique | 17 |
| 3. Le siège | 18 |
| 4. Les signes fonctionnels | 19 |
| 5. L'examen Clinique | 20 |
| 6. La classification selon l'extension tumorale | 20 |
| 7. L'atteinte ganglionnaire clinique | 23 |
| III. Le profil para clinique | 23 |
| 1. La biopsie-diagnostique | 23 |
| 2. Le bilan para clinique d'extension | 24 |
| 3. La classification TNM | 27 |
| 4. Le bilan préopératoire | 28 |
| IV. Le profil thérapeutique | 28 |
| 1. Le traitement chirurgical | 28 |
| 2. Le traitement complémentaire | 40 |
| V. Le suivi post opératoire | 40 |
| DISCUSSION | 44 |
| I. Rappels | 45 |
| 1. Embryologie | 45 |
| 2. L'anatomie descriptive | 45 |
| 3. Physiologie des paupières | 67 |
| 4. L'histoire naturelle des cancers | 68 |
| 5. Cancérogenèse cutanée | 70 |
| 6. Histologie des carcinomes | 73 |
| II. L'analyse épidémiologique | 80 |

| | |
|--|------------|
| 1. Prévalence et incidence | 80 |
| 2. L'âge et le sexe | 81 |
| 3. L'origine géographique | 82 |
| 4. Facteurs de risque | 83 |
| III. L'analyse clinique | 91 |
| 1. Le délai de consultation | 91 |
| 2. Les signes fonctionnels | 93 |
| 3. Les caractéristiques de la tumeur | 93 |
| 4. Extension ganglionnaire | 96 |
| IV. L'analyse paraclinique | 97 |
| 1. L'étude histopathologique | 97 |
| 2. Les explorations radiologiques | 102 |
| V. L'analyse thérapeutique | 108 |
| 1. La chirurgie | 109 |
| 2. Le traitement complémentaire | 149 |
| VI. Le pronostic et le suivi des patients | 158 |
| VII. La prévention | 159 |
| 1. La prévention primaire | 160 |
| 2. La prévention secondaire | 161 |
| 3. La prévention tertiaire | 162 |
| VIII. Les limites et perspectives | 162 |
| CONCLUSION | 164 |
| RESUMES | 166 |
| ANNEXES | 171 |
| BIBLIOGRAPHIE | 179 |



INTRODUCTION



Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

Le carcinome est une prolifération maligne de cellules épithéliales. Il est principalement d'origine kératinocytaire ou d'origine glandulaire annexielle. Parmi les carcinomes d'origine kératinocytaire, on individualise le carcinome basocellulaire et le carcinome épidermoïde (CEC) [1].

La définition d'un carcinome évolué est problématique due à son caractère multifactoriel, incriminant l'étendue en surface et en profondeur du carcinome, ainsi que l'étendue de la perte de substance qu'il engendrera et les structures nobles qui seront sacrifiées. La difficulté de la définition vient aussi du caractère subjectif et de la grande part de l'évaluation personnelle du chirurgien. [2]

Les paupières sont des lames cutanéomusculo-tarso-conjonctivales complexes, mobiles recouvrant la partie antérieure du globe oculaire. Elles ont une fonction importante tant que la protection du globe oculaire qu'esthétique où elles participent, avec les sourcils, à l'expressivité du regard.

Les tumeurs palpébrales représentent 15 % des tumeurs malignes de la face, et 5 à 10 % de toutes les tumeurs cutanées [196]. Les facteurs de risque bien connus reprennent classiquement l'exposition solaire cumulée et la présence des lésions précancéreuses. Son incidence croît régulièrement avec l'âge. [121].

La prise en charge des carcinomes palpébraux est en premier lieu chirurgicale, La complexité anatomique des paupières constitue en elle-même un défi technique en matière de chirurgie carcinologique. Certes, il est difficile d'évaluer clairement l'extension lésionnelle, voire délicate la réalisation des exérèses en monoblocs, et enfin illusoire de réaliser une reconstruction à l'identique [1]. La prise en charge thérapeutique représente un challenge pour le chirurgien qui doit non seulement respecter les règles carcinologiques lors de la chirurgie d'exérèse, mais aussi bien les règles de la reconstruction pour rétablir les fonctions mécaniques et physiologiques, et les aspects esthétiques des paupières.

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

La pathologie tumorale des paupières est au carrefour de plusieurs spécialités comme la médecine générale, la dermatologie, la chirurgie plastique, l'ophtalmologie et la maxillo-faciale. Chaque spécialiste a donc en charge le dépistage précoce, clé de voûte du pronostic de la pathologie tumorale.

Les objectifs de ce travail :

- Mettre la lumière sur le profil épidémiologique des patients atteints des carcinomes évolués des paupières.
- Préciser les modalités thérapeutiques chirurgicales des carcinomes évolués des paupières
- Discuter les moyens de chirurgie réparatrice des PDS des paupières, leurs indications et leurs résultats.

Cette réflexion est argumentée par une étude rétrospective des carcinomes évolués des paupières faite au sein du service chirurgie plastique CHU MOHAMED VI, de Janvier 2011 à juin 2017.



*MATÉRIELS ET
MÉTODES*



I. Matériel:

1. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique.

2. Lieu de l'étude :

Les cas ont été colligés au service de chirurgie plastique, réparatrice et des brûlés du centre hospitalier universitaire Mohamed VI de Marrakech.

3. Durée de l'étude :

La période de l'étude est comprise entre janvier 2011 au juin 2017.

4. Recrutement des patients

a) Les critères d'inclusion étaient les suivants:

- la biopsie préalable: Seule les tumeurs malignes histologiquement confirmées ont été retenues.
- Le type histologique sur l'étude anatomopathologique: le carcinome basocellulaire et le carcinome épidermoïde.
- Caractère évolué du carcinome classé stade T3 et T4 selon classification TNM.
- Envahissement palpébral (à point de départ extrinsèque)

b) Les critères d'exclusion étaient les suivants:

- Carcinomes autres que les carcinomes basocellulaires et les carcinomes épidermoïdes.
- Dossiers inexploitable.
- Les patients non opérés ou perdues de vue

c) **L'échantillonnage :**

Tous les patients atteints des carcinomes évolués des paupières admis au service de chirurgie plastique, réparatrice et des brûlés du centre hospitalier universitaire Mohamed VI de Marrakech qui répondaient aux critères d'inclusion ont été inclus dans l'étude.

II. Méthodes :

1. Le recueil des données

Le recueil des données épidémiologiques, cliniques, radiologiques, histologiques et thérapeutiques a été réalisé pour chaque patient à partir des dossiers médicaux, des documents photographiques du carcinome avec les différents temps opératoire disponibles aux archives du service, ainsi que par contact téléphonique. Ces données ont été recueillies selon une fiche d'exploitation établie au préalable. (Annexes1)

2. Le traitement des données :

Les données recueillies à travers la fiche d'exploitation préétablie ont été analysées. Elles ont été rassemblées en utilisant le logiciel Microsoft Excel. La description statistique des variables de l'échantillon a été calculée et présentée sous forme de tableau et graphiques.

Pour chaque dossier les données analysées portaient sur :

- ✓ **Les données épidémiologiques:** l'âge du patient, le sexe, l'origine, le phototype, Les antécédents personnels et familiaux, les facteurs de risques des carcinomes.
- ✓ **Les données cliniques:** tous nos patients ont bénéficiés d'un examen clinique complet comportant:

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

- L'examen précisant les caractères de la tumeur : la date de début, la lésion initiale, la manipulation de la lésion, la durée d'évolution de la tumeur, sa taille, sa localisation, son aspect morphologique et son degré d'envahissement local.
- L'examen locorégional, l'examen des aires ganglionnaires, l'examen de la parotide et l'examen somatique complet.

✓ **Les données para-cliniques:**

- Le type histologique: Les pièces d'exérèses ont été adressées pour l'étude anatomopathologique afin de confirmer le diagnostic et s'assurer des marges d'exérèses.
- Les bilans radiologiques réalisés en fonction du degré d'envahissement.
- Le bilan préopératoire standard a été demandé chez tous nos patients avec complément par des explorations plus spécifiques en cas d'indication.
- Les données thérapeutiques: les marges d'exérèse, les données anatomopathologiques des pièces d'exérèses, l'éventuelle reprise chirurgicale, le type de reconstruction, les gestes associés ainsi que les éventuels traitements non chirurgicaux complémentaires dont a bénéficié le patient.
- Et enfin le suivi des patients: complications postopératoires, récurrences locales

Les photographies pré et postopératoires de la tumeur ont été prises systématiquement.



RESULTATS



I. Le profil épidémiologique:

1. L'incidence annuelle :

Sur une période de 6 ans et 6 mois, du Janvier 2011 au Juin 2017, nous avons colligé 36 carcinomes évolués des paupières soit:

- une moyenne de 5.53 carcinome par an.
- Deux pics de 9 carcinomes retrouvés au cours de l'année 2017 et 2015.
- un minimum de cas en 2012 et 2010 avec un seul cas (**Figure1**).

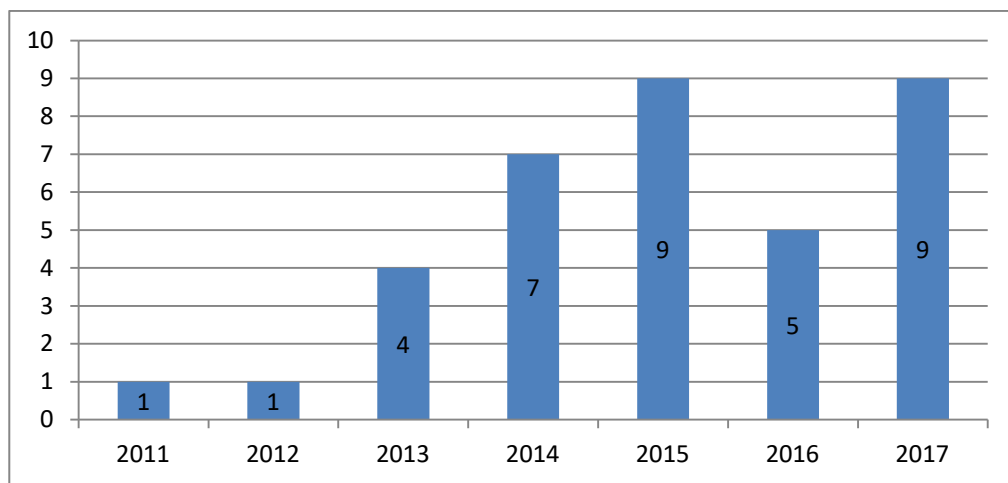


Figure 1:L'incidence annuelle des carcinomes palpébraux.

2. L'âge:

La moyenne d'âge au moment de découverte de la tumeur était de 60 ans avec des extrêmes allant de 06 ans à 88 ans et une concentration des 15 cas (41.66%) dans la tranche d'âge 60 - 80ans (**Figure2**).

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

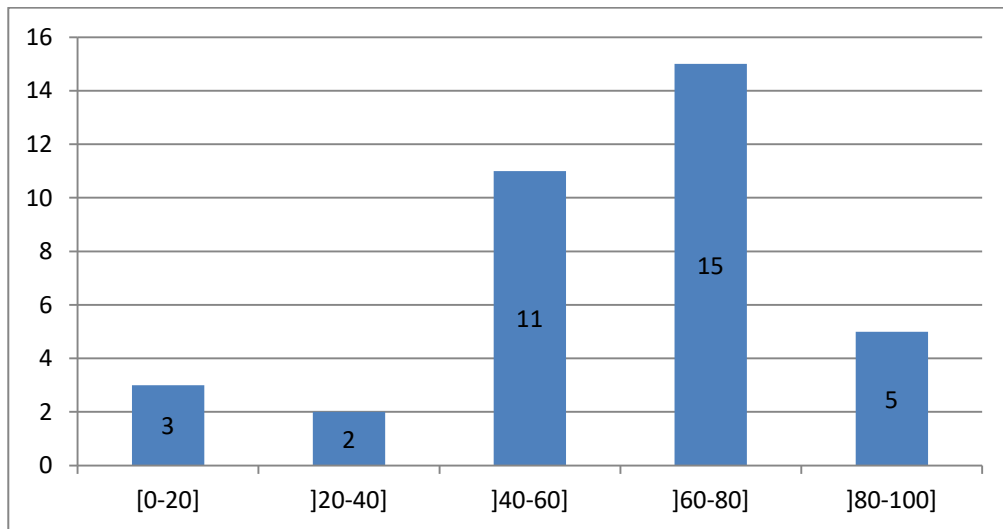


Figure 2 : La répartition des malades selon les tranches d'âge.

3. Le sexe:

Notre série regroupait 36 patients, dont 23 hommes et 13 femmes avec un sexe ratio H/F=1.76, les deux tiers étaient des hommes et le un tiers était des femmes. (Figure 3).

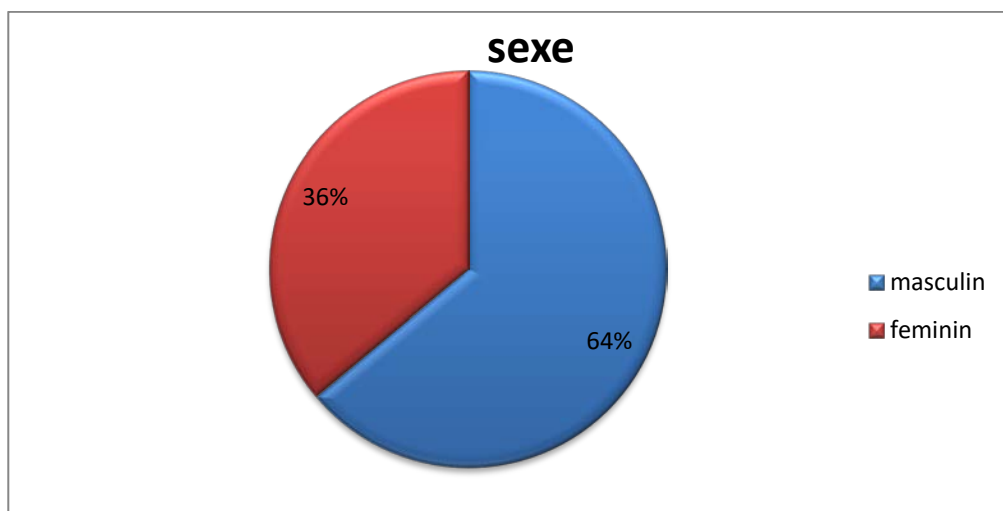


Figure 3: La répartition des patients selon le sexe

4. L'origine géographique:

Dans notre série, 2 cas sur 3 de nos patients provenaient du milieu rural. (Figure 4).

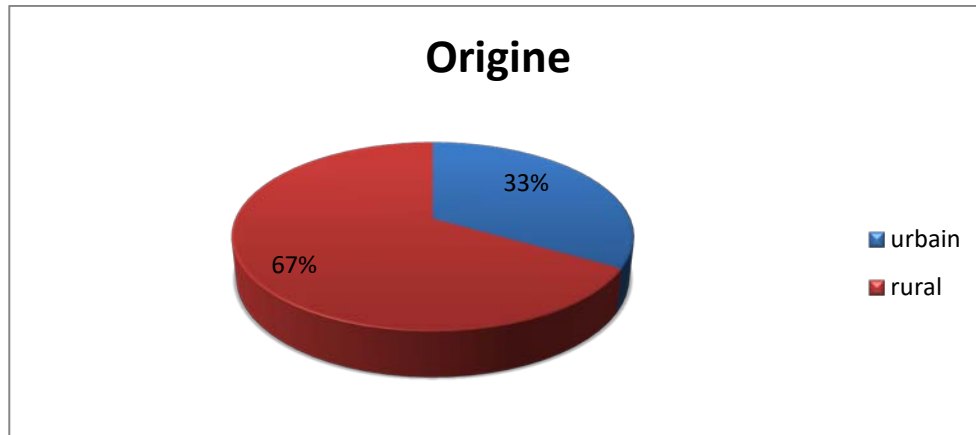


Figure 4 : La répartition des patients selon leur origine géographique

5. Nombre des patients référés :

- trois patients étaient adressés par des ophtalmologistes privés, trois par des dermatologues privés et deux par des généralistes de centre de santé.
- cinq patients ont été adressés par le service de dermatologie, quatre par le service ophtalmologie et un patient a été transféré du service d'ORL et un cas du service de chirurgie plastique de CHU ibno rochd de Casablanca.
- Les autres patients consultaient directement notre service au sujet d'une tuméfaction palpébrale.

TableauN° I : Le nombre des patients référés.

| | Ophtalmologue | | Dermatologue | | Service d'ORL | Médecin généraliste | Service de chirurgie plastique |
|--------|---------------|-------|--------------|-------|---------------|---------------------|--------------------------------|
| | CHU | Prive | CHU | prive | | | |
| Nombre | 4 | 3 | 5 | 3 | 1 | 2 | 18 |

6. Les antécédents:

6.1 Les facteurs de risque :

a) Le phototype:

Le phototype III était le phototype prédominant avec 54 % des cas, suivi du phototype IV dans 35 % des cas. (Figure 5)

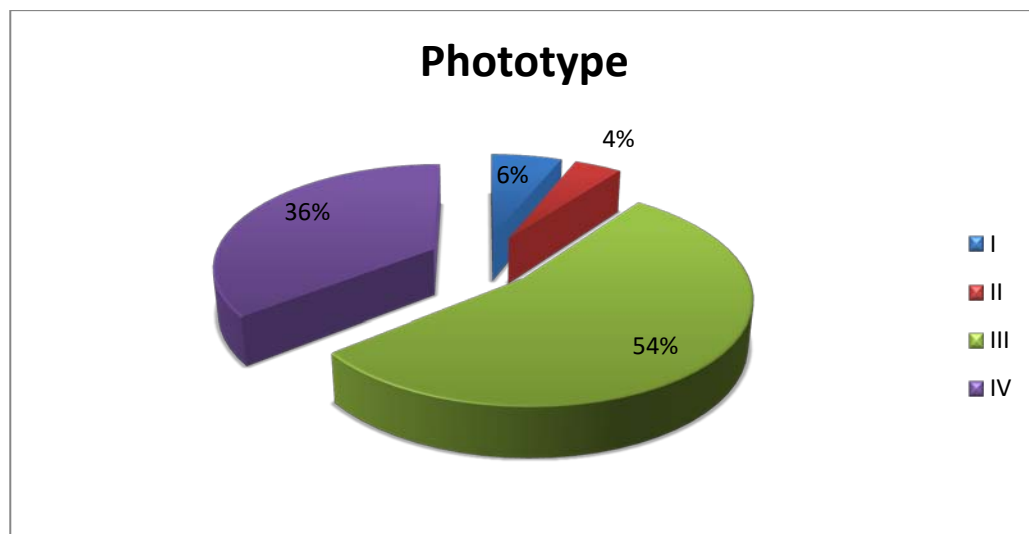


Figure 5 : La répartition des patients selon leur phototype

b) L'exposition solaire :

Tous nos patients étaient exposés au soleil durant leur enfance et leur adolescence, sans protection notable. L'exposition solaire était difficilement quantifiable, néanmoins, elle est retrouvée de façon importante chez 63% de nos patients liée à une activité professionnelle exercée en plein air. (Figure 6).

Les patients concernés étaient essentiellement des Fellah, maçons, journaliers et des vendeurs ambulants.

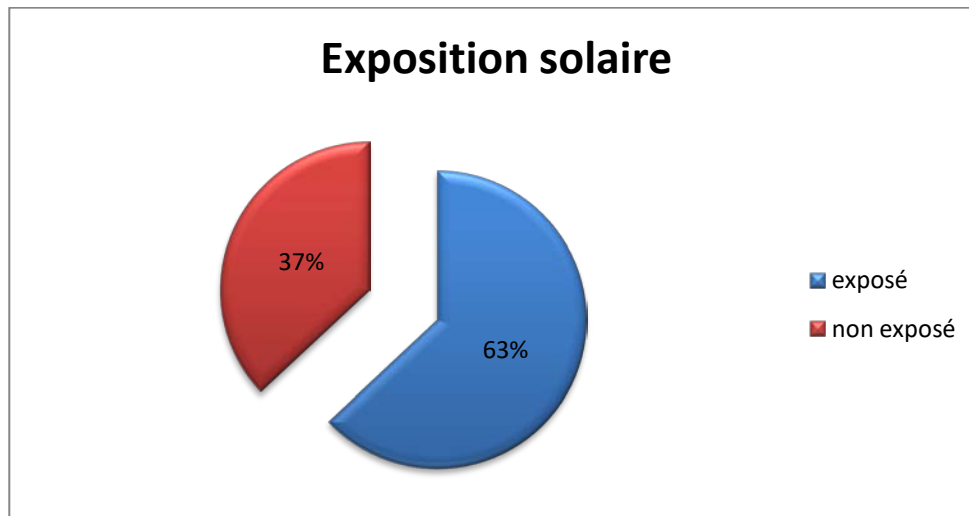


Figure 6 : Répartition des patients selon la photo exposition.

c) Les états précancéreux :

Les carcinomes sur des lésions préexistantes étaient survenus dans 13 cas.

- Cinq patients avaient une xerodermia pigmentosum, parmi ces patients deux avaient carcinomes basocellulaire et les autres un carcinome spinocellulaire.
- Trois patients avaient une kératose actinique Parmi ces 3cas, deux patients avaient développés un carcinome basocellulaire et l'autre cas un carcinome spinocellulaire.
- Deux patients avaient un antécédent du traumatisme palpébral.
- Un seul patient avait un albinisme a développé un CBC
- Un patient avait un nævus a développé un CSC
- Un seul patient avait 3 lésions concomitantes : kératose actinique, la maladie de Bowen et albinisme ce cas a développé un carcinome spinocellulaire.

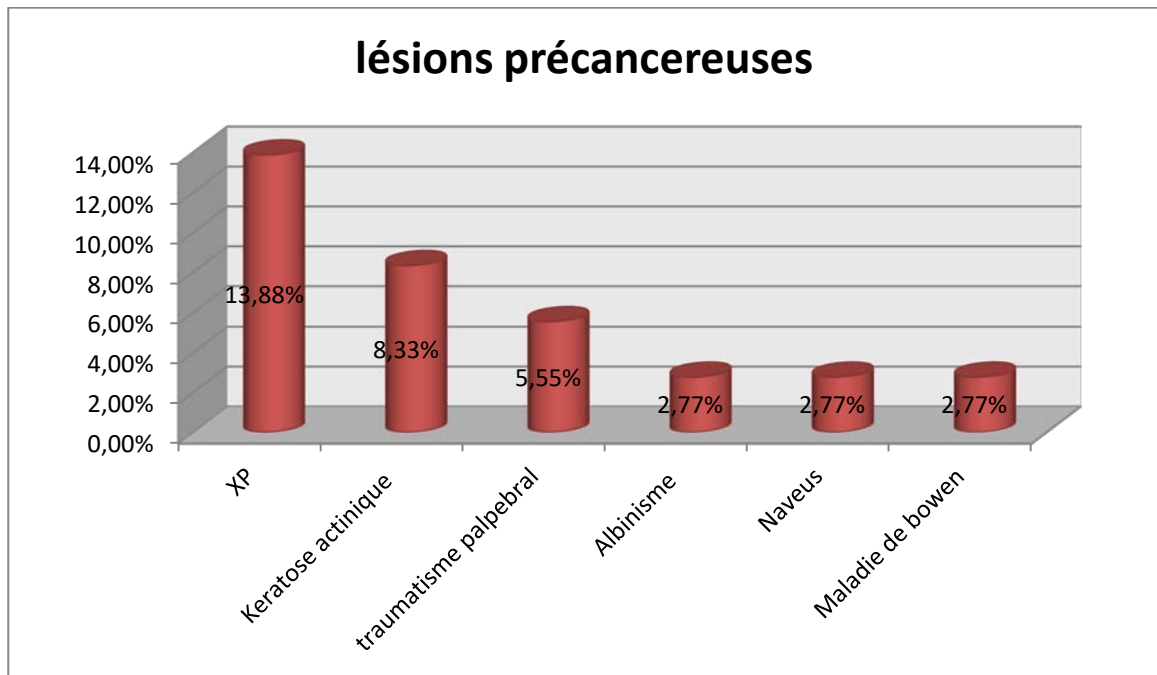


Figure 7 : Pourcentage des patients avec des états précancéreux.



Figure 8 : carcinome basocellulaire de la paupière supérieure gauche sur xéroderma pigmentosum chez un enfant âgé 12ans

6.2 Le tabagisme:

Le tabagisme a été noté chez 7 patients, 5 d'entre eux étaient des tabagiques actifs et dans ces derniers 2 avaient sevrés, 2 étaient passifs et 29 patients non tabagiques. (Figure 9)

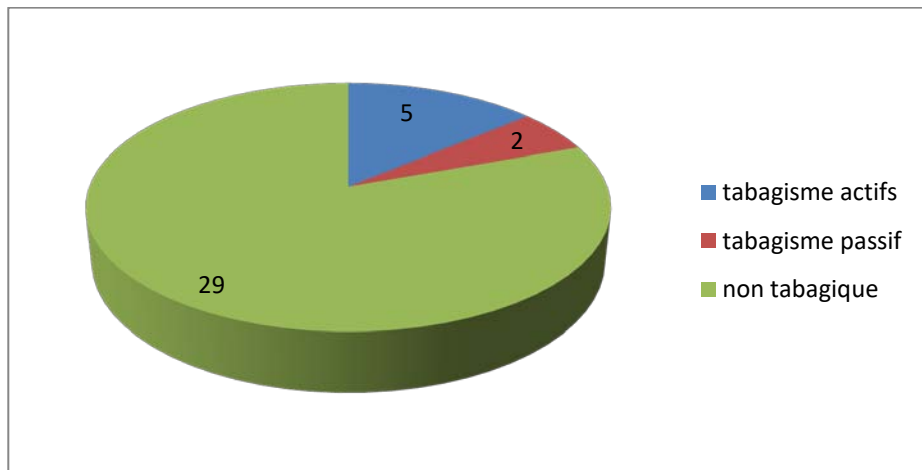


Figure 9 : L'incidence des patients tabagique dans notre série.

6.3 Les antécédents carcinologiques:

- Onze patients avaient des antécédents personnels de cancer cutané. **(Figure 10)**
- Dans notre série, nous rapportons 5 cas de récives tumorales :
 - Dans 3 cas, un patients présentait une tuméfaction maligne de type carcinomes basocellulaire, qui avait déjà bénéficié d'une cure chirurgicale dans notre service , un patient a été opéré au service de chirurgie plastique du CHU de ibn rochod avec une récive après 5ans et autre cas à bénéficier de 3 reprise chirurgicale avec récive au niveau de CID.
 - La récive tumorale était de type carcinome spinocellulaire dans 2 cas chez nos patients. une patiente a été opérée à 2 reprises pour une tumeur du scalp qui avait récivé au niveau de la paupière supérieure. Le 2ème patient était opéré en plusieurs reprises dans notre service pour des tumeurs faciales qui consultait pour une récive tumorale au niveau palpébrale.

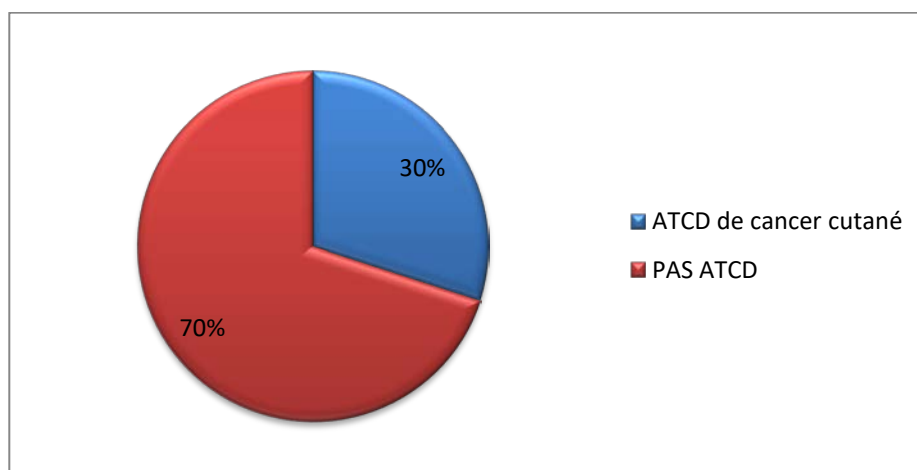


Figure10 : L'incidence d'antécédent de cancer cutané chez nos patients.

6.4 Les autres tares associées :

- cinq patient étaient hypertendus (13.88%) sous antihypertenseurs, avec des chiffres dans la marge normale de la tension artérielle lors de la prise en charge.
- un seul patient était diabétique (2.77%), avec des taux de glycémie dans les normes au moment de la prise en charge.
- Un seul patient avait une cardiopathie hypokinétique d'allure ischémique.
- Deux patients avaient une pathologie dermatologique (épidermodysplasie verruciforme et pseudopoikilodermie).
- un seul patient avait une IRA.
- un seul patient avait un retard mental.
- Par ailleurs, les antécédents de presque des deux tiers de nos patients (25 cas) étaient sans particularités.

Tableau N°II: Les différents tares associés chez nos patients

| | Nombre de cas | Le pourcentage |
|---------------------------|---------------|----------------|
| HTA | 5 | 13.88% |
| Diabète | 1 | 2.77% |
| Cardiopathie | 1 | 2.77% |
| Néphropathie | 1 | 2.77% |
| Pathologie dermatologique | 2 | 5.55% |

6.5 Les cas similaires dans la famille :

Les patients recrutés ne présentaient pas de cas similaires au niveau de leurs familles.

II. Le profil clinique:

1. Le délai de consultation:

Le délai entre l'apparition de la lésion tumorale et la consultation était compris entre 3 mois et 30 ans (soit 250 mois) avec une moyenne de 55 mois (4.5ans).

2. L'aspect macroscopique:

L'aspect macroscopique était dominé par les lésions ulcérées dans 47.22% des cas, suivi par les lésions nodulaires dans 25%, les lésions ulcéro-nodulaires dans 16.66% enfin les lésions ulcéro-bourgeonnantes qui ne représentaient que 11.11%. (Figure 11).

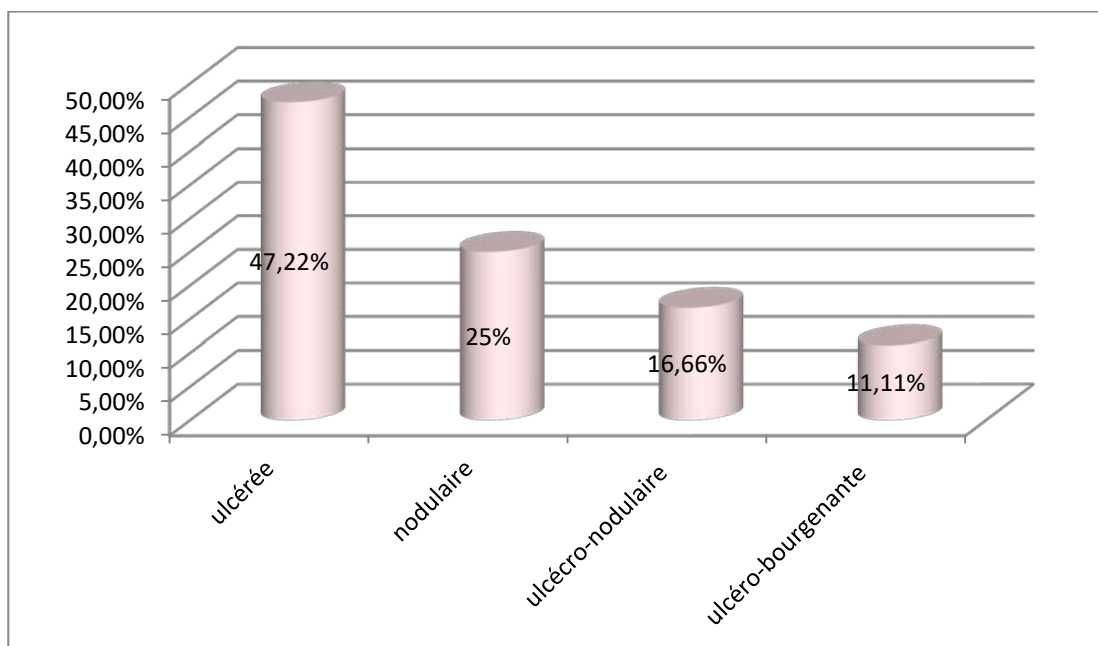


Figure 11 : Répartition des carcinomes selon leur aspect macroscopique



Figure 12: Aspect bourgeonnant d'un carcinome épidermoïde du toute la région palpébrale droite chez une fille âgée de 8ans qui avait un XP.



Figure 13 : aspect ulcéré d'un carcinome basocellulaire latero-nasal droit avec un envahissement canthal interne chez un patient âgé de 63ans remonte à 3 ans

3. Le siège :

- Les lésions intéressaient pratiquement toutes la région palpébrale avec des proportions différentes, ils prédominaient surtout au niveau de la paupière inférieure avec 12 cas (33.33%) puis 10 cas au niveau de canthus interne (27,77%).
 - Trois patients avaient une localisation au niveau de la paupière sup (8.33%).
 - Un cas était au niveau du canthus externe (2.77%).
 - Pour les 10 autres patients restants (27.77%) :
- ✓ Trois patients avaient un carcinome prenait à la fois la paupière inférieure, la paupière supérieure et le canthus interne.
 - ✓ Deux patients présentaient une atteinte bilatérale des paupières.
 - ✓ Cinq patients avaient une atteinte de toute la région palpébrale.

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

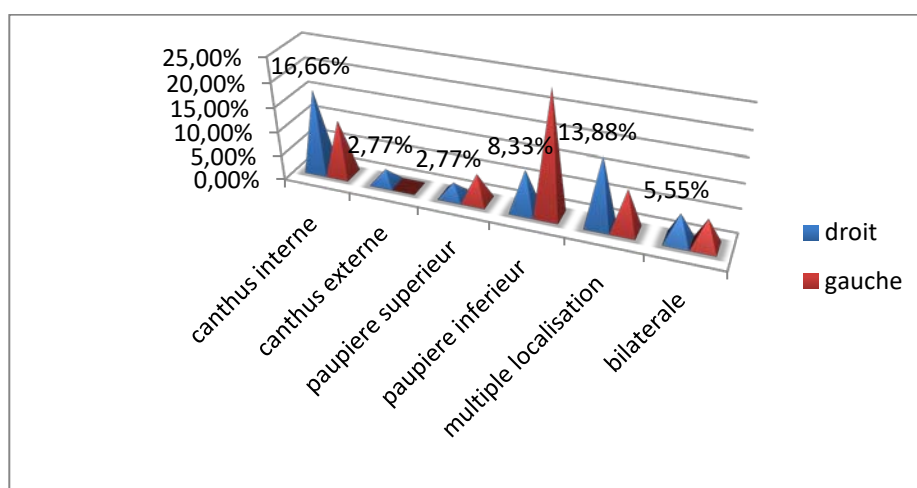


Figure14 : Répartition des lésions selon leur siège.

4. Les signes fonctionnels :

- Tous nos patients avaient consulté suite à des signes d'infiltration locale : douleur, saignement, issue de pus et ulcération des lésions tumorales.
- cinq cas (13.88%) de nos patients consultaient suite à une récurrence tumorale.
- Un pourcentage de 13.88% consultait au stade de cécité.

Tableau N° III : Les motifs de consultations et les signes accompagnateurs chez nos patients

| | Nombre des cas | Pourcentage |
|-----------------------------|------------------------|-------------|
| nodule | 14 | 38.88% |
| Ulcération | 12 | 27.77% |
| végétation | 3 | 8.33% |
| nævus | 2 | 5.55% |
| tuméfaction | 2 | 5.55% |
| Récidive tumorale | 5 | 13.88% |
| | Signes accompagnateurs | |
| | Nombre de cas | Pourcentage |
| Douleur | 5 | 13.88% |
| Larmolement | 11 | 30.05% |
| Baisse de l'acuité visuelle | 6 | 16.66% |
| Prurit | 3 | 8.33% |
| Rougeur oculaire | 9 | 25% |
| Déformation palpébrale | 3 | 8.33% |
| Cécité | 5 | 13.88% |
| Saignement au contact | 10 | 27.77% |
| Issue e pus | 6 | 16.66% |
| Autre | 2 | 5.55% |



Figure 15: CBC fronto-orbito-malaire gauche chez une patiente âgée de 76 ans classé T4 selon la classification TNM consulte au stade de cécité.

5. L'examen Clinique:

La dimension de la tumeur, mesurée selon son grand axe était comprise entre 2cm et 5 cm pour le carcinome basocellulaire et entre 3 cm et 7 cm pour le carcinome spinocellulaire.

- ❖ Les lésions étaient infectées dans 6 cas, et saignaient au contact dans 10 cas.
- ❖ vingt-huit malades présentaient une douleur à la palpation de la tumeur.

Signes associés :

- Un patient présentait une infiltration clinique de la glande parotidienne.
- Un seul cas avait une malposition palpébrale type de ptosis
- Deux cas avaient une limitation des mouvements oculaires, 6 cas de baisse de l'acuité visuelle et un cas d'exophtalmie.
- huit malades présentaient un envahissement de bord libre, 3 patients présentaient un envahissement de la voie lacrymale.

Dans nôtre série 20 patients avaient bénéficiés de l'examen ophtalmologique.

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

L'examen avait objective:

- Cinq patients avaient une cécité.
- Six patients avaient une BAV .
- Examen à LAF avait objective 6 cas de cataracte, une ulcération cornéenne et un cas de plaie conjonctivale ces 2 derniers cas sont suite à un traumatisme oculaire.
- Un cas d'exophtalmie et un cas de ptérygion

Pour l'examen O.R.L était réalisé chez tous nos patients, un cas avait une amputation 1/3 sup de l'oreille gauche et un autre avait une lésion prétragienne très évolué avec atteinte d'hélix.



Figure 16 : CSC sur un XP bourgeonnant et saignant au contact responsable de destruction de l'OG avec issue de pus chez un patient âgé 23ans

6. La classification selon l'extension tumorale :

Concernant notre série, 47.22% des carcinomes présentait une extension aux structures de voisinage et 11,11 % présentait une autre localisation tumorale.

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

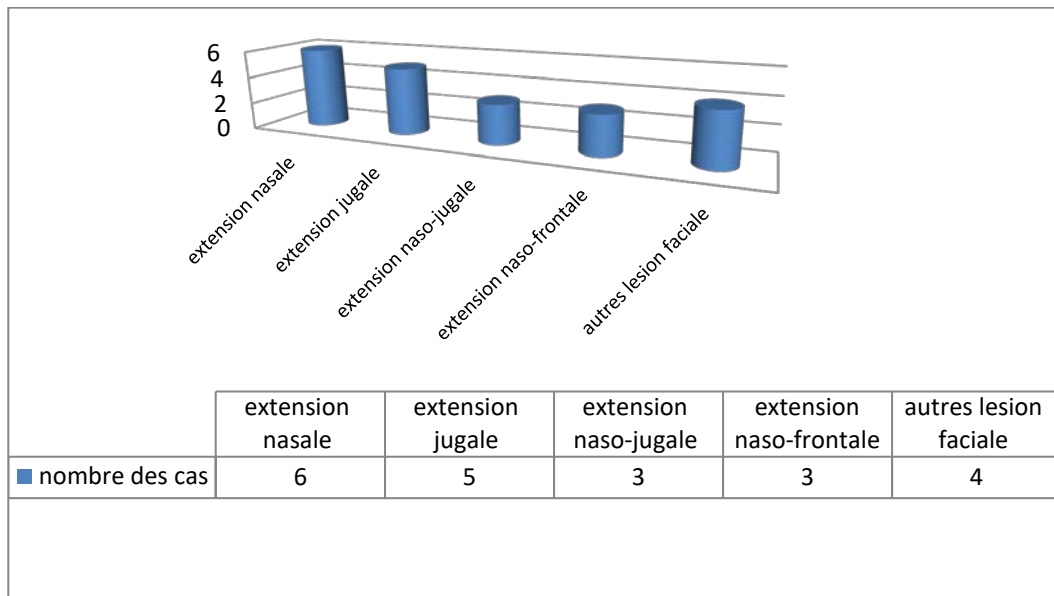


Figure 17: Les différentes extensions et localisations tumorales.



Figure 18: CSC à plusieurs localisations medio-frontal et canthal interne droit chez une patiente avait une épidermodysplasia veruccuforme.



Figure 19 : CBC ulcéré canthal droit avec envahissement naso-jugo-frontal chez un patient âgé de 75ans

7. L'atteinte ganglionnaire clinique:

Lors de cette étude 5 patients atteints de carcinome épidermoïde (spinocellulaire) avaient présentés des adénopathies sous mandibulaires et pré-tragiennes indolores et mobiles palpables bilaterale dans 3 cas et des adénopathies péri auriculaires homolatérales dans 2 cas. Par ailleurs seulement deux cas de carcinome basocellulaire qui avaient des adénopathies jugulo-carotidiennes et sous maxillaires bilatérales et cervicales homolaterale.

Tableau N° IV : L'atteinte ganglionnaire clinique chez nos patients

| | Homolatérale | bilatérale |
|------------|---------------------|-------------------|
| CSC | 3 (8.33%) | 2 (5.55%) |
| CBC | 1 (2.77%) | 1 (2.77%) |

III. Le profil para clinique:

1. La biopsie-diagnostique:

Tous nos patients avaient bénéficié d'une biopsie diagnostic préalable à l'exérèse carcinologique.

Cette biopsie diagnostique avait révélé :

- ❖ Carcinome basocellulaire (CBC) : (27) 75%.
- ❖ Carcinome épidermoïde (CSC) : (9) 25 %

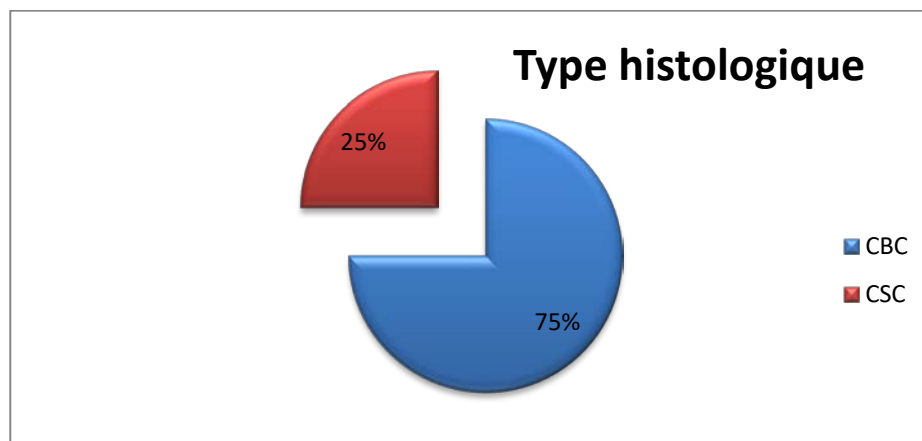


Figure 20: Répartition des lésions selon le type histologique.

L'étude histologique confirmait la présence en majorité de 2 types de CBC : CBC infiltrant et nodulaire puis la forme sclérodermiforme.

En revanche, les carcinomes épidermoïdes étaient tous infiltrants et moyennement différenciés dans 7 cas, un seul cas de type mature et bien différencié et un cas de CSC de type basaloïde.

2. Le bilan para clinique d'extension:

Le bilan para -clinique faisait à la recherche d'un envahissement local, locorégional et de métastase à distance était :

- Une tomodensitométrie a été demandée chez 19 patients:

TableauN°V: Les différents types des TDM demandés.

| Type de TDM | faciale | orbitaire | Cranio-faciale | Blondeau |
|-------------|---------|-----------|----------------|----------|
| Nombre | 8 | 6 | 4 | 1 |

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

Ce bilan avait objectivé

- ❖ une extension osseuse chez 7 patients, un envahissement de la graisse intra orbitaire chez 6 patients avec 4 cas d'atteintes de la graisse extra conique et 2 de la graisse intra conique, l'infiltration des muscles oculomoteurs chez 4 cas et 3 cas d'une extension ganglionnaire.

Il avait aussi permis de mettre en évidence un envahissement des structures sous cutanées adjacentes avec atteinte de plusieurs unités faciales dans 7 cas.



Figure21: TDM orbitaire montrant un processus tumoral palpébral gauche infiltrant la graisse extraconique et l'insertion du muscle droit externe

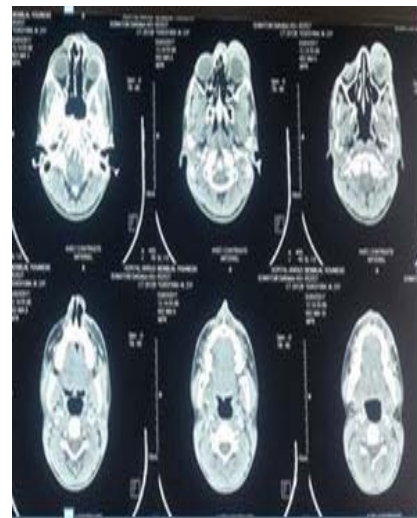


Figure22: TDM faciale montrant un processus lésionnel de la partie ant de l'orbite droit englobant la moitié ant du globe oculaire avec infiltration de l'insertion des muscles oculomoteurs

- Une imagerie par résonance magnétique a été demandée chez 8 patients :

Tableau N°VI : Les différents types des IRM demandés.

| IRM | orbitaire | Orbito-faciale |
|--------------------|-----------|----------------|
| En préopératoire | 4 | 3 |
| En post-opératoire | 2 | 0 |

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

Ce bilan avait objectivé :

- ❖ Une extension osseuse chez 2 patients, un envahissement de la graisse intra orbitaire chez 5 patients avec 2 cas d'atteinte de la graisse extra conique, un cas d'atteinte de la graisse intra conique et 2 cas d'atteinte de la graisse intra et extra conique.
- ❖ Un envahissement des muscles oculaires chez 3 patients.
- ❖ Un cas de récurrence tumorale locale révélée par une IRM post-op
- ❖ un cas d'exophtalmie

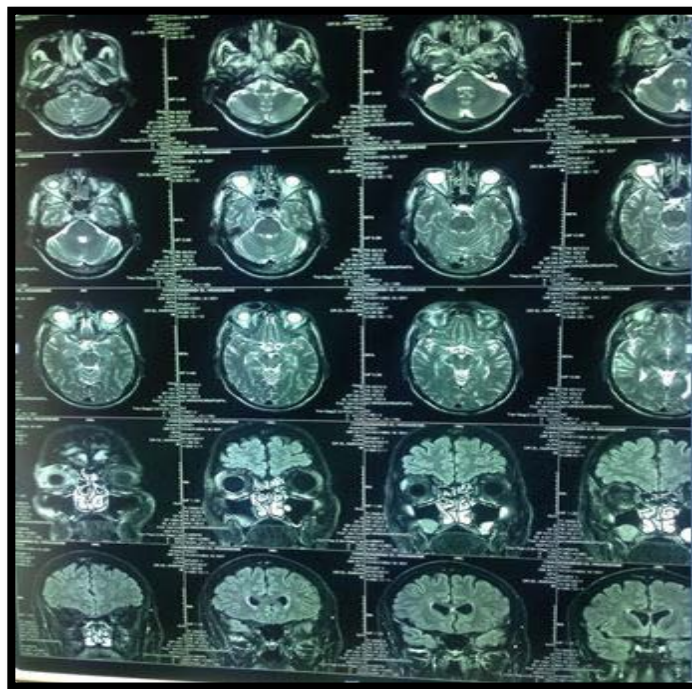


Figure 23 : IRM orbitaire avait montré une masse du canthus interne de l'OD de 16*16*20 mm avec infiltration de la graisse extraconique et de muscle droit en faveur d'une récurrence.

➤ Autres bilans d'extension :

- Une échographie cervicale a été faite pour 9 patients qui avaient un carcinome épidermoïde, elle avait objectivé la présence d'adénopathies infra-centimétriques chez 2 patients, L'échographie avait une valeur orientatrice pour la réalisation de curage ganglionnaire.

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

- Un bilan d'extension de TDM cérébrale et TDM thoracique et échographie abdominale et un radio thorax ont été réalisés pour tous nos patients qui avaient un carcinome spinocellulaire (épidermoïde).

Ce bilan avait objectivé:

- Un seul cas d'extension méningée temporale gauche.
- Le reste de bilan était sans particularité, ils n'avaient objectivé aucun cas de métastase hépatique ou pulmonaire.
- La scintigraphie osseuse et le pet scan n'ont été demandés dans aucun cas.

3. La classification TNM :

Au terme du bilan clinique et para clinique, la tumeur a été classée selon la classification TNM de l'Union Internationale Contre le Cancer L' UICC et nous a permis de dresser Le tableau ci-dessous (N° VII)

Tableau N° VII : La répartition des tumeurs de nos patients selon la classification TNM des tumeurs palpébrales. (UICC 2009)

| | N | | M | |
|------------|----|----|-------|-------|
| | N0 | N1 | M0 | M1 |
| T1 : 0 cas | -- | | ----- | ----- |
| T2 : 0 cas | -- | | ----- | ----- |
| T3: 20cas | -- | 3 | ----- | 1 |
| T4: 16 cas | -- | 4 | ----- | ----- |

- 55.55% de nos patients étaient classés T3.
- 19.44% de nos patients étaient classés N1.
- Un seul cas(2,77%) de métastase cérébrale représentait par une extension méningée.

4. Le bilan préopératoire:

Tous nos patients avaient bénéficié d'un bilan préopératoire comprenant un bilan biologique, un bilan radiologique, un ECG et une consultation préopératoire.

Un avis cardiologique avec éventuel écho-cœur était jugé nécessaire pour 5 patients.

IV. Le profil thérapeutique:

1. Le traitement chirurgical:

1.1 Le type d'anesthésie:

Tous les patients avaient bénéficié d'une prise en charge chirurgicale et ils étaient tous opérés sous anesthésie générale.

1.2 Le but de la chirurgie:

Le but de la prise en charge chirurgicale a été carcinologique pour tous nos patients.

1.3 L'exérèse chirurgicale :

a) Les marges d'exérèse :

❖ Les marges cutanées de sécurité variaient entre 3mm et 30mm.

- | | |
|-----------------|----------------|
| - 3mm : 7 cas | -5 mm : 11 Cas |
| - 10 mm : 8 cas | -15 mm : 4Cas |
| - 20 mm : 4 Cas | -30 mm : 2 Cas |

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

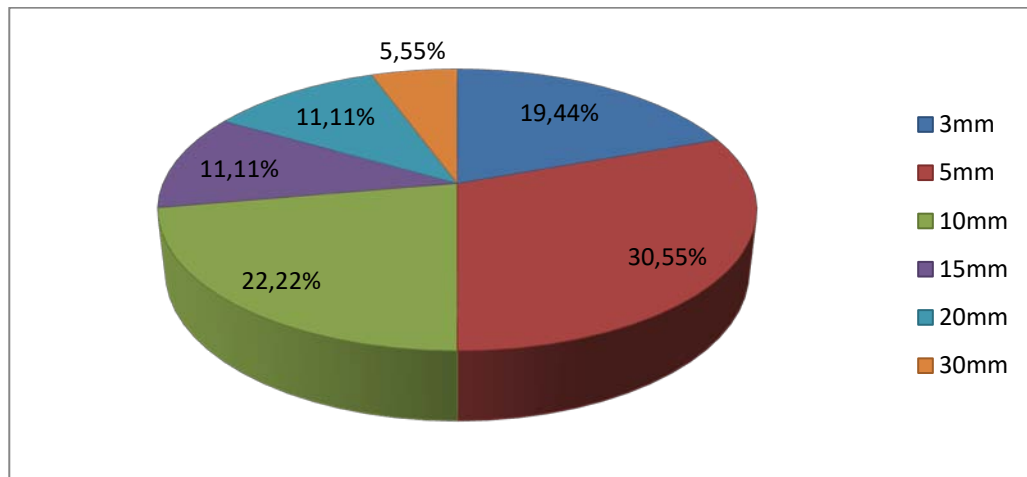


Figure 24 : La répartition selon les marges d'exérèses

b) L'exérèse en profondeur :

Dans notre série l'exérèse en profondeur était: Transfixiant dans 20 cas et non transfixiant dans 16 cas. (figure25)

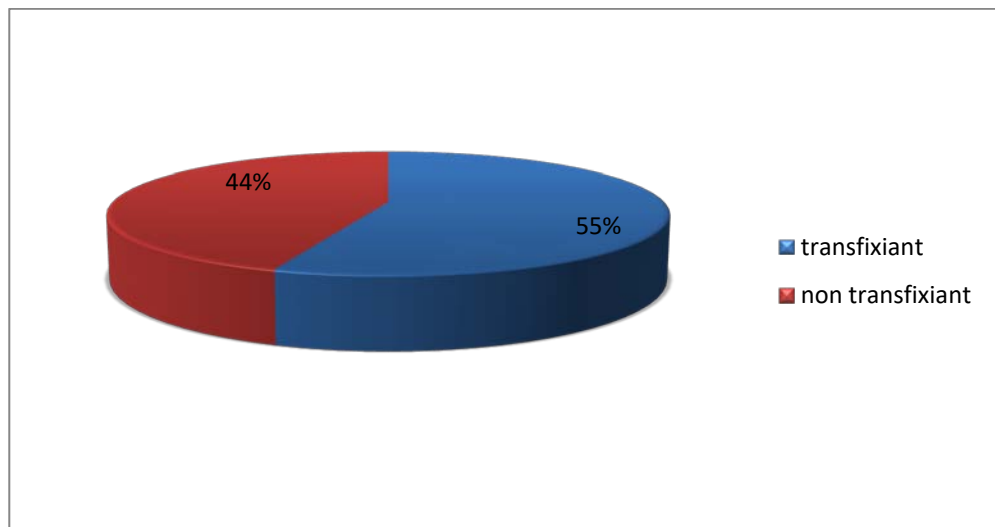


Figure 25 : La répartition selon la profondeur de l'exérèse.

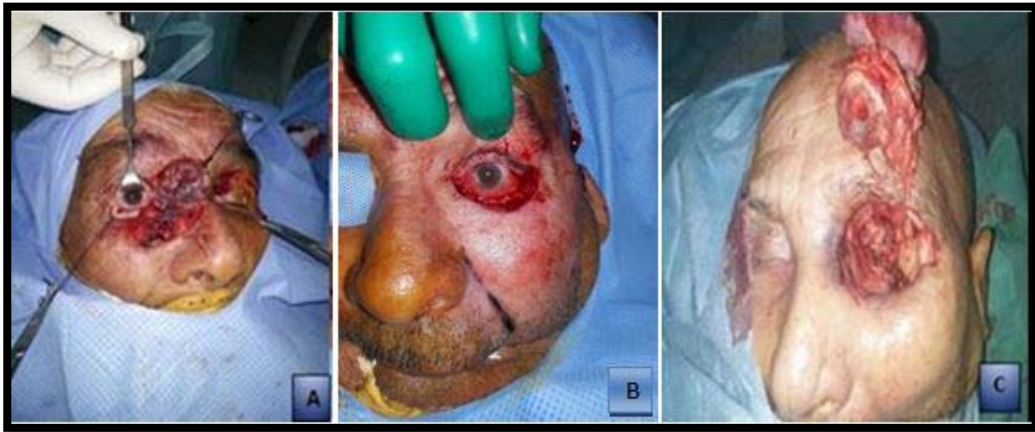


Figure 26 : la profondeur de l'exérèse tumorale

A : L'exérèse tumorale partielle canthale ; **B** : L'exérèse totale de la paupière inférieure ;
C : une exentération orbitaire

c) **Le curage ganglionnaire:**

Dans notre série, le curage ganglionnaire était fait pour 7 patients (19.44%).

La parotidectomie : a été réalisée chez 2 cas soit 5.55% des malades.

L'indication principale était l'infiltration parotidienne connue en préopératoire chez deux patients avaient un carcinome spinocellulaire.

d) **Indication de l'exentération au cours de l'exérèse:**

Dans notre série, Nous avons eu recours à l'exentération à 13 reprises soit 36.11% des malades.

Notons que pour 8 cas d'exentérations, il s'agissait d'un carcinome basocellulaire (4 sclerodermiforme, 3 ulcéré et 1 nodulaire) et pour les 5 autres cas c'était un carcinome spinocellulaire moyennement différencié et infiltrant.

Tableau N°VIII : Les types d'exentérations orbitaires :

| | totale | subtotale | élargie |
|----------------|--------|-----------|---------|
| L'exentération | 8 cas | 0 cas | 5 cas |



Figure 27: Une exentération élargie d'un CBC sclerodermiforme

e) **La qualité de l'exérèse chirurgicale :**

Toutes les pièces d'exérèses étaient envoyées pour étude anatomopathologique, afin de confirmer le diagnostic et d'étudier les marges d'exérèses.

- les exérèses étaient considérées comme complètes avec marges saines 83% des cas (30 tumeurs).
- L'exérèse était tumorale dans 17% cas (6 tumeurs).

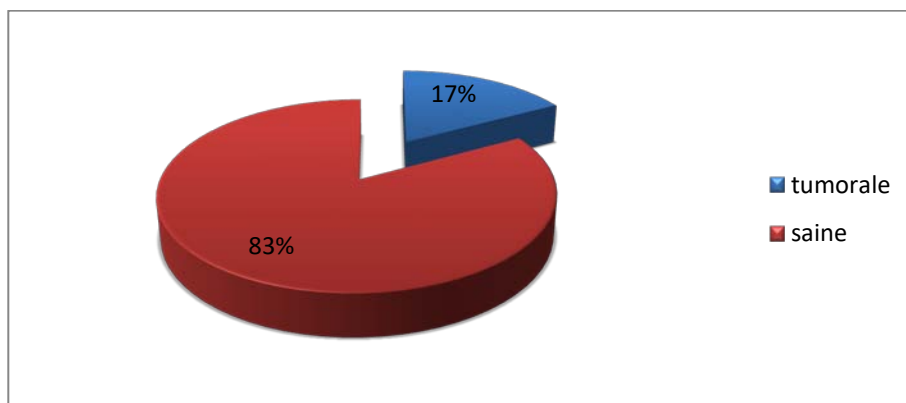


Figure 28 : La qualité d'exérèse chirurgicale chez nos patients

1.4 La couverture de la perte de substance:

a) Le temps de la couverture :

- La reconstruction était immédiate dans 10 cas (27.77%).
- Pour la majorité des carcinomes (72.22%) la confirmation histologique était obtenue avant la reconstruction chez les 26 cas restants.

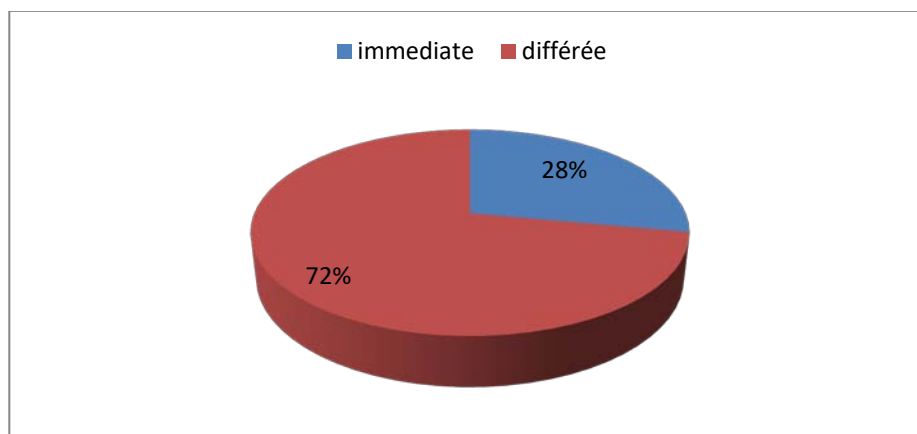


Figure 29 : Répartition selon le délai de la reconstruction

b) Les caractéristiques de la perte de substance :

- o La dimension de la perte de substance, mesurée selon son grand axe était comprise entre 3 cm et 15 cm pour le carcinome basocellulaire, et entre 4 cm et 20 cm pour le carcinome spinocellulaire.

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

- Une reprise pour atteinte de la marge d'exérèse était réalisée chez 6 patients, 3 cas avaient un CBC et 3 cas avaient un CSC, Ces patients avaient bénéficié d'une reprise immédiate, en élargissant les marges et la profondeur d'exérèse, Les résultats histologiques obtenus étaient revenus marges saines.
- Le délai moyen de la reprise était de 20 jours.
- Une exérèse de propreté était réalisée chez 5 de nos patients (13.88%), trois d'entre eux avaient un CSC et 2 cas avaient un CBC sur un terrain de xéroderma pigmentosum, dans un cas la tumeur était étendue sur plusieurs unités esthétiques, avec mutilation importante.

c) Les moyens de couverture :

✓ **La suture directe:**

Vu la grande taille des pertes de substance et la localisation tumorale, aucune suture directe n'a été utilisée comme technique de reconstruction définitive.

✓ **La cicatrisation dirigée:**

vingt-six patients avaient une exérèse tumorale d'une lésion canthal interne, palpébrale inférieure ou une exentération orbitaire, ils ont été bénéficiés d'une cicatrisation dirigée avant la reconstruction.

Vu la grande taille des pertes de substance, seulement un cas où la cicatrisation dirigée a été utilisée comme technique de reconstruction définitive.



Figure 30 : La cicatrisation dirigée après l'exérèse d'un CBC fronto-orbito-malaire.

✓ **Les greffes cutanées:**

Les greffes cutanées seuls ont été utilisés dans 13 cas (36.11%), Il s'agissait de peau totale dans 9 cas et de peau mince dans 4 cas.

Tableau N°IX: Les différentes régions du prélèvement du greffe.

| site de prélèvement | Région Sus-claviculaire | Régionpre-tragienne | Face externe du bras | Face antero-externe de cuisse | Région inguinal |
|---------------------|-------------------------|---------------------|----------------------|-------------------------------|-----------------|
| Nombre | 5 (38.46%) | 2 (15.38%) | 2 (15.38%) | 3(23.07%) | 1(7.69%) |



Figure 31 : Greffe de peau totale prélevée au niveau du bras chez un patient avait un carcinome basocellulaire infiltrant de la paupière inferieure gauche.



Figure 32 : Greffe de peau totale prélevée au niveau du bras chez un patient avait un carcinome épidermoïde canthal droit avec un envahissement fronto-nasal.

✓ **La greffe de cartilage :**

Dans notre série, la greffe de cartilage a été utilisée dans 4 cas (11.11%) pour la réparation palpébrale. Il s'agissait de cartilage prélevé au niveau du pavillon de l'oreille dans 2 cas et au niveau nasal dans 2 cas.



Figure33: Greffon de cartilage conchal pour la reconstruction tarsale de la paupière inférieure.

✓ **La greffe composite**

Dans notre série, la greffe mucopalatine a été utilisée dans 2 cas (5.55%) pour la réparation palpébrale.

✓ **Les lambeaux :**

L'utilisation des lambeaux a été nécessaire dans 23 cas (63%).

- Les lambeaux locaux et régionaux : étaient les plus utilisés.

Tableau N°X : Les différents lambeaux utilisés

| Les lambeaux | Nombre de cas |
|---------------------------|---------------|
| Temporojugale de Mustarde | 5 |
| Pedicule de Tripier | 1 |
| Orbitonasogenien | 2 |
| Temporal | 8 |
| fascia temporalis greffé | 2 |
| Sclap | 3 |



Figure 34: Reconstruction de la paupière inférieure droite par un lambeau orbito-naso-genien



Figure 35 : L'utilisation du muscle temporal pour le comblement de la cavité d'exentération après l'exérèse tumorale d'un CBC.



Figure 36 : La reconstruction d'une cavité d'exentération orbitaire par un lambeau temporal
A : reconstruction différée d'une cavité d'exentération ; B : lambeau de muscle temporal
C : reprise des berges ; D : comblement de l'orbite



Figure37 : La reconstruction palpébrale par un lambeau frontal externe.

A : Exérèse d'un CBC Sclérodermiforme de la paupière supérieure avec un envahissement fronto-nasal

B : La reconstruction conjonctivale par une greffe de muqueuse buccale prélevée en face interne de joue puis la couverture par un lambeau frontal externe



Figure 38 : Une exérèse tumorale avec une reconstruction de la cavité d'exentération par un lambeau temporal

A : CSC bourgeonnant de la région palpébrale droite sur une XP

B : 1^{er} temps : exérèse tumorale et mise en place d'un lambeau temporal

C : La cicatrisation dirigée puis la greffe de peau totale en 2^{eme} temps

D : résultat après 18 mois



Figure 39 : La couverture de la cavité d'exentération par un lambeau du muscle temporal homolatéral gauche

A : CBC bourgeonnant de la paupière supérieure ; **B :** Exérèse tumorale avec une exentération totale ; **C :** Tracé d'un lambeau temporal ; **D :** Comblement de la cavité d'exentération par un lambeau temporal avec résultat post-op immédiat.

- Les lambeaux à distance : un lambeau dorsal libre a été utilisé dans notre série chez deux cas.



Figure 40 : Couverture de la cavité d'exentération par un lambeau dorsal libre

A : La reconstruction différée de la cavité d'exentération **B :** Tracé du lambeau dorsal
C : Reconstruction de la cavité d'exentération par le lambeau dorsal

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

- ✓ L'utilisation d'épithèse:

Aucun patient n'a bénéficié d'une épithèse oculo-palpébrale

2. Le traitement complémentaire:

2.1 La radiothérapie :

Six patients furent adressés au service d'oncologie de l'hôpital CHU MOHAMMED VI de Marrakech, pour complément de prise en charge:

- ✓ Les six patients avaient bénéficiés d'une exentération orbitaire.
- ✓ Quatre patients avaient un CSC et deux avaient un CBC.
- ✓ Le délai de prise en charge après la chirurgie était de 4 mois en moyenne.
- ✓ Une radiothérapie locale externe par électrons était instaurée chez les six patients, avec dose complète (60 Gy) chez les 3 patients.
- ✓ La dose a été fractionnée : 20Gy par séance et 5 séances par semaine soit une durée moyenne de 7 semaines.

2.2 La chimiothérapie :

Aucune chimiothérapie n'était administrée pour nos patients.

V. Le suivi post opératoire:

➤ A court et moyen terme :

- Parmi les 6 patients avaient une exérèse incomplète au résultat d'anatomopathologie définitive, nous avons eu recours à une reprise chirurgicale des marges périphériques pour: deux cas d'un CBC sclérodermiforme, un seul cas d'un CSC moyennement différencié et un cas a perdue de vue et 2 autres cas étaient adressés au service oncologie pour une éventuelle radiothérapie
- Les résultats histologiques obtenus après la reprise chirurgicale étaient revenus avec marges saines.

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

- La complication majeure était la nécrose chez trois cas : une nécrose cutanée de la partie distale du lambeau du scalp avec une nécrose osseuse, un cas d'un lambeau de rotation et autres cas du lambeau dorsal libre.



Figure 41: La nécrose cutanée totale du lambeau dorsal chez un patient âgé de 60 ans suivi pour une cardiomyopathie.

- Deux cas d'infection étaient notées chez 8.69% des patients, jugulées grâce à une antibiothérapie générale (amoxicilline -acide Clavulanique+ ciprofloxacine puis adaptée à l'antibiogramme) et des pansements adaptés.
- Une lyse partielle de la greffe cutanée notait chez 4 patients jugulée par un suivi rapproché et des pansements adaptés.
- Deux patients présentaient un ectropion
- Seul cas de rétraction de perte de substance avec limitation de l'ouverture de la fente palpébrale.
- Un patient a été adressé au service d'ophtalmologie pour exérèse d'une tumeur conjonctivale.

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

TableauN°XI: Les complications liées à la chirurgie chez nos patients:

| | infection | saignement | Ectropion | Retraction de PS |
|---------------|-----------|------------|-----------|------------------|
| Nombre de cas | 2 | 1 | 2 | 1 |

TableauN°XII: Les complications liées au moyen de couverture chez nos patients.

| | Nécrose partielle de lambeau | Lyse partielle de la greffe cutanée | Nécrose osseuse |
|---------------|------------------------------|-------------------------------------|-----------------|
| Nombre de cas | 3 cas | 4 cas | 1 cas |

Deux ectropions cicatriciels rétractiles étaient pris en charge dans notre service par une libération avec une greffe de peau totale.

Un cas avait une rétraction de la paupière supérieure avec limitation d'ouverture de l'œil et une dépression temporale droite, il avait bénéficié d'un lipofiling du canthus externe.



Figure 42: Nécrose cutanée de la partie distale du lambeau du scalp avec une nécrose osseuse étendue chez un patient âgé de 85 ans.

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

➤ A long terme :

Le suivi était possible pour 30 patients, alors que 4 patients étaient perdus de vue d'emblés et 2 étaient décidés.

✓ Nous avons observés:

- Une récurrence et l'apparition des nouvelles lésions au niveau du visage et de tout le corps chez 2 patients suivis pour XP.
- Une récurrence tumorale chez :

-Un patient après 2 ans de la prise en charge d'un CBC infiltrant fronto-orbitaire.

-une récurrence sur un lambeau de couverture de la cavité d'exentération chez 3 patients.



Figure 43: Récidive tumorale au niveau du lambeau du scalp chez un patient qui avait un CBC sclerodermifome du front après 2 ans.



Figure 44 : Une récurrence d'un CBC sur un lambeau de couverture de la cavité d'exentération.



DISCUSSION



I. Rappels

1. Embryologie [4,5,124]

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 fronto-nasal 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 la kératinisation des bords libres.

Les paupières sont des zones peri-orificielles et photo-exposées, elles ont un risque élevé de développer des tumeurs cutanées agressives et récidivantes car elles dérivent de la fusion des bourgeons embryonnaires sur la ligne médiane, ce qui favorise par leur moindre résistance tissulaire leur infiltration en profondeur, en particulier le long des axes nerveux.[124]

2. L'anatomie descriptive .

2.1 Les paupières [6, 7,8, 9,10]

2.1-1 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,

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

circonscrivent entre leurs bords libres la fente palpébrale, limitée en dedans et en dehors par les canthus.

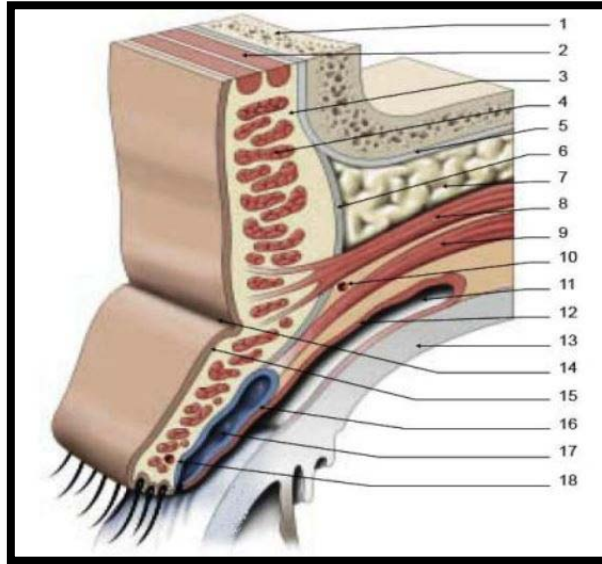


Figure 45: anatomie de la paupière [8]

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

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

masquant la sclérotique. Ils sont divisés en deux parties par l'orifice des canalicules lacrymaux ou points lacrymaux :

- Une portion interne lacrymale d'une longueur de 6 mm de direction transversale ne comportant pas des cils.
- une portion externe ciliaire qui s'étend du point lacrymal à l'angle externe sur une longueur de 24 mm.
- Un plan sagittal : dans ce plan, le bord libre des paupières est divisé en deux parties séparées par une ligne grise :
 - en avant la partie cutané-musculaire avec implantation des cils sur trois ou quatre rangs irrégulièrement disposés.
 - en arrière de la « ligne grise », un plan tarso-conjonctival avec 25 à 35 orifices glandulaires correspondant aux canaux excréteurs des glandes de Meibomius.
- 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. Il siège à 6 mm en dedans du rebord osseux et 10mm en dessous de la suture fronto-malaire.
- l'angle interne palpébral ou canthus interne : il correspond à la réunion des deux bords libres palpébraux dans le segment lacrymal. Il est amarré au rebord interne de l'orbite par le ligament latéral interne. Dans l'ovale qu'il encercle, on trouve deux formations anatomiques distinctes : la caroncule et le repli semi-lunaire.

2.1-2 Structure palpébrale :

Cinq plans superposés peuvent être individualisés :

- Le plan cutané et le tissu cellulaire sous-cutané ;
- Le muscle orbiculaire
- Le septum orbitaire et la charpente fibreuse palpébrale ;

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

- Les muscles releveurs des paupières supérieurs
- Revêtement conjonctival et sécrétion lacrymale.

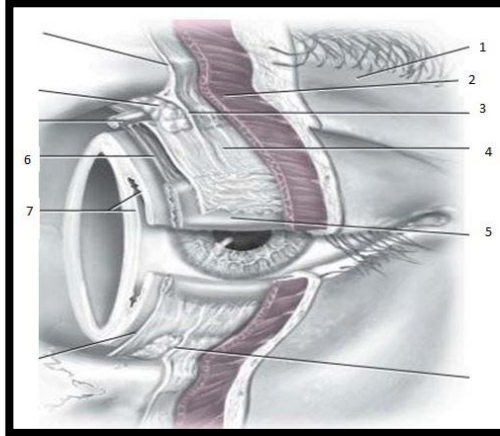


Figure 46 : Les différents plans palpébraux [197]

1.La peau ; 2.Le muscle orbiculaire ; 3. Septum ; 4.L'aponevrose de releveur de la paupière supérieure ; 5.Le tarse ; 6.Le muscle de Müller. ; 7.La conjonctive.

a) **Peau et fascia sous-cutanée [132, 151, 198, 199, 200, 201, 202, 203]**

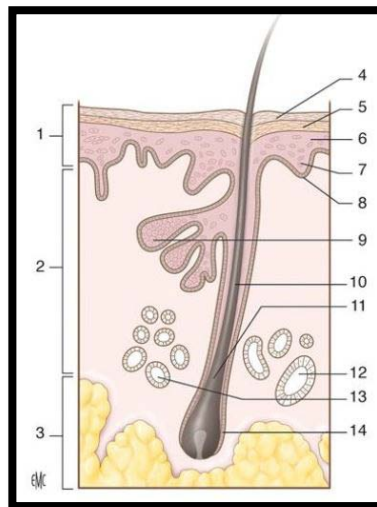


Figure 47 : Coupe schématique de la peau avec ses annexes[132]

1.Épiderme ; 2. derme ; 3. tissu sous-cutané ; 4. couche kératinisée ; 5. couche granuleuse ; 6. couche squameuse ; 7. papilles épidermiques ; 8. couche basale ; 9. glande sébacée ; 10. poil ; 11. follicule pileaire ; 12. glande sudoripare apocrine ; 13. glande sudoripare eccrine ; 14. épithélium annexiel.

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

La peau est constituée de deux parties principales :

- Une partie superficielle externe qui constitue l'épiderme.
- Une partie interne plus épaisse constituant le derme et l'hypoderme.

➤ **L'épiderme :**

C'est un épithélium malpighien kératinisé, comportant deux sortes de type cellulaire : les kératinocytes et les cellules dendritiques. Il est le plus fin du corps où il mesure environ 0,1 millimètre ; ce qui constitue un facteur favorisant l'infiltration rapide des tumeurs à cette localisation.

Les kératinocytes : représentent 80 % des cellules de l'épiderme, ils ont un rôle fondamental comme barrière cutanée.

La couche basale des kératinocytes est monocellulaire et repose sur une membrane basale. Elle constitue une barrière physico-chimique entre le derme et l'épiderme. Un franchissement de cette barrière par les cellules tumorales est le premier signe d'invasion locale.

La couche basale est normalement le seul siège d'activité mitotique. Les cellules subissent une maturation vers la surface en s'enrichissant de kératine et en expulsant leur noyau devenu picnotique, ce qui détermine une couche squameuse puis granuleuse puis kératinisée.

À côté des kératinocytes, 20 % des autres cellules sont constituées par :

- **les mélanocytes** qui sont la deuxième grande population cellulaire de l'épiderme et dont la fonction est d'assurer la synthèse des mélanines. Les mélanocytes sont à l'origine des lésions pseudo tumorales ou naevus et des mélanomes malins.
- **les cellules de Langerhans** représentent 3 à 8 % des cellules épidermiques. Elles ont une fonction immunitaire.

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

- **les cellules de Merkel** : ont une fonction de mécanorécepteur. Elles sont à l'origine de la tumeur de Merkel.

➤ **La jonction dermo – épidermique :**

La jonction dermo –épidermique est une zone qui sépare l'épiderme du tissu conjonctif dermique. Elle joue non seulement un rôle mécanique de soutien mais constitue aussi une surface d'échange (nutritif) considérable entre les deux tissus.

➤ **Le derme :**

Le derme, très mince, est parcouru par des fines terminaisons nerveuses et d'étroits vaisseaux sanguins et lymphatiques. Le tissu sous-cutané ne contient que peu de lobules adipeux.

Véritable charpente de la peau, il se compose de deux couches :

❖ **Le derme papillaire ou stratum papillaire :**

il contient : des fibres de collagène, des fibres élastiques et au sein de ce réseau de fibre les différentes cellules constitutive du derme : les fibroblastes, les mastocytes, les lymphocytes, macrophages , monocytes et polynucléaires éosinophiles. au niveau de ce derme papillaire loge aussi les plexus sous-papillaire artériels, veineux, lymphatiques, les terminaisons nerveuses, les thermorécepteurs et les mécanorécepteurs.

❖ **Le derme réticulaire ou stratum réticulaire :**

constitue la majeure partie du derme, il est moins cellulaire que le derme papillaire et composé d'un très dense réseau de fibres de collagène et d'élastine intimement enchevêtrées et globalement orientées parallèlement aux lignes de tension cutanée , qui correspondent aux lignes de moindre extensibilité cutanée.

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

Toute incision perpendiculaire à ces lignes se traduit par un écart spontané important entre les deux berges cutanées, du fait des forces élastiques cutanées, et la fermeture de cette incision est soumise à une plus forte tension que celles d'incisions parallèles aux lignes de tension

➤ **L'hypoderme :**

Au niveau des paupières l'hypoderme très fin présente une peau très adhérente, ce qui explique la rapidité de l'extension tumorale aux structures sous-jacentes, par rapport à des zones où l'hypoderme est épais et où l'adhérence est faible.

➤ **Les particularités de la peau faciale et palpébrale :**

La peau faciale présente un certain nombre de qualités qui lui confère une spécificité propre, cette particularité est importante en matière de chirurgie et de reconstruction :

- Son épaisseur est très variable d'un point à l'autre, minimale au niveau des paupières.
- Son élasticité est en fonction de la richesse en fibres élastiques qui diminuent avec l'âge permettant ainsi une distension facilitant le geste réparateur chirurgical : un excès de peau palpébrale apparaît avec l'âge, et la paupière supérieure devient progressivement un site donneur de lambeaux locaux et des greffes de peau totale.
- La peau faciale richement vascularisée et il est rare que des fragments cutanés détachés par des traumatismes nécrosent.
- Elle se raccorde aux muqueuses par la ligne grise palpébrale, Cette ligne est autant d'élément d'anatomie artistique que de repère chirurgical.
- La pilosité faciale constitue un caractère sexuel secondaire primordial chez l'homme, la barbe et la moustache. Il faut en tenir compte lors de la reconstruction d'une perte de substance pour éviter le risque d'alopécie cicatricielle ou de cicatrice en escalier notamment au niveau des sourcils.

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

- Sa mobilité : également à prendre en compte. Presque inexistante au niveau des éminences malaires ou de la région temporale, elle devient capitale autour des Orifices bordés tel que les paupières, les lèvres, mais aussi le soufflet jugal.
- Ses limites : zones de transition avec les muqueuses, le cuir chevelu, qui ont un tracé très précis devant être respecté avec fidélité.
- Sa tension : constante, varie selon les régions. Elle s'exerce selon des lignes de force décrites par Langer. Ces lignes sont parallèles aux rides d'expressions et perpendiculaires aux muscles peauciers. Elles conditionnent le choix des incisions.

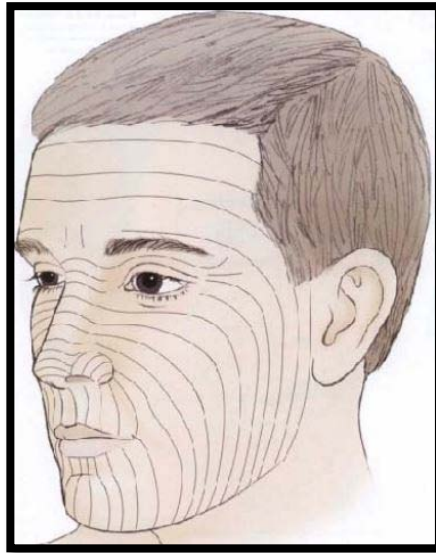


Figure 48 : Les lignes de Langer [158].

b) Muscles orbiculaires des paupières :

Il s'agit des muscles superficiels qui, au même titre que les muscles de la face, dérivent du deuxième arc branchial. Lorsqu'ils migrent vers leurs insertions, ils 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.

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

➤ **Portion orbitaire de l'orbiculaire:**

Elle est sous la dépendance de la volonté, s'étale sous le frontal, la partie antérieure de la fosse temporale, une partie du malaire et de la branche montante du maxillaire supérieur.

Le muscle recouvre tout le pourtour osseux de la base de l'orbite, prenant origine à la partie supérieure de la crête lacrymale antérieure pour se terminer à la partie inférieure de la crête lacrymale antérieure dont l'extrémité supérieure confine à l'insertion du ligament latéral interne.

➤ **Portion palpébrale de l'orbiculaire:**

L'*orbiculaire préseptal* est constitué de faisceaux musculaires qui vont former le raphé latéral. Ses origines et sa terminaison se font au niveau du canthus interne, du ligament latéral interne, du diaphragme lacrymal et de la tête lacrymale postérieure.

L'*orbiculaire pré tarsal*, très adhérent au plan tarsal, est fixé latéralement au tubercule orbitaire par le ligament latéral externe. Dans la partie interne, l'orbiculaire se divise en chefs superficiels et profonds.

Les chefs superficiels ou muscle de Riolan vont s'unir pour constituer le ligament latéral interne.

Les chefs profonds ou muscle de Duverney-Horner sont formés par les fibres de l'orbiculaire pré tarsal de la paupière supérieure et inférieure. Ils sont très adhérents à la partie latérale des canalicules lacrymaux et s'insèrent en arrière de la crête lacrymale postérieure.

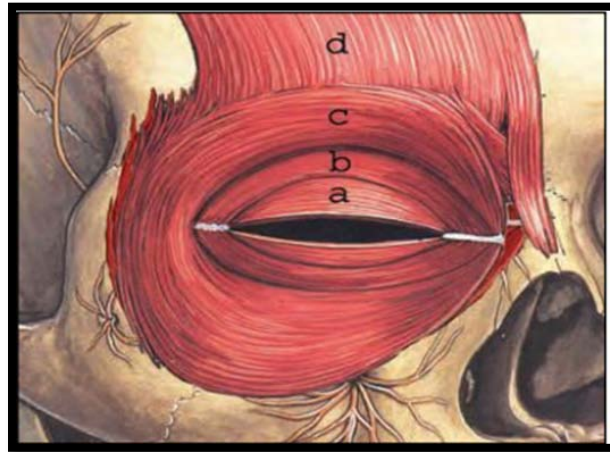


Figure 49 : Muscles orbiculaire et frontal[4].

a. Portion pré-tarsale; b. portion pré-septale; c. portion orbitaire; d. le muscle frontal

c) Charpente fibreuse palpébrale

Elle est constituée par des formations rigides qui sont les deux tarse, le septum et les ligaments palpébraux. Le septum et tarse constituent la couche mésodermique. Les tarse sont constitués de tissu collagènes et de fibres élastiques, ils mesurent 29 mm de long sur 1 mm d'épaisseur.

➤ **Le tarse**

Leur hauteur dans la partie centrale est de 10 à 12 mm en paupière supérieure et de 5 à 6mm en paupière inférieure. Ils s'étendent de la commissure latérale jusqu'au point lacrymal dans la partie interne et doivent être individualisés des ligaments. Ils contiennent des glandes sébacées et les glandes de Meibomius dont les canaux s'ouvrent au bord libre. Leur face profonde est recouverte de conjonctive très adhérente.

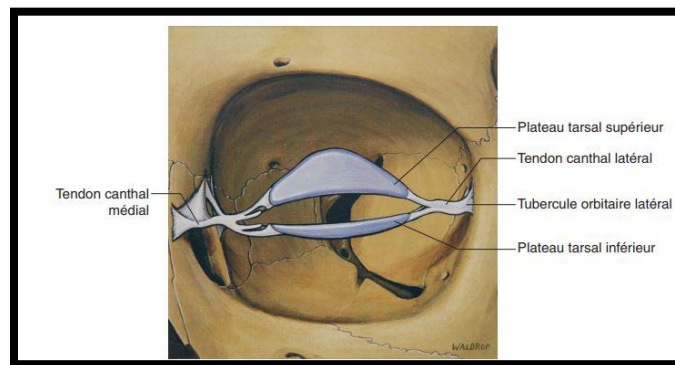


Figure 50: Schéma des tarse palpébraux supérieur et inférieur avec les tendons palpébraux médial et latéral [69]

➤ **Septum**

Il constitue un tissu fibreux qui sépare les paupières du contenu orbitaire et s'étend des rebords orbitaires jusqu'aux bords périphériques des tarse.

- En paupière supérieure : il forme un arc en dessous du trou sous-orbitaire et autour de la trochlée où il laisse passer le pédicule vasculo-nerveux. Il possède des rapports étroits avec le muscle releveur dont il se sépare environ à 10 mm du bord libre de la paupière.
- En paupière inférieure : il est parfaitement séparé des ailerons palpébraux du muscle droit inférieur par une couche graisseuse.
- Dans sa partie latérale : il fusionne avec le ligament latéral externe et l'extension du muscle releveur.
- Dans sa partie médiane : il s'insère sur le pourtour orbitaire en arrière du faisceau réfléchi du ligament latéral interne.

Le septum orbitaire est une membrane imperméable dont l'effraction transforme le pronostic tumorale.

➤ **Ligaments palpébraux**

Il s'agit de deux importantes structures qui retiennent l'attention du chirurgien.

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

Le *ligament canthal interne* est parfaitement individualisé : blanc nacré, perceptible sous la peau, important repère chirurgical. Il réunit l'extrémité interne des deux tarse aux rebords orbitaires osseux. Les deux faisceaux d'origine se réunissent en un seul tendon qui va se dédoubler en tendons direct et réfléchi, séparés par le sac lacrymal et insérés sur les crêtes lacrymales antérieure et postérieure.

Les attaches du ligament canthal interne se confondent aussi avec le ligament transverse inférieur, les chefs profonds du muscle orbiculaire pré tarsal, l'expansion interne du releveur, le ligament transverse supérieur, le septum orbitaire.

Le *ligament latéral externe* est beaucoup plus difficile à individualiser. Il s'insère sur le tubercule orbitaire de Whitnall et se confond aussi avec les ligaments transverses inférieur et supérieur, les expansions du releveur et du droit supérieur (ligament de Schwalbe).

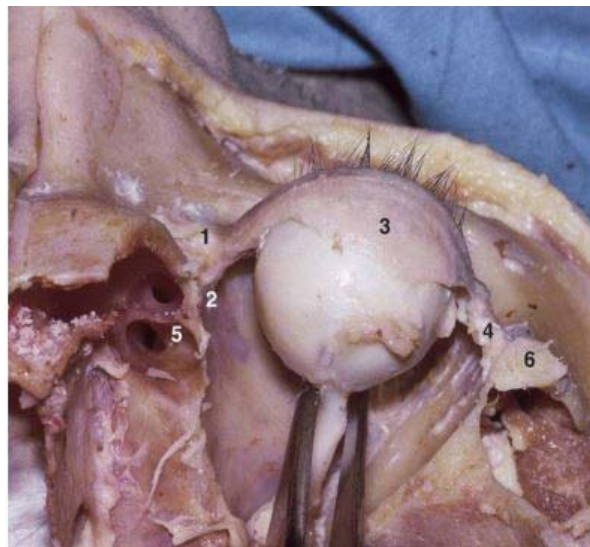


Figure 51: Vue supéro-postérieure du globe, du tarse supérieur et des ligaments palpébraux interne et externe.

1. Ligament canthal interne : tendon direct ; 2. ligament canthal interne : tendon réfléchi ; 3. tarse de la paupière supérieure ; 4. ligament canthal externe ; 5. ethmoïde ; 6. pilier orbitaire externe.

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 formé d'un faisceau aponévrotique et d'un muscle tarsal inférieur, expansion du droit inférieur et de son chef capsulo-palpébral.

➤ **Le muscle releveur de la paupière supérieure**

Il prend son origine au niveau de l'apex orbitaire, chemine avec le droit supérieur (au-dessus) puis se divise au niveau du rebord orbitaire supérieur en deux faisceaux : aponévrotique et tarsal (muscle de Müller). Il donne les expansions latérales et médianes. Le faisceau aponévrotique est adhérent à la peau et au muscle lisse de Müller, il se termine sur la face antérieure du tiers inférieur du tarse et sur le bord supérieur du tendon latéral externe. Un espace sépare le septum du faisceau aponévrotique.

Il est innervé par le rameau supérieur du nerf oculomoteur (IIIe paire de nerfs crâniens), qui innerve également le muscle droit supérieur. Cette innervation motrice permet la remontée de la paupière supérieure et l'ouverture de la fente palpébrale [4]. Une paralysie de cette portion supérieure entraîne un ptosis et une diminution du regard vers le haut et implique une altération de la portion intra orbitaire de la IIIe paire crânienne.

➤ **Muscle de Müller**

Il se termine sur le bord supérieur du tarse et possède des rapports étroits avec la conjonctive en arrière, la fosse lacrymale en dehors.

Son innervation est assurée par le biais du système sympathique. L'atteinte de ce dernier est à l'origine d'un ptosis particulier, en général modéré car ce muscle ne fournit que environ 2 mm d'élévation de la paupière supérieure. Ce ptosis entrant parfois dans le cadre d'un syndrome de Claude Bernard-Horner avec classiquement myosis et énoptalmie associés.

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

En paupière inférieure, on retrouve la même disposition anatomique des muscles abaisseurs.

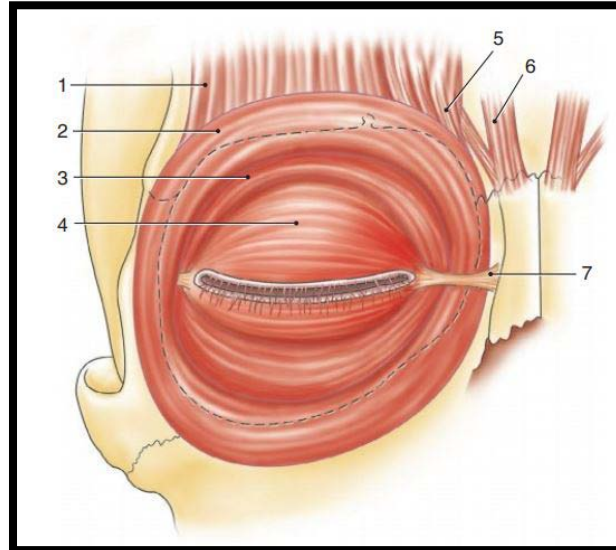


Figure 52: Les muscles superficiels des paupières [11].

1 : muscle frontal ; 2 : muscle orbiculaire orbitaire ; 3 : muscle orbiculaire préseptal ; 4 : muscle orbiculaire pré tarsal ; 5 : muscle corrugateur ; 6 : muscle procerus ; 7 : tendon canthal médial.

e) Revêtement conjonctival et sécrétion lacrymal

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. Les paupières contiennent des glandes lacrymales accessoires, essentiellement séreuses. Environ 42 glandes de Krause sont présentées dans le fornix supérieur, et environ six à huit dans le fornix inférieur. Les glandes de Wolfring sont plus larges et moins nombreuses, environ deux à cinq au bord supérieur du tarse supérieur, dispersées dans les fibres du muscle de Muller, et environ deux au bord inférieur du tarse inférieur.

La caroncule est munie de poils et de glandes sébacées, est constituée de fibroblastes, de mélanocytes et de fibres musculaires striées, elle est recouverte d'un épithélium stratifié malpighien non kératinisé. Les glandes de Meibomius, au nombre approximatif de 20 pour la

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

paupière inférieure et de 25 pour la supérieure, sont holocrines et produisent un film lipidique riche en phospholipides qui constitue la couche la plus superficielle du film lacrymal.

Le tarse est essentiellement composé de fibres collagènes mêlées de fibres élastiques. De fines fibres du muscle orbiculaire s'insinuant entre les glandes de Meibomius y ont été récemment décrites. Des cellules inflammatoires chroniques sont régulièrement présentes dans le stroma de la conjonctive palpébrale, en particulier tarsal, et peuvent parfois montrer de vrais centres germinatifs.

2.1-3 Vascularisation et innervation :

a) Vascularisation artériovoineuse:

La richesse de la vascularisation de la paupière favorise la cicatrisation et facilite la défense contre l'infection.

❖ Système artériel :

Les artères sont formées par un véritable système anastomotique entre deux grandes sources : la carotidienne interne par le biais de l'artère ophtalmique et ses branches qui donne le système profond orbitaire, la carotidienne externe par le biais des artères de la face (l'artère faciale, temporale superficielle et sous-orbitaire) qui constitue le système superficiel.

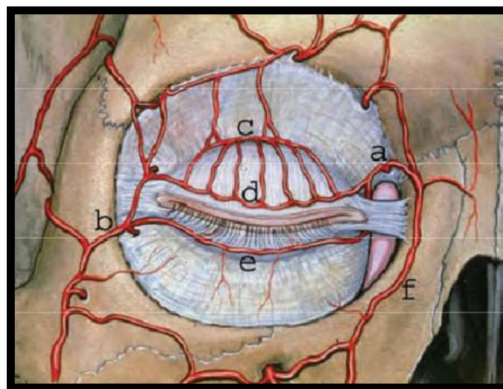


Figure 53: Vascularisation artérielle des paupières [6]

- a. L'artère palpébrale supérieure; b. L'artère palpébrale inférieure ; c. arcade marginale supérieure ; d. arcade périphérique supérieure; e. arcade marginale inférieure; f. artère angulaire

❖ **Système veineux**

Le retour veineux est assuré par 2 réseaux superficiel et profond calqué au vascularisation artérielle .

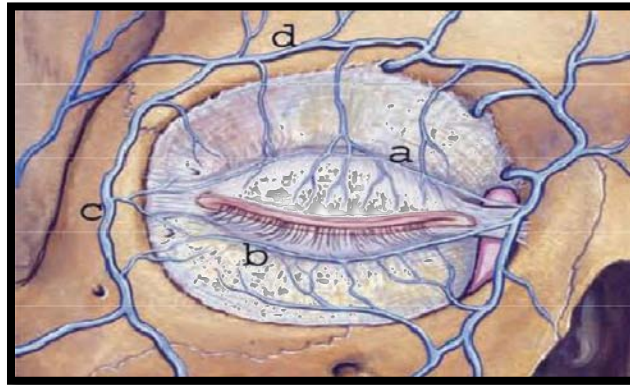


Figure 54 : Vascularisation veineuse des paupières[6]

- a. Arcade veineuse supérieure, b.Arcade veineuse inférieure, c. veine faciale transverse
d. veine palpébrale supérieure

b) Vascularisation lymphatique :[11]

La connaissance des réseaux lymphatiques est essentielle pour chercher la diffusion de processus néoplasiques. Le drainage lymphatique des paupières se fait non pas vers le fond de l'orbite, mais vers la région cervicale haute.

- La paupière supérieure et les deux tiers externes de la paupière inférieure se drainent dans les ganglions prétragien, puis dans la chaîne cervicale haute.
- La région de la commissure interne et le tiers interne de la paupière inférieure en revanche, se drainent dans les ganglions sous-maxillaires

Lors d'une chirurgie carcinologique des paupières, le ganglion sentinelle est à rechercher dans la région pré-tragienne, ou sous-maxillaire, et permet de préciser le niveau d'extension de la tumeur.

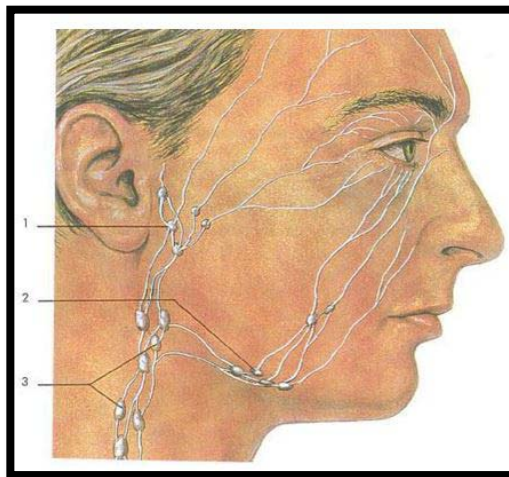


Figure 55: Drainage lymphatique des paupières [8]

1. ganglions prétragiens ; 2.ganglions sous-maxillaires ; 3.ganglions cervicaux superficiels.

c) **Innervation des paupières : [12,13]**

➤ **Innervation motrice :**

Double innervation motrice est assurée par :

- La branche supérieure du nerf oculomoteur (III) pour le muscle releveur de la paupière supérieure.
- Le nerf facial (VII) pour le muscle orbiculaire.

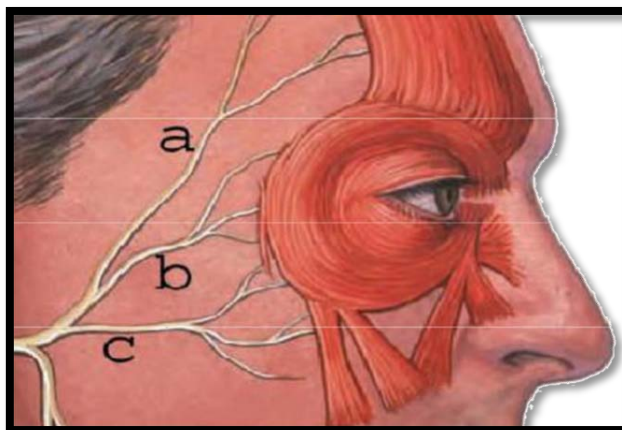


Figure 56 : Les branches motrices du nerf facial destinées au muscle orbiculaire et aux muscles voisins des paupières [8]

a.Branche frontale ; b.branche zygomatique ; c.branche buccal

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

Le muscle de MULLER est innervé par le système sympathique.

➤ Innervation sensitive [197]

Elle est assurée par 2 des 3 branches du nerf trijumeau (V) : l'ophtalmique de WILLIS et le nerf maxillaire.

La paupière supérieure est innervée par les branches du nerf ophtalmique de Willis (nerfs lacrymal, frontal et nasociliaire). La paupière inférieure est innervée par le nerf infra-orbitaire et le nerf zygomatique (branches du nerf maxillaire supérieur).

Les nerfs sensitifs des paupières sont situés entre tarse et l'orbiculaire : ils donnent des rameaux postérieurs pour la conjonctive, antérieurs pour la peau.

Emerge a travers des trous sus et sous orbitaire avant de se reparti au niveau de leurs destinations puis ils constituent un apport therapeutique avantageux pour la realisation des blocs d'anesthésie permettant de diminuer les doses d'infiltration par les anesthésiques locaux.

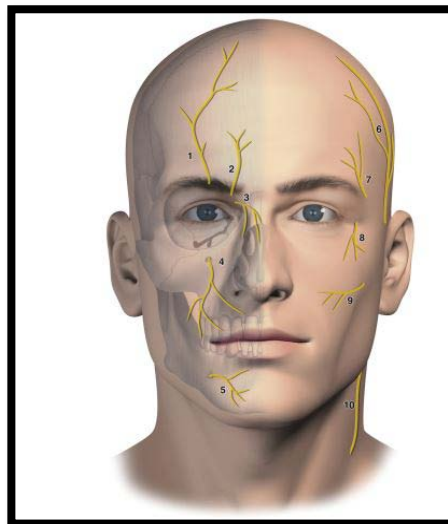


Figure 57 : Sensibilité du territoire du trijumeau avec les orifices sus et sous orbitaires [197]

1, 2 : nerf supra orbitaire et supratrochléaire ; 4 : nerf infra-orbitaire ; 5 : nerf mentonnier ; 7 :
nerf zygomatoco-temporal ; 8 : nerf zygomatoco-facial ;

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

2.2 Anatomie de l'orbite :

Globe oculaire et ses annexes protégées par les paupières sont contenus dans l'orbite,

Les orbites sont deux cavités osseuses creusées à la partie supérieure du massif facial. Elles représentent une véritable zone de jonction entre la face et le crâne osseux. Sa vascularisation est assurée par deux systèmes artériels qui sont la carotide interne par le biais de l'artère ophtalmique et la carotide externe par l'artère infra-orbitaire, le retour veineux est assurée par les veines ophtalmiques et la vascularisation lymphatique se fait vers les nœuds parotidiens et sous mandibulaires. Nous décrivons le contenant et le contenu orbitaire ainsi que les applications cliniques de cette anatomie

2.2-1 Le contenant orbitaire [13,200]

L'orbite osseuse a la forme d'une pyramide quadrangulaire à base antérieure et à sommet postérieur. On lui décrit quatre parois réunies par quatre bords, une base et un sommet. Dans sa partie postérieure, la cavité orbitaire se rétrécit et ne présente plus que trois parois par disparition de la paroi inférieure.

La périorbite est le recouvrement périosté des os orbitaires. Au niveau de l'apex orbitaire, elle fusionne avec la dure-mère recouvrant le nerf optique. En avant, la périorbite est en continuité avec le septum orbitaire et le périoste des os de la face. Elle adhère faiblement à l'os, sauf au niveau du bord orbitaire, des sutures, des fissures, des foramens et des canaux. Au cours d'une exentération, la périorbite peut être facilement séparée car elle est décollable permettant d'emporter en bloc le contenu orbitaire.

2.2-1-1 Les Parois orbitaires

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 qui sont au nombre de quatre :

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

- La paroi supérieure du toit orbitaire
- La paroi interne
- La paroi inférieure ou plancher orbitaire
- La paroi externe

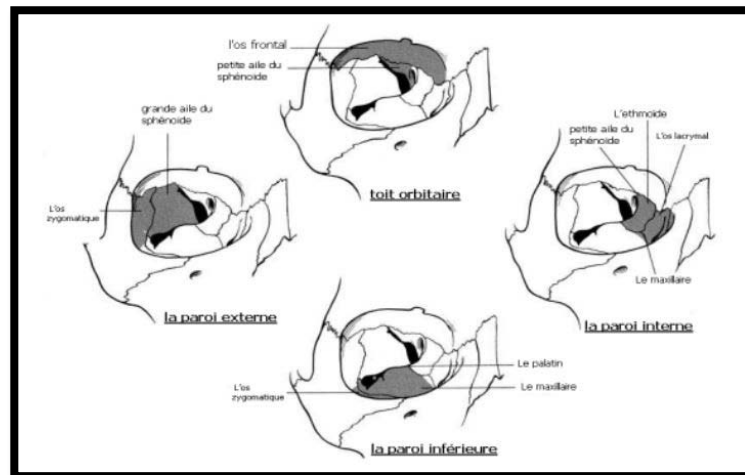


Figure 58 : Schéma des différentes parois orbitaires [13].

2.2-1-2 Les orifices orbitaires :

Les parois orbitaires sont perforées par plusieurs orifices importants :

- Foramens ethmoïdaux
- Fissure orbitaire supérieure ou fente sphénoïdale
- Fissure orbitaire inférieure ou fente sphénomaxillaire
- Orifice supérieur du canal lacrymonasal
- L'orifice zygomatique supérieur
- Canal optique

2.2-2 Le contenu orbitaire [200]

Le contenu orbitaire est représenté par :

- Globe oculaire avec 3 tuniques (la sclérotique, l'uvée et la rétine)

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

- Nerf optique est un peu plus long que l'orbite, formant une courbe en S pour permettre les mouvements de l'œil.
- Muscles oculomoteurs et la graisse orbitaire.

Six muscles assurent les mouvements du globe. Quatre droits (supérieur, inférieur, interne et externe) et deux obliques (grand et petit). Dans la partie antérieure de l'orbite, les muscles droits sont reliés par une membrane appelée le septum intermusculaire. En coupe coronale, cette membrane forme un anneau qui divise la graisse orbitaire en une graisse intra-conique (espace chirurgical central) et une graisse extra-conique (espace chirurgical périphérique). Ces appellations anatomiques sont utiles pour décrire la localisation d'une masse sur les imageries par résonance magnétique (IRM) ou les scanners ou tomodensitométries (TDM). Une connaissance de ces espaces aide l'abord chirurgical de la masse.

L'innervation motrice des muscles oculomoteurs provient des nerfs crâniens III, IV et VI.

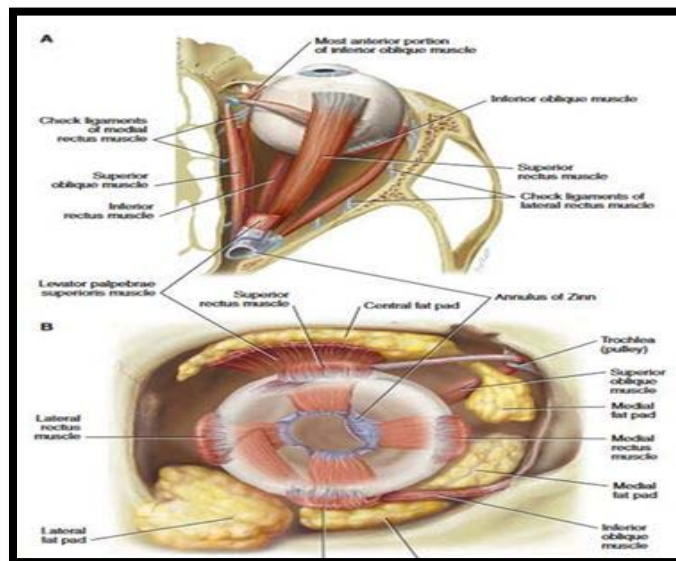


Figure 61 : Le contenu orbitaire [197].

A : schéma des différents muscles oculomoteurs avec le globe oculaire.

B : schématisation de l'insertion des muscles oculomoteurs avec les loges graisseuses orbitaires.

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

Le réflexe oculo-cardiaque manifeste par une bradycardie avec une baisse momentanée et discrète de la pression artérielle, il déclenche par la traction soit sur les muscles oculomoteurs ou par la stimulation des structures intra-orbitaires. Ce réflexe peut être la cause d'un trouble du rythme qui peuvent aller jusqu'à l'arrêt du cœur au cours de la chirurgie oculaire.

➤ **Glande lacrymale [11,197]**

La glande lacrymale principale située à la partie supéro-latérale de l'orbite dans la fosse de la glande lacrymale et accessoirement les glandes de Krause et Wolfring sont localisées profondément dans le fornix supérieur et juste au-dessus du bord supérieur du tarse, elles produisaient la sécrétion basale alors que les glandes lacrymales principales produisaient la sécrétion réflexe.

Donc, on peut faire l'ablation complète d'une glande lacrymale sans risque de sécheresse oculaire.

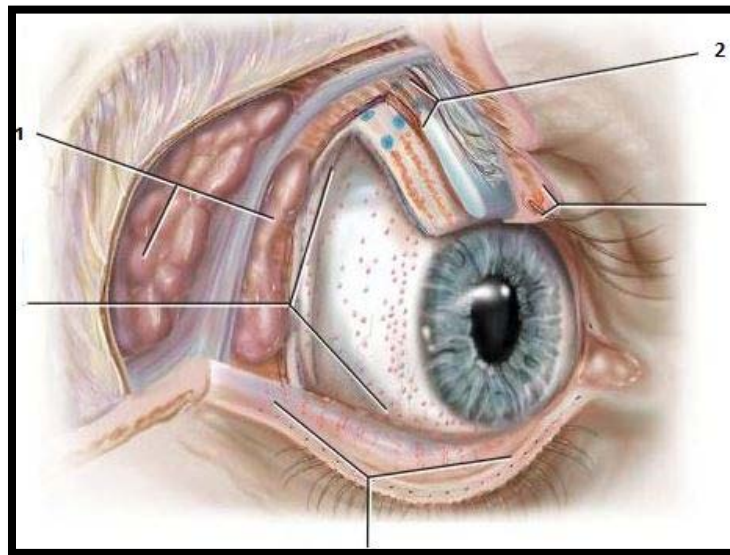


Figure 60: les glandes lacrymales [197]

1. la glande lacrymale principale avec les deux lobes orbitaires et palpébraux
2. Les glandes lacrymales accessoires de krause et wolfring.

3. Physiologie des paupières : [14]

Le rôle essentiel des paupières est d'assurer la protection mécanique du globe vis-à-vis des agressions, l'hydratation cornéo-conjonctivale par la répartition du film lacrymal, la régulation de la pénétration de lumière dans l'œil. De plus les paupières constituent avec les cils et les sourcils les composants essentiels du regard dans sa signification esthétique, raciale et relationnelle par la mimique.

3.1 Les mouvements palpébraux :

Les mouvements des paupières sont sous la dépendance de deux muscles antagonistes : l'orbiculaire qui assure la fermeture de la fente palpébrale, et le releveur de la paupière supérieure qui assure son ouverture.

3.2 Le clignement :

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

Son rôle est important : humidification et protection cornéenne

3.3 Paupières et film lacrymal :

Le rôle majeur des paupières est, donc, d'éviter la dessiccation de la surface de l'œil par la fermeture pendant le sommeil et le clignement à l'état de veille. Le clignement contribue à l'étalement du film lacrymal et à l'excrétion, par la contraction du muscle de Riolan, de la production lipidique des glandes de Meibomus. Il renouvelle aussi la couche mucineuse pour assurer l'oxygénation de la cornée. Ce renouvellement mucineux emporte avec lui les lipides cutanés et exogènes qui viendrait pollués le film lacrymal et permet la reconstruction d'une surface par les lipides meibomiens beaucoup mieux adaptés.

La sécrétion lipidique peut être perturbée par un trouble de la statique palpébrale.

4. L'histoire naturelle des cancers : [15,16,17]

L'histoire naturelle d'un cancer se déroule en quatre étapes :

- La transformation cancéreuse d'une cellule
- L'expansion clonale de la cellule cancéreuse
- La croissance de la masse tumorale qui devient cliniquement détectable et l'invasion locale avec envahissement locorégional par le tissu cancéreux
- La dissémination des cellules cancéreuses à distance du foyer tumoral initial et la formation de foyers tumoraux secondaires = les métastases.

4.1 Les états précancéreux et la phase initiale du cancer :

a) Conditions et lésions précancéreuses, notion de dysplasie :

Les conditions précancéreuses sont des états cliniques associés à un risque significativement élevé de survenue de cancer. Les dysplasies sont des troubles acquis de la multiplication cellulaire résultant d'anomalies génétiques qui altèrent le contrôle de la prolifération cellulaire.

b) Le carcinome in situ (CIS)

Défini comme une prolifération de cellules épithéliales cancéreuses qui intéresse toute la hauteur de l'épithélium mais qui ne franchit pas la membrane basale de l'épithélium.

4.2 La phase locale du cancer : l'invasion

L'invasion tumorale fait intervenir plusieurs mécanismes :

- Interaction des cellules cancéreuses avec les composants de la matrice extra-cellulaire (MEC).
- Dégradation du tissu conjonctif (MEC et MB)
- Mobilisation des cellules cancéreuses

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

4.3 La phase générale du cancer : la métastase :

Les métastases sont des foyers cancéreux secondaires, développées à distance de la tumeur primitive, et dont la croissance est autonome, indépendante de celle de la tumeur primitive. Le moment d'apparition des métastases dans l'histoire naturelle d'un cancer est variable: révélatrices d'une tumeur primitive, elles sont contemporaines de la tumeur, soit lors du bilan d'extension.

a) Les différentes étapes de la dissémination métastatique :

Ces différentes étapes sont:

- ✓ Le détachement cellulaire et l'invasion de la matrice extracellulaire
- ✓ L'intravasation: passage dans la circulation
- ✓ Survie dans la circulation
- ✓ Extravasation
- ✓ Survie et prolifération dans un site étranger

b) Les différentes voies de migration :

➤ **L'extension lymphatique :**

La métastase ganglionnaire se fait selon le drainage ganglionnaire normal de la région atteinte. Le premier relais ganglionnaire du drainage lymphatique est appelé « ganglion sentinelle ».

➤ **L'extension hématogène :**

Les cellules cancéreuses par effraction de la paroi vasculaire sanguine, pénètrent les petits vaisseaux sanguins et sont entraînées par la circulation vers les organes qui filtrent le plus gros volume de sang.

5. Cancérogenèse cutanée : [18,19,20,21]

La survenue dans un organisme d'un carcinome est liée à l'émergence d'un clone cellulaire échappant aux lois qui régissent la prolifération et la cohabitation cellulaire normales. La cellule cancéreuse se caractérise par 2 propriétés fondamentales :

- ✓ la capacité de se reproduire au-delà des limites fixées par le renouvellement naturel du tissu auquel elle appartient.
- ✓ le pouvoir de coloniser des territoires tissulaires normalement réservés à d'autres catégories cellulaires.

5.1 La transformation des kératinocytes

La transformation des kératinocytes est liée à la succession d'événements génétiques qui s'accumulent et font progressivement passer la cellule d'un état dit normal à un état dit cancéreux. On peut schématiquement définir quatre grandes étapes :

a) L'initiation :

C'est la première étape qui débute juste après l'administration de l'agent cancérogène. Elle consiste dans un processus irréversible et rapide par lequel une lésion définitive de l'ADN est produite (mutation). Les cellules initiées ne sont pas des cellules tumorales. Elles n'ont pas acquis une autonomie de croissance.

b) La Promotion :

On appelle promotion la prolifération clonale des cellules initiées. Dans des conditions expérimentales, on définit leur pouvoir promoteur par la réduction du temps écoulé entre l'initiation et l'apparition des tumeurs. Ce stade permet de définir les états dits 'pré néoplasiques' ou les 'formes frontières' ou les 'formes in situ'.

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

c) La Progression tumorale :

La progression correspond à l'acquisition de l'indépendance de croissance, de l'expression phénotypique de la malignité et d'une instabilité génétique de plus en plus marquée

d) La conversion maligne :

C'est la dernière étape de la transformation du kératinocyte. Il s'agit d'une phase irréversible de nature génétique faisant intervenir des mutagènes.

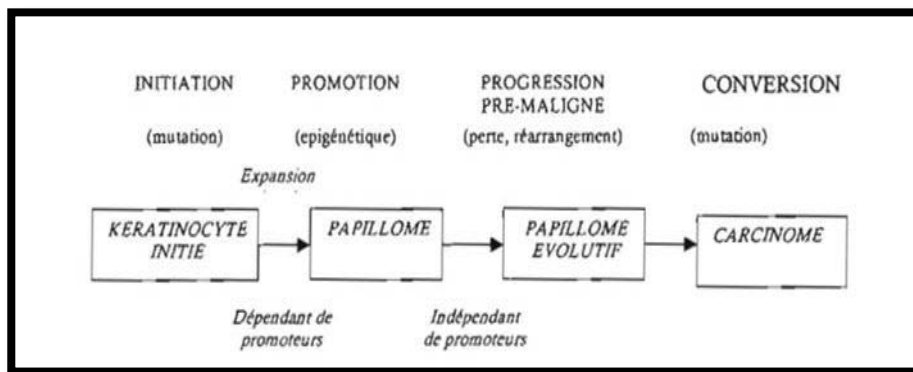


Figure 61 : Schématisation des différentes étapes de la carcinogenèse cutanée d'après S. YUSPA [55].

5.2 Les gènes de la transformation cellulaire :

a) Les oncogènes :

Ces gènes codent pour la synthèse de facteurs de croissance ou de leurs récepteurs, des seconds messagers cellulaires ou des facteurs transcriptionnels qui modulent l'expression de nombreux gènes. Leur pouvoir transformant est lié à leur activation par surexpression, mutation ou réarrangement génique. L'activation de l'oncogène ras est la plus souvent rencontrée dans les carcinomes cutanés

b) Les gènes suppresseurs de tumeurs

Codent aussi la synthèse des protéines ayant des fonctions cellulaires importantes contrôlant le bon déroulement du cycle cellulaire comme le gène p53 ; c'est un véritable

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

gardien du génome, car la protéine dont il code la synthèse permet un arrêt du cycle cellulaire après un stress génomique ce qui permet de réparer les dommages génomiques subis avant de poursuivre les mitoses. Le gène p53 est le gène le plus souvent muté dans les cancers humains. Son pouvoir transformant est lié à son inactivation.

c) Les métastagènes :

Ils interviennent dans le phénomène de dissémination, le plus souvent d'abord lymphatique puis sanguine. Il s'agit de gènes codant la synthèse de protéases, capables de digérer la matrice extracellulaire.

5.3 Les anomalies génétiques des carcinomes cutanés :

a) Le gène p53 :

Ce gène appartient à la famille des gènes suppresseurs des tumeurs il code pour la synthèse d'une protéine nucléaire ayant un rôle de gardien du génome, ainsi, en cas de stress génotoxique l'activation de ce gène permet soit l'arrêt du cycle cellulaire et la réparation de la cellule, soit sa mort par apoptose permettent d'éliminer une cellule trop endommagée. Généralement c'est le gène le plus fréquemment muté dans les cancers et particulièrement dans les carcinomes cutanés.

b) Gènes ras:

Les gènes : H-ras, ki-ras, N-ras appartiennent à la famille des petites protéines G. Ce sont des gènes fréquemment mutés dans les cancers humains. La mutation du gène H-ras est le premier événement moléculaire retrouvé dans les modèles de carcinogenèse cutanée chimique. Cependant, des mutations UV-induites des gènes de la famille ras (K-ras et H-ras) ont été rapportées plus particulièrement dans les tumeurs provenant de sujets atteints de xeroderma pigmentosum.

c) Locus ink4a-ARF:

L'inactivation du locus Ink4a-ARF est le deuxième événement moléculaire le plus fréquemment retrouvé dans les cancers humains avec l'inactivation du p53

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

d) Voie Patched/Sonic Hedgehog :

La voie de signalisation Patched/Sonic Hedgehog impliquée dans le contrôle du développement embryonnaire et de la prolifération cellulaire, apparaît capitale dans l'oncogenèse des CBC aussi bien sporadique ou survenant dans le cadre du syndrome du Gorlin.

5.4 Les acteurs cancérogènes :

Environnementaux :

- Le soleil
- Diminution de la couche d'ozone

Physiques :

- Radiations ionisantes
- Traumatisme physique, plaies chroniques et cicatrice

Chimiques :

- L'arsenic
- Les dérivés des goudrons

6. Histologie des carcinomes :[22,25,120,121,126,131]

Tous les composants histologiques des paupières peuvent donner lieu à pathologie ou à prolifération. Nous ne détaillons ici que les carcinomes les plus fréquents ou d'importance clinique, issus de l'épiderme et de ses annexes.

Les carcinomes cutanés sont une prolifération maligne des cellules épithéliales. Ils sont principalement d'origine kératinocytaire ou d'origine glandulaire annexe. Parmi les carcinomes d'origine kératinocytaire, on individualise le carcinome basocellulaire et le carcinome épidermoïde.

Carcinome baso-cellulaire :

Le CBC est une tumeur épithéliale qui émerge à partir des kératinocytes au niveau de la membrane basale, au niveau des follicules pileux, des glandes sébacées, cellules basales interfolliculaires.

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

Il est constitué 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.

À l'inverse de ce qui se passe pour les carcinomes spinocellulaires, il y a très peu des lésions précurseurs sur lesquelles un carcinome basocellulaire risque de se développer. Le plus souvent il apparaît de novo.

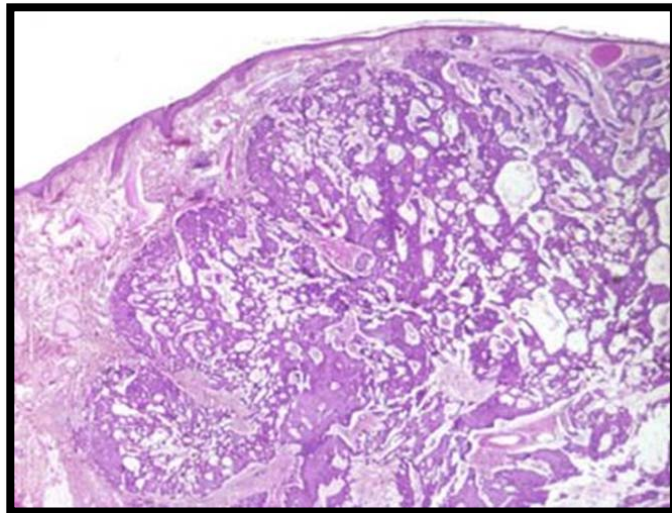


Figure 62 : Aspect histopathologique d'un carcinome basocellulaire [25]

Les différents sous-types histologiques :

➤ **CBC nodulaires :**

Il correspond à la présence d'un ou plusieurs lobules de grande taille dans le derme, de façon bien circonscrite, bien délimitée, avec des cellules basaloïdes dont les noyaux sont agencés en palissade en périphérie. Des artefacts de rétraction.

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

➤ **CBC superficiel(ou pagétoïde) :**

Dans ce type le nid tumoral intradermique est appendu à l'épiderme et/ou aux follicules pileux. . Ces lésions sont souvent mal limitées et multicentriques.

➤ **CBC infiltrant :**

Ils regroupent les formes trabéculaires et micronodulaires.

Forme trabéculaire : il est défini par la présence de foyers tumoraux de petite taille, mal limités, intradermiques ou parfois dermo–hypodermiques. Ces foyers, peu cellulaires, ont une architecture variée, en îlots irréguliers ou en travées. L'agencement palissadique des noyaux périphériques est souvent discret ou absent. La prolifération tumorale s'étend dans le derme avec des limites floues selon un mode très infiltrant.

Forme micronodulaire : il est caractérisé par une multitude de foyers tumoraux de petite taille formant des lobules bien limités. Aucune limite chiffrée validée n'a pu être retenue pour définir la taille de ces foyers. L'agencement palissadique des noyaux en périphérie est parfois discret.

➤ **CBC sclérodermiformes(ou sclérosantou morphéiforme) :**

Dans ce type existe des cordons cellulaires, voire des cellules isolées sans agencement palissadique au sein d'un stroma très scléreux pouvant atteindre tout le derme, voire l'hypoderme.

Ces différents sous –types histologiques peuvent s'associer. Le sous –type de la composante de plus mauvais pronostic doit alors être retenu. Ils peuvent comporter des aspects histologiques supplémentaires qui concernent la composante épithéliale et/ou stromale.

Des formes histologiques particulières sont également individualisées :

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

➤ CBC métatypique :

Il est défini comme un CBC comportant une différenciation malpighienne carcinomateuse. L'existence de cette lésion comme un sous type histologique de CBC ou comme une forme transitionnelle avec le carcinome épidermoïde reste controversée ;

➤ Carcinome mixte ou composite :

Il est défini par l'association d'un CBC et d'un carcinome épidermoïde, chaque composante étant clairement identifiable.

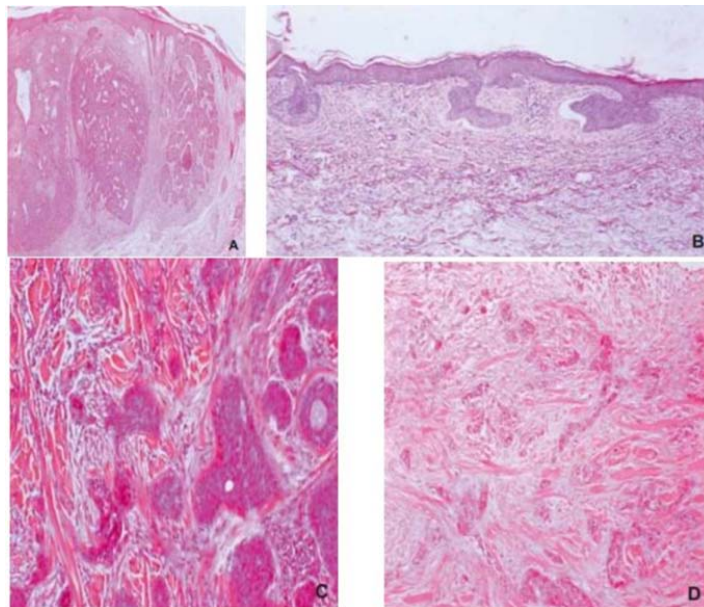


Figure 63 : Histologie des différents sous-types de CBC [94].

A. Carcinome basocellulaire (CBC) nodulaire. Volumineux boyaux tumoraux formés de cellules basaloïdes bien limités en périphérie. Fente de rétraction entre les noyaux tumoraux et le stroma du derme papillaire et réticulaire.

B. CBC superficiel : petit boyau tumoral appendu à l'épiderme sus-jacent entouré de peau normale. Noyaux agencés en palissade. Fente de rétraction entre le boyau tumoral et le stroma du derme papillaire.

C. CBC infiltrant : petits boyaux tumoraux mal limités regroupés en amas irréguliers dans le derme.

D. CBC sclérodermiforme : cordons cellulaires, voire cellules isolées sans agencement palissadique dans un stroma scléreux, profondément dans le derme.

Carcinomes épidermoïdes :[131]

Le CSC est une prolifération épithéliale maligne développée aux dépens des kératinocytes. 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. Le CSC invasif correspond à une prolifération de cellules de grande taille, organisées en lobules ou en travées plus ou moins anastomosées, de disposition anarchique. Une différenciation fonctionnelle (ou maturation) sous forme de globes cornés est fréquente. Cette maturation est variable, allant des formes très différenciées aux formes quasiment anaplasiques. Dans ces cas, les cellules prennent un aspect fusiforme difficile à différencier des cellules de mélanome ou de sarcome.

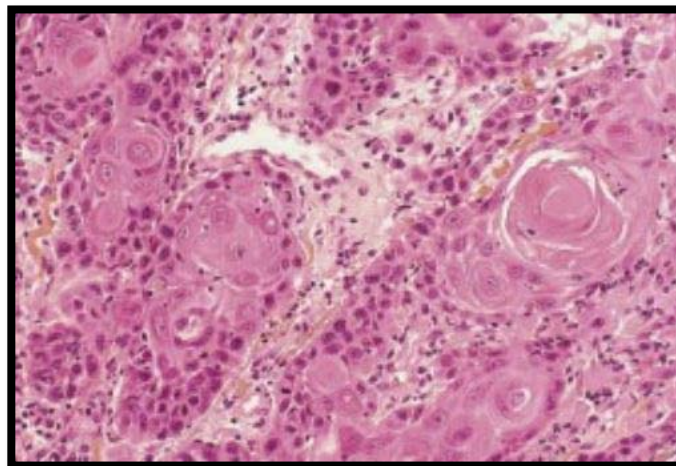


Figure 64 : Aspect histopathologique d'un carcinome spinocellulaire [120].

Lobules de cellules épithéliales éosinophiles avec atypies et globe corné.

Les immunomarquages à la recherche des marqueurs kératinocytaires sont alors utiles pour le diagnostic. Il existe fréquemment 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. L'atteinte du derme réticulaire, le caractère peu différencié et l'existence d'un certain degré de neurotropisme sont des facteurs de mauvais pronostic

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

Il survient volontiers sur une lésion précancéreuse. Contrairement au CBC, le CE est doté d'un réel potentiel d'infiltration et de métastases à distance, ainsi que d'une croissance plus rapide. La propension à métastaser ou récidiver est proportionnelle à l'épaisseur tumorale et au degré d'invasion du derme, et inversement proportionnelle au degré de différenciation. Le bord libre de la paupière inférieure est le siège de prédilection, mais une tumeur de la paupière supérieure est suggestive de carcinome épidermoïde.

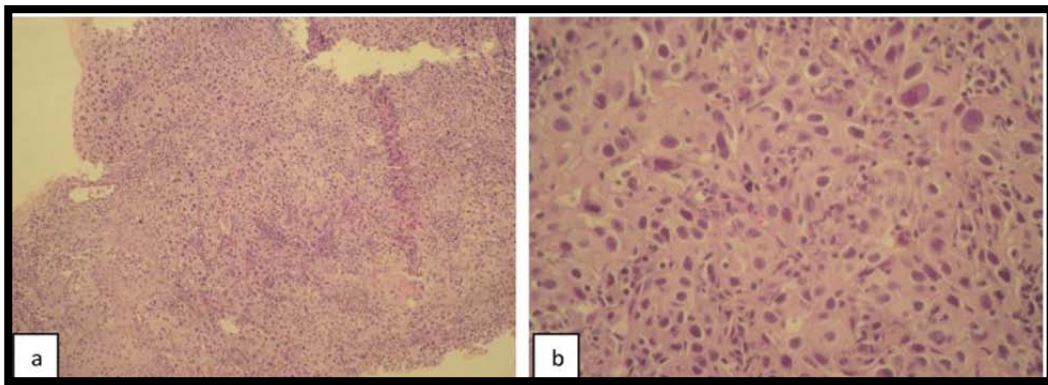


Figure 65 : Carcinome épidermoïde de la paupière [120]

a : coloration à l'hématéine-éosine (HE) au faible grossissement : prolifération carcinomateuse invasive ; b : coloration à l'hématéine-éosine (HE) au fort grossissement : les cellules carcinomateuses ont une différenciation épidermoïde.

Carcinomes des annexes pilo-sébacé-sudoripares : [167,204]

Les carcinomes annexiels sont des tumeurs malignes cutanées rares dérivant des glandes sudorales eccrines et apocrines, des follicules pileux et des glandes sébacées. Ils peuvent survenir à tout âge mais touchent d'abord les sujets âgés. Tous sont envahissants localement et certains d'entre eux peuvent entraîner une dissémination métastatique locorégionale ou générale. Ils regroupent de nombreuses tumeurs malignes très différentes qui dérivent toutes des annexes épithéliales de la peau. Ces tumeurs sont classées en fonction de leur histogenèse en quatre groupes : carcinomes dérivant des glandes eccrines, des glandes apocrines, des structures folliculaires et des glandes sébacées [204].

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

Leur distinction est fondée sur l'examen histopathologique car, bien souvent, leur aspect est celui d'une tumeur plus ou moins ulcérée non reconnaissable. Il existe toutefois plusieurs formes anatomocliniques accessibles au diagnostic clinique. Ces carcinomes ne doivent pas être méconnus car ils sont souvent envahissants et de pronostic défavorable quand le diagnostic est tardif. La distinction entre tumeur annexielle bénigne et carcinome n'est pas toujours aisée, L'individualisation des divers carcinomes annexiels est relativement récente et, chaque année, des variantes nouvelles sont décrites, qui font l'objet de discussions entre dermatologue et pathologistes.

Nous décrivons ici les principaux carcinomes bien caractérisés et les plus fréquents.

➤ **Carcinomes d'origine pilo-sébacée:**[205,206,207]

Il s'agit d'une tumeur agressive, naissant des glandes de Meibomius et peut aussi naître des glandes de Zeis et des glandes sébacées des paupières, des sourcils ou de la caroncule. Histologiquement, La tumeur se compose de lobules irréguliers de cellules pléiomorphes à cytoplasme spumeux et noyaux amphophiles plus ou moins réguliers.

➤ **Carcinomes des glandes sudoripares:**

Dérivent des glandes sudoripares eccrines et apocrines. Leur distinction n'est pas toujours aisée.

Carcinome eccrine mucipare :

Son développement est lent, mais avec un potentiel d'invasion locale et de récurrence important. il s'agit d'une tumeur intradermique ou envahissant l'hypoderme, faite de petites structures épithéliales basophiles à noyau vésiculeux, noyées dans des plages de stroma très clair, riche en mucines. La tumeur est de ce fait spectaculairement colorée par le PAS et le bleu Alcian.

Hidradénome malin ou hidradénocarcinome :

Elle peut survenir sur les paupières supérieures ou inférieures, ou le canthus interne. Ils ont une évolution agressive (envahissement de l'orbite et l'os sous-jacent) et métastasent très souvent, aussi bien vers les ganglions [213] que dans la circulation générale [166].

Le diagnostic histopathologique de malignité se fait sur l'architecture (mauvaise limitation, travées invasives) et sur les critères cytologiques (mitoses nombreuses et agrégats de noyaux atypiques regroupés de façon irrégulière). Les cellules gardent néanmoins, comme dans la forme bénigne, un aspect clair témoignant de leur richesse en glycogène.

II. L'analyse épidémiologique :

1. Prévalence et incidence :

Les statistiques concernant la fréquence et la distribution des tumeurs palpébrales sont variables. Un biais statistique affecte les données des grands centres, où sont adressés les cas les plus difficiles [26]. Les variations géographiques d'ensoleillement, la pigmentation cutanée, l'âge moyen de la population sont des facteurs déterminants le type des carcinomes cutanés rencontrés [27]. La disponibilité d'un registre national de déclaration des cancers permet de mener des études plus exactes, portant sur des populations plus grandes, et sur de longues durées. Les carcinomes cutanés sont les tumeurs les plus fréquentes de la peau et des cancers en général. [30].

Au Maroc comme pour la majorité des pays africains (et même en France) on ne dispose pas d'un registre pareil, et ainsi on ne peut pas parler des incidences. C'est dans ces cas où les informations qu'apportent les études des centres universitaires spécialisés ont le plus d'intérêt, elles permettront d'avoir des chiffres des cas traités et la prévalence de différents types histologiques des carcinomes palpébraux.

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

En Afrique, il existe très peu d'études portant sur la pathologie tumorale palpébrale à cause de nombreux facteurs socio-économiques, notamment le manque d'infrastructure routière, la rareté des centres spécialisés et la pauvreté de la population [28]. Le nombre restreint d'études menées suggère néanmoins que ces tumeurs sont plus fréquentes en Afrique tropicale qu'en Europe [29].

Dans notre étude, plus de 36 dossiers des carcinomes évolués des paupières tout âge et forme confondus ont été archivés entre 2011 et 2017. Ils ont été traités dans cette série, qui n'a concerné que les malades qui répondaient aux critères d'inclusion, avec une incidence estimée à 5,5 nouveaux cas par an. Cette incidence reste très élevée par rapport à celle observée dans les pays européens en dépit du fait que nous, comme dans bon nombre de pays, nous observons un sous enregistrement des carcinomes des paupières dans les registres.

2. L'âge et le sexe :

Le carcinome basocellulaire décrite comme étant l'apanage du sujet âgé (âge moyen de survenue : 65 ans), mais maintenant il touche également les personnes de moins de 40 ans, qui avaient une exposition fréquente et prolongée aux ultraviolet (UV) [22,31,32]. Alors que le carcinome épidermoïde survient plus fréquemment chez l'homme que chez la femme, L'âge moyen au diagnostic est de 74,4 ans chez les hommes et 77 ans chez les femmes [31].

L'âge moyen de notre série était de 60ans, de même, il était de 60,6ans dans l'étude d'Echachoui [1], de 60 ans pour Halimi[39] et de 62.7 ans pour Messaoudi [38] il était un peu plus élevé (64 ans) dans l'étude de Ducasse[37].

Dans notre série deux tiers des cas étaient des hommes contre un tiers des femmes avec sexe ratio H/F=1.76, contrairement à l'étude d'Echachoui [1] qui a une prédominance féminine 39 femme contre 25 homme.

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

Les hommes ont tendance à développer un cancer cutané 2 fois plus que les femmes. Cette prédominance masculine expliquée par le fait que les hommes s'exposent plus au soleil vu la nature de leurs travaux et que la majorité entre eux n'utilise pas de moyen de protection contrairement aux femmes.

C'est à peu près le même résultat retrouvé par d'autres études :

Tableau N°XIII : La répartition des patients selon le sexe et l'âge d'après des études concernant les carcinomes cutanés.

| Série | Durée d'étude | Nombre totale des patients | Age moyen | Sex ratio H/F |
|----------------|---------------|----------------------------|-----------|---------------|
| Ducasse [37] | 5ans | 154 | 64ans | 1.05 |
| Messaoudi [38] | 2ans | 13 | 62.7ans | 2.25 |
| Halimi [39] | 8ans | 90 | 60ans | 1.30 |
| Benaatiya [40] | 5ans 1/2 | 51 | 64.4ans | 1.55 |
| Echachoui [1] | 5ans | 64 | 60ans | 0.64 |
| Notre srie | 6ans 1/2 | 36 | 60ans | 1.76 |

Certaines études citaient une prédominance féminine [1,36 ,41, 44] alors que d'autres ne trouvaient aucune différence [43,45]

3. L'origine géographique :

Les deux tiers des patients recrutés dans notre étude habitaient le milieu rural alors que seulement le un tiers provenait du milieu urbain. Cette répartition résulte au biais de recrutement, par les conditions de vie assez difficiles de la population concernée accentuée par le manque de moyens pour se déplacer et un faible niveau d'éducation vis-à-vis des lésions préexposantes et de l'exposition solaire.

Nos données concordent avec les données M.Elhaouri [48]:60% des patients habitaient le milieu rural alors que 35 % provenaient du milieu urbain. Pour H.Boukind [46] l'origine rurale représentait 54% alors que Mernissi [47] rapportait un taux des patients d'origine rurale de l'ordre de 58%.

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

Nos résultats rejoignent aussi la majorité des autres études marocaines, maghrebines et africaines.

Tableau N°XIV: L'origine géographique de nos patients.

| | M.EL haouri [48] | Mernissi [47] | H.Boukind [46] | Notre série |
|---------------|------------------|---------------|----------------|-------------|
| Rural | 60% | 58% | 54% | 66.66% |
| Urbain | 35% | 40% | 46% | 33.34% |

4. Facteurs de risque :

4.1 Endogènes:

a) Le phototype :

Soumis à une exposition solaire identique, tous les individus n'ont pas le même risque de développer un carcinome cutané. Le phototype caractérise la sensibilité de la peau aux rayonnements ultra-violets. (Annexe 2)

Les phototypes clairs sont considérablement plus exposés aux carcinomes cutanés de la tête selon la majorité des études. Ainsi Barro rapporte 65 à 75% des carcinomes basocellulaires des cancers cutanés rencontrés chez les blancs et 3% des carcinomes basocellulaires des cancers cutanés rencontrés chez les noirs[49]. La couleur des cheveux rousse ou blonde, la clarté du teint, les faibles capacités de bronzage et la tendance aux coups de soleil sont les facteurs de risque de survenue de carcinomes cutanés[50,51].

Dans une étude réalisée au CHU Hassan II par Mernissi [47] le phototype III était le phototype prédominant 57 % des cas, suivi par le phototype IV dans 35 % des cas, ce qui concorde avec nos résultats. Dans une étude réalisée au Brésil [36], les phototypes I et II étaient les phototypes prédominants 77% des cas, suivis par les phototypes III et IV dans 23% des cas, Samarasinghe et Madan [52] trouvaient que 80,5% de leurs patients étaient caucasiens et enfin les patients de Dumas et al [53] étaient tous caucasiens.

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

Les phototypes III et IV étaient les phototypes prédominant dans notre étude avec 89% des cas. Le phototype II avec uniquement 6% des cas et les autres phototypes étaient rarement représentés.

Cette répartition n'est pas la même sur le plan international vu la différence du phototype prédominant dans chaque pays.

Tableau N° XV: La comparaison entre les différents phototypes prédominants.

| | Phototype prédominant | Pourcentage |
|----------------------------|-----------------------|-------------|
| Mernissi [47] | III | 57% |
| Samarasinghe et Madan [52] | II et III | 80,5% |
| Dumas et al [53] | II et III | 100% |
| Echachoui [1] | III et IV | 78.12% |
| Notre série | III et IV | 89% |

b) Les états précancéreux :

- ✓ Xéroderma pigmentosum :



Figure 66: xéroderma pigmentosum chez un garçon âgé de 17ans.

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

Maladie héréditaire à transmission autosomique récessive, caractérisée par une sensibilité pathologique aux UV liée à un déficit des systèmes enzymatiques de réparation de l'ADN. Elle se manifeste dès la première exposition où l'enfant va développer des éphélides et des macules brunes sur les zones exposées. Sans protection solaire, se développent alors des kératoses actiniques précoces, puis des carcinomes cutanés avec un décès vers la deuxième décennie [54,55]. Au niveau oculaire, les altérations peuvent être sévères, surtout dans la zone inter-palpébrale, avec hyperhémie chronique, pinguecula, ptérygion, pigmentation, et dégénérescence néoplasique de la conjonctive, ainsi que kératite et pannus. Les paupières subissent des lésions de blépharite chronique, puis des rétractions cicatricielles, tant de la lamelle antérieure que de la lamelle postérieure. Histologiquement, les lésions, tant précoces que tardives, ne sont pas spécifiques, si ce n'est leur vitesse de développement élevée. Le traitement implique la prévention de toute exposition solaire et l'application d'écran solaire total durant toute la vie. Des rétinoïdes systémiques et la thérapie génique sont à l'essai.

✓ Kératose actinique :



Figure 67 : Plusieurs taches de kératose actinique chez une patiente âgée de 80ans.

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

Egalement appelées kératoses séniles, ce sont les lésions pré carcinomateuses les plus fréquentes. Elles sont secondaires à l'exposition solaire chronique chez les sujets prédisposés à peau claire. Elles se manifestent par de multiples petites tâches kératosiques, de couleur jaunâtre, qui doivent être surveillées et traitées car elles se transforment au bout de quelques années d'évolution en carcinome cutané. [50,55,56]

L'histologie montre que les lésions surviennent sur une peau atteinte de dégénérescence sénile préexistante, avec un amincissement épidermique et une dégénérescence basophile du collagène dermique. En dehors des localisations palpébrales, les petites kératoses actiniques qui ne posent pas de problème diagnostique peuvent être observées. En région péri oculaire toutefois, et au vu du risque réel de transformation, on recommande d'établir le diagnostic par une biopsie puis, soit de procéder à l'excision simple, soit de traiter par cryothérapie [57, 58,59].

✓ **La maladie de bowen ou carcinome in situ :[59,60,61]**

C'est la plus fréquente des lésions précancéreuses après la kératose actinique. La maladie de Bowen est une lésion isolée, siégeant sur la peau exposée (induite par le rayonnement solaire) ou non exposée (liée à l'ingestion d'arsenic trivalent inorganique). La lésion apparaît comme une plaque érythémateuse légèrement infiltrée, augmentant lentement de taille. Il existe généralement une légère desquamation et quelques croûtes. Le placard érythémateux est pigmenté, parfois nodulaire ou ulcéré, un peu saillant et bien délimité.

Il grandit lentement par extension des bords, laissant un ulcère central. Histopathologie : Il existe dans toute l'épaisseur de l'épiderme des atypies cellulaires avec présence de cellules immatures, néoplasiques, et une perte de la polarité cellulaire. Le caractère essentiel de cette lésion est le respect de la membrane basale [61].

- ✓ L'albinisme :



Figure 68 : CBC palpébro-jugal étendu sur albinisme.

Il réalise une leucodermie généralisée se transmettant sous le mode autosomique récessif. Les albinos sont très sensibles à la lumière solaire, inaptes au bronzage et font de multiples cancers cutanés particulièrement les carcinomes. [51]

- ✓ L'épidermodysplasie verruciforme :



Figure 69 : Epidermodysplasie verucciforme à localisation corporelle différente.

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

Une maladie extrêmement rare, caractérisée par le développement de verrues planes, de lésions pityriasis versicolorlike et, plus tardivement, de CE sur les zones photoexposées.

✓ **Les lésions cicatricielles :**

Elles sont secondaires aux brûlures ou aux traumatismes. La tendance des cicatrices à la rétraction est responsable d'une mauvaise vascularisation de la peau qui devient fine et s'ulcérant facilement avec un grand risque de cancérisation, mais elles sont rares au niveau de la face parce qu'elle est richement vascularisée. En outre, dans notre contexte, le mode de vie dans la campagne avec comme toile de fond certaines pratiques très courantes et réputées par leurs effets nuisibles sur la peau telle l'application de goudron, huile de cade,... Ces produits toxiques peuvent favoriser la transformation des lésions en carcinomes cutanés [54,55].

✓ **Radiodermite:** [59,62,63,64]

Il arrive que les lésions et carcinomes variés radio-induits apparaissent avec une très longue latence, parfois de plusieurs dizaines d'années, après des traitements pour des conditions cutanées bénignes (hirsutisme, acné, teignes autre fois). C'est pourquoi, de nos jours, on réserve la radiothérapie quasi exclusivement aux tumeurs malignes. Par ailleurs, les progrès dans la délivrance des rayons ont permis de diminuer considérablement ces complications. En général, la peau irradiée développe après quelques jours un érythème et un œdème auquel succèdent après quelques semaines une hyperpigmentation et une desquamation, puis une atrophie progressive des annexes pilo-sébacéo-sudoripares (perte des cils, éventuellement nécrose palpébrale), et un cortège de complications kérato-conjonctivales. Avant de débiter un traitement prévu de 2 500 Gy ou plus, on recommande actuellement l'intubation systématique de longue durée (plusieurs mois) des voies lacrymales, afin de prévenir les sténoses secondaires probables.

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

Dans notre étude, les lésions précancéreuses ont été retrouvées chez 13 patients : kératose actinique chez 03 patients (8.33%) , Xérododerma pigmentosum chez 05 patients (13.88%), traumatisme palpébrale chez 02 (5.55%), un cas d'albinisme, un cas de nævus et un cas épidermodysplasie verruciforme et ce qui rejoint l'étude de Dumas et al [52] concernant les KA (13%), alors que pour Kavoussi et al [58], les kératoses actiniques étaient de loin les lésions précancéreuses les plus fréquentes estimées à 40,2%. M.Elhaouri [45]) a trouvé un taux moindre de 5,5% de KA. Dans l'étude de L.Kani [59] le taux de xérododerma pigmentosum était de 1,8% et pour les traumatismes palpébraux notre résultat 5.55% rejoint le résultat (6.25%) d'echachoui [1].

Tableau N°XVI : La fréquence des états précancéreux.

| | Dumas et al [53] | Kavouissi et al [66] | M.elhaouri [45] | L.kani [65] | Echachoui [1] | Notre Serie |
|-------------------------------|------------------|----------------------|-----------------|-------------|---------------|-------------|
| Kératose actinique | 13% | 40.2% | 5.15% | - | 21.87% | 8.33% |
| XP | - | 1% | - | 1.8% | - | 13.88% |
| Lésion pigmentaire | 9% | - | - | - | - | - |
| Albinisme | - | - | - | 0.6% | - | 2.77% |
| Traumatisme palpébrale | 3% | - | - | - | 6.25% | 5.55% |

4.2 Exogènes :

a) L'exposition solaire :

Le soleil est le facteur causal le plus fréquemment évoqué. Il est capable d'altérer le génome cellulaire soit, directement par le biais du rayonnement UVB soit, indirectement par la génération de radicaux libres (rayonnement UVA)[17]. Deux types d'exposition solaire peuvent être néfastes :

- Les expositions intermittentes aiguës : sur une peau non préparée (coups de soleil sur une courte période de vacances)

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

- L'exposition chronique (des expositions répétées sur de longues années au rayonnement solaire).

Cette relation étroite entre le soleil et les carcinomes cutanés est illustrée par le fait que 80% d'entre eux siègent au niveau des zones photo-exposées[51,68].Le cumul d'exposition solaire chez les sujets à peau clair augmente énormément la probabilité de développer un carcinome palpébral [70], le sujet à peau pigmenté est plus protégé contre ce risque [118].

Le pourcentage des patients exposés au soleil est estimé à 63% dans notre étude ce qui rejoint les résultats d'Echachoui [1] avec un taux d'exposition estime à 68.75%, Flavia Regina Ferreira et al [71] rapportaient que 70,1% de leurs patients avaient été exposés durant leur enfance au soleil ou occupaient un travail exposé à l'âge adulte. Ahmad et Gupta [72] avaient trouvé un pourcentage d'exposition solaire plus élevé à 89% et 95% des patients de Pinatell et Mojallal [22] étaient exposés au soleil.

Tableau N°XVII: La photo exposition .

| | Echachoui [1] | Flavia Regina Ferreira et al [71] | Ahmad et Gupta [72] | Pinatell et Mojalla [22] | Notre Série |
|---|--------------------------|--|--------------------------------|-------------------------------------|------------------------|
| Taux de patients photo exposés | 68.78% | 70.1% | 89% | 95% | 63% |

b) Le tabagisme :

La notion de tabagisme, reconnu comme facteur de risque de la majorité des cancers humains par la plupart des auteurs et dont la relation cause à effet a été démontrée par plusieurs études. Une association significative entre le tabagisme et le carcinome basocellulaire a été décrite chez la femme, mais pas chez l'homme [73]. Contrairement à notre étude où tous nos patients tabagiques étaient de sexe masculin dont 5 cas de carcinome basocellulaire. Cependant une étude récente sur une large cohorte, ne retrouve pas d'association claire entre le tabagisme et le carcinome basocellulaire [74].

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

En outre le tabagisme est un facteur de risque de complications notamment infectieuses et de cicatrisation dans la chirurgie des cancers [75]. Ainsi, tous les auteurs recommandent l'abstinence tabagique avant et après la chirurgie plastique, en effet le taux de complications est significativement plus bas chez les abstinentes comparés à ceux qui poursuivent leur tabagisme [76].

Dans notre étude le tabagisme a été retrouvé chez 27.77% de nos patients. Ceci concorde avec les données d'une étude menée chez 383 patients en Floride (26% des cas) [61] et les résultats de M.El haouri [48]. Lors de l'étude d'Eskiizmir et al [68], le pourcentage du tabagisme était plus élevé (50%). Alors qu'echachoui [1] a rapporté un taux moindre de 18.75%, Ali Hassan [78] (17.46% cas).

Tableau N°XVIII: Taux de patients tabagiques :

| | Ali Hassan [78] | Echachoui [1] | En Floride [61] | M.EL haouri [48] | Eskiizmir et al [68] | Notre série |
|------------------------------|--------------------|------------------|--------------------|---------------------|-------------------------|----------------|
| Taux de tabagisme | 17.46% | 18.75% | 26% | 31% | 50% | 27.7% |

III. L'analyse clinique :

1. Le délai de consultation :

Le délai de consultation est un facteur aggravant le pronostic des carcinomes évolués des paupières. En effet, le taux moyen de croissance d'un CBC étant de 0,5 cm par an, un long délai de prise en charge favorise d'autant l'important développement des lésions [79].

Le retard diagnostique est une monnaie courante : la tendance à banaliser ces carcinomes qui évoluent lentement, et le bas niveau socio intellectuel, expliquent le retard de consultation M.El Haouri [48] a retrouvé dans sa série une durée moyenne d'évolution avant la consultation de quelques mois à 2 ans (24 mois) alors que une étude récente réalisée par Alli

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

hassan [78] qui rapportait une durée moyenne de 3.3ans (39.9mois) pour tous types histologiques confondus. Une étude faite à Dakar [80] a rapporté une durée d'évolution moyenne de 2,9 ans (34mois), alors que Felix Boon Bin [81] a rapporté une durée moins longue de 1.48 ans (17,8 mois) en moyenne.

La longue durée d'évolution avant la consultation rend compte des formes évoluées retrouvées dans notre série, de la fréquence de l'extension intra orbitaire. L'analyse de nos résultats a révélés que le délai de la consultation est prolongé, il est en moyenne de 4.5ans (55 mois). Ce retard à la prise en charge pouvait être dû à plusieurs facteurs parmi lesquels :

- La lenteur d'évolution des lésions
- La conservation de l'état général
- L'éloignement des patients des structures sanitaires et à leur négligence (66.66% des patients provenaient du milieu rural)
- Le premier recours aux thérapeutiques traditionnelles (22% des patients utilisaient des thérapeutiques traditionnelles avant de consulter chez un médecin)



Figure 70 : L'évolution d'un CBC après le retard de consultation chez un sujet âgé 18ans suivi pour XP

A : lésion tumorale initiale à la 1ère consultation ; **B** : le patient avait perdue de vue 4 mois puis il a consulté une 2 eme fois après l'augmentation du volume tumorale.

Tableau N°XIX: Comparaison du délai de consultation.

| | Felix Boon Bin [81] | M.EL Haouri [48] | Ali Hassan [78] | Dakar [80] | Benaatiya [40] | Notre série |
|-------------------------------------|------------------------|---------------------|--------------------|---------------|-------------------|----------------|
| Durée moyenne d'évolution (mois) | 17.8 | 24 | 33.96 | 34 | 39.9 | 55 |

2. Les signes fonctionnels :

Les destructions dans les formes évoluées des carcinomes cutanés des paupières étaient sources de douleurs, de saignements, de surinfections, de destructions des organes et des structures anatomiques de voisinage. [82]

Dans ce type des lésions, lorsque le patient se présente, l'amputation fonctionnelle est le plus souvent déjà acquise pour les lésions périorificielles et les éléments qui sont souvent en avant sont, soit une situation psychologique particulière, qui exprime souvent le déni de la maladie, soit les conséquences sociales de la défiguration. [83]

La chute des cils et l'infiltration du bord libre étaient deux signes cliniques particulièrement importants. En effet, Rospars [85] a constaté qu'en l'absence d'autres signes clinique, il existait souvent un retard diagnostique et donc une reconstruction plus lourde.

Dans notre étude 75% des patients ont consulté suite à des signes d'infiltration locale : douleur, saignement, issue de pus et ulcération des lésions tumorales, 13% suite à une infiltration locorégionale : 5 cas au stade de cécité.

3. Les caractéristiques de la tumeur :

3.1 Le siège :

La répartition topographique des lésions est majoritaire au niveau des zones exposées à la lumière : 85% des cas [86]. Certaines formes peuvent être très mutilantes d'autant plus au niveau des paupières, l'épaisseur des paupières est faible et le danger d'extension dans les zones de fusion des bourgeons embryonnaires est important. [87]

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

Dans notre étude, La localisation tumorale était par ordre de fréquence, douze cas au niveau de la paupière inférieure (33.33%), dix cas au niveau du canthus interne (27.77%), trois localisations au niveau de la paupière supérieure (8.33%), le canthus externe étant rarement touché et on avait 10 cas avec atteinte de plusieurs régions palpébrales ce qui rejoint les données de la littérature [1,40.88.89]

Tableau N° XX : La fréquence des localisations anatomiques des carcinomes.

| Etude | Paupière inférieure | Canthus interne | Paupière supérieure | Canthus latéral | Plusieurs localisations |
|----------------|---------------------|-----------------|---------------------|-----------------|-------------------------|
| Older [88] | 53 % | 27% | 12% | 8% | - |
| Biro [89] | 53% | 28% | 9,4% | 4,7% | - |
| Benaatiya [40] | 51% | 27% | 14% | 8% | - |
| Echachoui [1] | 53% | 31% | 10% | 6% | 4.5% |
| Notre étude | 33.33% | 27.77% | 8.33% | 2.77% | 27.77 |

Dans notre série la région palpébrale gauche était légèrement plus touchée que la droite avec un taux de 55.54% contre 44.46%. Dans la série de Bonnay [90] et Benaatiya [40] on trouve la même constatation, contrairement à Ducasse [91].

Tableau N°XXI : Le siège des carcinomes palpébraux malins.

| Série | gauche | droit |
|----------------|---------|--------|
| Bonnay [90] | 53,1% | 46,9% |
| Benaatiya [40] | 57% | 43% |
| Ducasse [91] | 49,75 % | 50,25% |
| Notre série | 55.54% | 44.46% |

3.2 L'aspect macroscopique :

Sur le plan clinique les carcinomes évoluaient sous plusieurs formes. L'aspect ulcéré était le plus fréquent dans notre série 47.22%. Ce qui rejoint les constatations cliniques d'Echachoui [1] (43.73%) , alors que étude Benaatiya [66] et M.el haouri[48] ont rapporté un taux moindre .

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

Le long délai de consultation rend compte de la fréquence de cette forme évoluée.

Tableau N°XXII : Comparaison entre les aspects macroscopiques des carcinomes.

| | M.EL Haouri [48] | L.kanani [66] | Benaatiya [40] | Echachoui [1] | Notre serie |
|-------------------------|---------------------|------------------|-------------------|------------------|-------------|
| Ulcérée | 25% | – | 17% | 43.73% | 47.22% |
| Ulcérobouregente | 43% | – | 68% | – | 11.11% |
| Ulcéronodulaire | – | 94.2% | 5% | 46.87% | 16.66% |
| Bourgennante | 18% | – | 8% | – | – |
| Nodulaire | 7% | – | 5% | – | 25% |

3.3 La taille tumorale :

Dans la revue de Rowe , les carcinomes de 2 cm de diamètre et plus ont deux fois plus de risque de récidiver localement et trois fois plus de risque de métastaser à distance à 5 ans que les carcinomes de diamètre inférieur à 2 cm. Le taux de récurrence et de métastase à 5 ans de ces dernières sont cependant respectivement de 7,4 et de 9,1 %, ce qui n'est pas négligeable. Plusieurs études rétrospectives et une étude prospective plus récentes vont dans le même sens. [92,93]

- ✓ les CBC de plus de 1 cm sur les zones à haut risque sont considérés comme des carcinomes à risque élevé de récurrence ;
- ✓ le CSC : une taille de plus de 10 mm sur la zone à risque intermédiaire et de plus de 6 mm sur la zone à haut risque sont des facteurs péjoratifs.

La taille tumorale moyenne était de 3.5cm avec des extrêmes allant de 2 à 7cm. Une taille supérieure à 3 cm était notée dans 69.44 % des cas ce qui rejoint les résultats d'Echachoui [1]

Tableau N°XXIII: Comparaison entre la taille tumorale.

| | Echachoui [1] | L.kenani [66] | Notre sérié |
|--------------------------------|-------------------|----------------------|-----------------|
| La taille tumorale (cm) | 0.8 à 7cm (3.9cm) | 0,2 à 10 cm (1.76cm) | 2 à 7cm (3.5cm) |

4. Extension ganglionnaire:

L'atteinte ganglionnaire est un élément capital dans le diagnostic, dans l'attitude thérapeutique et pour le pronostic. Elle est le plus souvent au niveau du territoire de drainage lymphatique [88]. Classiquement, la partie externe des paupières est drainée vers les ganglions pré-auriculaires, et la partie interne vers les ganglions sous mandibulaires.

Les carcinomes (CBC et CE) sont développés aux dépens de keratinocytes, mais ils ont une physiopathologie et un comportement totalement différents. Pour Les CBC ont une agressivité locale, se développe le long de tissus de moindre résistance [22], le risque de métastase est exceptionnel à cause d'un faible potentiel angiogénique, Le taux de métastase rapporté est inférieur à 0.1% [17,95], alors que Les CSC étaient considérés comme agressives. Ils ont une tendance à récidiver et à métastaser. Il faut rester vigilant devant tout malade atteint de CSC et procéder à un examen cutané corps entier soigneux à la recherche de signes d'extension en particulier dans les aires ganglionnaires. En cas de métastase à distance, l'atteinte ganglionnaire est très fréquemment associée (85 % des cas)[96].

A Limoges (France), l'analyse d'une série rétrospective conduite par Bessedes et al [97] visant 243 patients présentait des carcinomes épidermoïdes de la face et du cou a montré que 13 malades avaient été métastatiques d'emblés ou secondairement. Parmi ces malades métastatiques, 54% avaient présentés des métastases ganglionnaires à l'examen initial soit 7 patients de 243 cas.

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

Dans notre série, 19.44% des patients présentaient des métastases ganglionnaires. L.Kani [60] a rapporté un taux moindre (0,5%), Ceci pourrait être expliqué par la consultation tardive et à des stades avancés.

Tableau N°XXIV : L'extension ganglionnaire.

| | Bessed et al [97] | L.knani [66] | Notre série |
|-----|-------------------|--------------|-------------|
| CBC | - | 0.5% | 5.55% |
| CSC | 2.8% | - | 13.8% |

IV. L'analyse paraclinique :

Après l'examen clinique, les examens complémentaires sont nécessaires pour confirmer (ou préciser) le type histologique et l'extension de la tumeur, ce qui permettra de guider le choix thérapeutique. On commencera par une biopsie qui donnera le diagnostic, puis la TDM et l'IRM qui sont les examens radiologiques les plus performants pour déterminer avec précision l'étendu du carcinome.

1. L'étude histopathologique :

Le diagnostic positif des carcinomes cutanés repose sur l'examen clinique et se confirme par l'examen anatomopathologique. L'examen anatomopathologique permet un diagnostic exact, le contrôle de la qualité de l'exérèse et une prise en charge adaptée.

1.1 La biopsie diagnostique :

En pratique, dès que survient un doute sur l'aspect clinique atypique d'un carcinome, son caractère très envahissant échappant à toute ressource thérapeutique curative, il est recommandé de procéder à une biopsie (ou biopsie exérèse d'emblée en cas de lésion de petite taille) qui peut aisément être réalisée au cours de la même consultation sous anesthésie locale. Il est utile de postposer de quelques minutes la biopsie par rapport à l'infiltration par de la xylocaïne 2 % adrénalinée 1/200 000 conférant en plus de l'anesthésie une hémostase

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

efficace. La biopsie ou la biopsie-exérèse vise à établir le diagnostic, la stadification histopathologique et à détecter certains facteurs pronostiques (différenciation, degré d'envahissement en profondeur, présence d'emboles lymphatiques ou vasculaires, présence d'invasion périneurale), permettant ainsi de planifier l'attitude thérapeutique. Elle doit obéir aux recommandations suivantes:

- la biopsie doit être réalisée sur la zone active de carcinome, le plus souvent en périphérie de la lésion à la jonction peau saine et peau tumorale, en évitant les zones nécrotiques.
- Sur le plan technique, les biopsies au bistouri jusqu'à l'hypoderme sont les garantes d'une analyse correcte. Les biopsies tangentielles ou les curetages sont souvent trop superficiels et ne permettent pas d'analyser toutes les couches de la peau.
- chaque prélèvement doit être clairement identifié, de façon à ce qu'une cartographie puisse être établie.
- Il est nécessaire d'orienter les marges (fils de suture identifiés par la couleur, le nombre de nœuds ou encrage de différentes couleurs), en cas de biopsie-exérèse.
- Il est indispensable de joindre un schéma comportant la mention des différents repères, éventuellement communiquer des photographies.
- Mode d'acheminement au laboratoire: soit à l'état frais (compresse humectée de sérum physiologique) si le laboratoire est à proximité, soit fixation pour des raisons d'éloignement.

Il faut décentraliser les biopsies par la formation des médecins généralistes afin de s'habituer à faire des biopsies en cas de suspicion de la malignité d'une lésion cutanée pour éviter ces formes évoluées des carcinomes et assurer un diagnostic précoce.

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

Tous les patients de notre série ont été bénéficiés d'une biopsie préalable au traitement chirurgicale. Cette attitude a été motivée par le souci d'offrir aux patients une prise en charge adéquate.

1.2 L'aspect histologique :

En France, malgré l'absence d'un registre national, une étude épidémiologique portant sur une période de 70 ans de 1925 à 1995 et intéressaient 1 705 cas de tumeurs malignes de l'œil et de ses annexes avait mis en évidence 488 cas des tumeurs orbito-palpébrales (soit 28,62%) [98] une autre étude prospective réalisée sur 3 ans et portant sur 172 tumeurs palpébrales montrait que le carcinome basocellulaire était la tumeur la plus fréquente (29,65%)[99].

Une étude polonaise de 303 cas de CBC avait montré que la localisation palpébrale occupait la seconde place avec 16,6% de l'ensemble des patients.[100]

En Islande, une étude colligée du registre national de cancer, rapportant tous les cas du CBC de paupières de 25 ans (65-89), a montré que la fin de la sixième décennie était la plus atteinte. [101]

L'incidence de survenue de tumeurs malignes palpébrales en Finlande, varie entre 0.7 et 3.0 pour 100000 hommes/an et entre 0.5 et 2.8 pour 100000 femmes/an [102].

Dans une étude effectuée en milieu hospitalier au Burkina Faso, 92 tumeurs malignes orbito-oculaires colligées sur une période de 15 ans de 1983 à 1997, une prédominance de la localisation palpébrale est observée, avec 35 cas soit 38,04%[113].

Dans notre série, la biopsie diagnostique montrait la prédominance du carcinome basocellulaire chez 27 patients (soit 75% des cas), suivis par le carcinome épidermoïde rencontré chez 9 cas (soit 25% des cas).

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

Notre série va avec les résultats maghrébins, le carcinome basocellulaire était le plus fréquent et représentait 75 % des cas.

Tableau N° XXV : La répartition des différents types histologiques des carcinomes palpébraux dans le monde [1]

| | | CBC (%) | CSC (%) |
|------------------------|------------------------|-----------|-----------|
| Afrique | Notre série | 75 | 25 |
| | Algérie [114] | 88,7 | 4,6 |
| | Tunisie[115] | 67 | 2 |
| | Soudan [116] | 38,6 | 29,5 |
| Europe | France [98] | 84,4 | 11,5 |
| Asie | Japon [102] | 39,5 | 21,8 |
| | Corée [106] | 35,1 | 21,6 |
| | Chine [107] | 47 | 10 |
| | Singapore [103] | 84 | 3,4 |
| | Inde [104,105] | 29,8–38,8 | 22,4–28,1 |
| USA [108] | | 80,4–91,3 | 2,4–8,6 |
| Australie [110] | | 89,7 | 0,5 |

a) Les sous-types histologiques du carcinome basocellulaire :

Dans notre étude les CBC représentaient 75%. 35 % de ces CBC étaient infiltrants, 30 % nodulaires et 24% étaient sclérodermiformes. Une étude de Pinatel Mojallal [22] montrait la supériorité en CBC nodulaires, qui représentaient 80%, suivi des CBC superficiels 15% et en fin les CBC sclérodermiformes par 5%. Concernant Scrivener et al [118], 78,7% étaient des CBC nodulaires, les CBC superficiels représentaient 15,1% et les 6,2% restantes étaient des CBC sclérodermiforme. L'étude d'Echachoui [1] 46.87% étaient des CBC nodulaire, les CBC superficiels représentaient 43.75% alors que la forme sclerodermiforme représentait 9.73% restant. L.Kani [66] avait rapporté la prédominance de la forme nodulaire dans 94,2%.

Tableau N°XXVI: Les formes histologiques des CBC.

| | Pinatel et Mojallal [22] | Scrivener et al [118] | L.Knani et al [66] | Echachoui [1] | Notre série |
|-----------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------|---------------|-------------|
| Nodulaire | 80% | 78,7% | 94,2% | 46.87% | 30% |
| Infiltrant | 0% | 0% | 0% | 0% | 35% |
| Sclérodermique | 5% | 6,2% | 5,8% | 9.73% | 24% |
| Superficiel | 15% | 15,1% | 0% | 43.75% | 0% |

b) Les sous-types histologiques de carcinome épidermoïde :

Dans notre série, les carcinomes épidermoïdes représentaient 9cas (25%), ils étaient tous infiltrants et moyennement différenciés dans 7 cas (19.44%) un seul cas mature et bien différencié (2.77%) et un seul cas CSC de type basaloïde (2.77%). Dans une étude de Khtibari [121] au CHU ibno rochd Casablanca service ophtalmologie à propos 25 cas, 16% des patients étaient des carcinomes épidermoïdes moyennement différenciés, 20% bien différenciés et 28% des carcinomes invasifs.

Tableau N°XXVII : Les formes histologiques des CSC

| | Khtibari [121] | Notre série |
|--------------------------------|----------------|-------------|
| Bien différencié | 20% | 19.44% |
| Moyennement différencié | 16% | 2.77% |
| Basaloïde | - | 2.77% |
| Invasif | 28% | - |

La dermatoscopie est constituée d'une lentille grossissante et d'une source de lumière. C'est une technique d'examen non invasive, permettant de donner un nouveau regard de la morphologie clinique des lésions cutanées, permet une visualisation in vivo de structures cutanées épidermiques, dermo-épidermiques et dermiques, accessibles et non accessibles à l'œil nu, qui va aider le chirurgien à préciser les marges d'exérèses et réduire le taux des exérèses carcinologiques incomplètes. Les signes dermoscopiques dans le CBC sont les nids ovoïdes, ulcérations, croûtes de sang, vaisseaux arborisants et des structures

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

pigmentées : roue dentée, structures digitiformes.. et de CSC sont les vascularisation glomérulaires, en épingle à cheveux et linéaires irrégulières, kératine, zone blanchâtre sans structure, squames blanchâtres).[214,215]

Dans notre service aucun de nos patients n'a bénéficié d'un examen dermoscopique.

2. Les explorations radiologiques : [92,124,66,125]

Il est généralement impossible de poser une indication sur de simples arguments cliniques. Le bilan complémentaire est donc extensif et décisionnel. L'imagerie morphologique sous toutes ses formes permet d'appréhender la réalité chirurgicale.

2.1 Le bilan d'extension locale, de contiguïté :

La TDM et l'IRM permettent au mieux de déterminer la taille de l'envahissement orbitaire et de voir s'il y a une atteinte des muscles, de la graisse extra et intra-conique, du nerf optique, des os et des sinus, ou parfois même du tissu cérébral. le scanner reste le meilleur moyen pour visualiser une atteinte osseuse [123] qui constitue un facteur important dans l'évaluation préopératoire de l'envahissement orbitaires des carcinomes palpébraux[122], mais il peut parfois en passer à côté ,comme nous le rapporte une étude rétrospective menée par Glover et al[122] 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 postopératoires. Cette étude avait montré que la TDM était positif dans 43 % des cas. L'IRM par contre est plus performante dans la visualisation des remaniements des tissus mous [123].

a) L'extension aux contenus orbitaires :

L'IRM est l'examen clé pour la détection, le bilan local et le suivi évolutif, grâce à une excellente sensibilité diagnostique. Elle permet d'évaluer de manière objective l'extension en profondeur, pour juger de la possibilité d'une exérèse tumorale et permet de réaliser des mesures cibles reproductibles pour le suivi du patient sous radiochimiothérapie.

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

Dans notre série l'IRM a été faite pour 8 cas (22.22%).

b) L'extension osseuse :

Lorsqu'une extension osseuse sous-jacente est suspectée, il est recommandé de réaliser une TDM avec reconstructions osseuses. L'atteinte osseuse sera fortement suspectée devant la présence d'une lyse osseuse et /ou d'une perméation corticale, d'une réaction périostée, d'une ostéocondensation au contact de la lésion. Cependant, l'envahissement de l'os spongieux est mieux évalué en IRM.

Dans notre série, la TDM a été réalisée chez 19 patients (52,77%).

c) L'extension méningée :

L'IRM est l'examen de choix pour l'extension intracrânienne. L'envahissement méningé sera suspecté sur l'épaississement et la prise de contraste des enveloppes méningées en regard de la lyse tumorale de la boîte crânienne.

Pour évaluer l'extension cérébrale chez nos patients, une TDM cérébrale a été faite pour 11 patients (30.55%) au lieu de l'IRM cérébrale par faute de moyens. Il avait révélé un cas d'extension méningé.

2.2 Le bilan d'extension à distance :

a) L'extension ganglionnaire :

- ✓ L'échographie : est plus sensible et plus spécifique que le simple examen clinique. Elle est par ailleurs non invasive, peu coûteuse et facilement reproductible mais dépend de l'opérateur.
- ✓ La TDM : visualise les ganglions tout en étant plus facile à interpréter par le clinicien. Il s'agit de l'examen de référence du fait de sa bonne définition.
- ✓ L'IRM : présente également une bonne définition et des images facilement interprétables.

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

- ✓ Le PET-TDM au FDG (18 fluoro-désoxy-glucose) : est performant pour le dépistage des métastases à distance, mais ne semble pas supérieur aux trois techniques précédentes pour le diagnostic des métastases ganglionnaires locorégionales.

Dans notre série l'échographie cervicale a été faite pour 9 patients qui avaient un carcinome épidermoïde afin d'évaluer l'extension ganglionnaire et la TDM avait révélé 7 cas de métastases ganglionnaires.

Le PET-TDM au FDG n'a été fait pour aucun patient.

b) L'extension viscérale à distance :

La radiographie thoracique et l'échographie abdominale : pour la recherche de métastases pulmonaires et hépatiques sont avantageusement remplacées par une tomодensitométrie thoraco-abdominopelvienne.

Dans notre série, La radiographie thoracique et l'échographie abdominale ont été faites pour 25 patients. Elles n'avaient objectivé aucun cas de métastases hépatiques et pulmonaires.

La tomодensitométrie thoracique : recherche des adénopathies médiastinales, des localisations parenchymateuses pulmonaires, moins fréquemment des localisations pleurales et osseuses.

La tomодensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne : recherche des localisations secondaires hépatiques et osseuses.

Dans notre série, La tomодensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne a été faite pour 2 Patients, elle n'avait objectivé aucun cas de métastase hépatique et pulmonaire.

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

c) L'extension péri-nerveuse :

L'examen de référence est l'IRM. L'infiltration péri nerveuse se présente le plus souvent sous la forme d'un hyper-signal T2 et d'une prise de contraste du nerf qui est par ailleurs augmenté de taille.

Les nerfs les plus fréquemment atteints sont par ordre de fréquence : V2, VII, moins fréquemment le VI.

Il est recommandé de rechercher systématiquement une atteinte périnerveuse lésionnelle chez des patients présentant une extension profonde avérée ou les facteurs de risque d'agressivité : lésions de localisation médio-faciale et des zones de fusion embryonnaire, tumeurs cutanées récidivantes, tumeurs de haut grade histologique, tumeurs à taux de croissance élevé présentant un risque plus élevé d'infiltration péri-nerveuse.

Dans notre série, aucune IRM n'a été faite pour l'évaluation de l'extension péri-nerveuse.

Tableau N°XXVIII: Recommandations concernant le bilan d'extension pour chaque carcinome cutané. [124]

| | |
|---------------------------------|---|
| Carcinome basocellulaire | <ul style="list-style-type: none">- pas de bilan d'extension systématique- Si envahissement profond ou locorégional :<ul style="list-style-type: none">▪ Extension ganglionnaire : échographie cervicale ou scanner cervicale.▪ Extension dans les parties molles locales, extension périnerveuse et intracérébrale : IRM▪ Extension osseuse : scanner osseux. |
| Carcinome épidermoïde | <ul style="list-style-type: none">- Si facteurs de risque pronostique et ou signes cliniques d'appel : scanner cervicothoracique.- Si facteurs de risque d'extension périnerveuse et ou signes clinique neurologique : IRM du trajet intra et extra cérébrale des paires crâniennes.- Surveillance : échographie cervicale ganglionnaire et parotidienne tous les 6 mois pendant 5ans |

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

2.3 La Classification TNM : [124]

Après un bilan clinique et paraclinique le carcinome doit être reporté sur des schémas datés et défini selon la classification TNM de l'Union Internationale Contre le Cancer (UICC 2009).

➤ **La tumeur Primitive : T**

- Tx : la tumeur primitive est inconnue.
- T0 : Pas de tumeur primitive décelable.
- Tis : carcinome in situ.
- T1 : tumeur du bord libre < 5mm ou tumeur de taille indifférente mais n'atteignant pas le tarse.
- T2 : tumeur du bord libre > 5mm mais <10mm, ou tumeur envahissant le tarse.
- T3 : tumeur du bord libre >10mm, ou tumeur envahissant toute l'épaisseur de la paupière.
- T4 : tumeur envahissant les structures adjacentes.

➤ **Les ganglions lymphatiques régionaux : N**

Ils comprennent les adénopathies pré-tragiennes, sous mandibulaires et cervicales.

- Nx : impossible d'évaluer les ganglions.
- N0 : absence d'adénopathies locorégionales.
- N1 : présence d'adénopathies locorégionales.

➤ **Les métastases à distances : M**

- M0 : absence de métastases.
- M1 : présence de métastases.

Dans notre série, 55.55% des carcinomes de nos patients étaient classés T3, 16.66% avaient une atteinte ganglionnaire et 2,77% avaient des métastases.

Ces résultats pouvaient être expliqués par :

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

- ❖ Le long délai de la consultation dans notre série (55mois)
- ❖ L'éloignement de nos patients des structures sanitaires et leur négligence (66.66% de nos patients provenaient du milieu rural).
- ❖ L'absence de sensibilisation de ces malades.
- ❖ Le recours aux thérapeutiques traditionnelles.

2.4 Les différents groupes à risque :

L'intérêt d'étudier les différents groupes à risque est de pouvoir avoir une bonne prise en charge chirurgicale, et d'essayer d'avoir des marges d'exérèse nettes, afin de limiter les risques d'échec du traitement et de diminuer le taux des récives.

Tableau N°XXIX : Classification des CBC en groupe pronostique. [22]

| Forme de bon pronostic | Forme de Pronostic intermédiaire | Forme de mauvais pronostic |
|---|---|---|
| CBC superficiels primaires Tumeur de Pinkus CBC nodulaires primaires, < 1 cm sur la zone à risque intermédiaire de récive < 2 cm sur la zone à bas risque de récive | CBC superficiels récidivés CBC nodulaires < 1 cm sur la zone à haut risque de récive > 1 cm sur la zone à risque intermédiaire de récive > 2 cm sur la zone à bas risque de récive | Formes cliniques Sclérodermiformes Mal limitées Formes histologique Agressives Formes récidivées (sauf des CBC superficiels) CBC nodulaires > 1 cm sur la zone à haut risque de récive |

Tableau N°XXX : Classification pronostique des CSC cutanés [126]

| Critères | Groupe 1 : à faible risque | Groupe 2 : à risque significatif |
|--|---|---|
| Primitif versus récidive | Primitif | Récidive |
| Degré d'infiltration clinique | Absence | Adhérence au plan profond |
| Sympt neurologiques d'envahissement | Non | Oui |
| Statut immunitaire | Immunocompétent | Immunodéprimé |
| Taille (diamètre) en fonction de la localisation a | < 10 mm en zone R+ < 20 mm en zone R | 10 mm en zone R+ 20 mm en zone R |
| Anatomopathologiques | | |
| Envahissement périnerveux | Non | Oui |
| Degré de différenciation cellulaire | Bon | Moyen à indifférencié |
| Formes histologiques | CEC commun, verruqueux, fusiforme (hors zone irradiée), mixte ou méatypique | CEC dermoplastique > mucoépidermoïde > acantholytique Niveau IV |
| Profondeur (niveau de Clark) | Niveau III | Épaisseur > 4 ou 5 mm |
| Épaisseur tumorale | Épaisseur 3 mm | |

CBC : faible risque : ne sont pas inclus dans cette étude (toute tumeur localisée au niveau de la face est considérée de risque intermédiaire).

Dans notre étude les CBC et les CEC étaient tous classés comme des carcinomes à haut risque.

V. L'analyse thérapeutique :

La prise en charge doit (le plus souvent) faire l'objet d'une concertation pluridisciplinaire afin de choisir la meilleure stratégie pour le patient. Pour cela, il faut :

- Discuter le type de traitement : chirurgical ou autre.
- Déterminer les marges d'exérèses.
- Etablir le type de bilan d'extension.

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

- S'assurer que les résultats de l'analyse histologique de la pièce opératoire (en cas d'intervention) sont conformes aux attentes préopératoires et/ou s'adaptent, dans le cas contraire, définir le protocole de suivi.

La concertation pluridisciplinaire est fondamentale puisque la décision chirurgicale peut n'avoir qu'un caractère palliatif dont l'objectif peut être simplement de restaurer une vie de relations. Dans ce cadre, la capacité du chirurgien à assurer le contrôle local de la maladie est probablement le point clé de la décision thérapeutique. Dans ce type de localisation, une concertation chirurgicale est également souvent pluridisciplinaire puisque ce type d'exérèse peut faire appel à différents spécialistes, neurochirurgiens, ophtalmologistes, chirurgiens maxilo-faciale et plasticiens.

1. La chirurgie :

Actuellement, la chirurgie reste le traitement de choix pour les carcinomes cutanés. C'est la seule modalité qui permet de déterminer la complétude de l'éradication tumorale grâce à l'examen histologique des marges. Toutes les autres modalités se heurtent à l'impossibilité de réaliser une stadification précise, ce qui entache les comparaisons d'efficacité thérapeutique[127].

Par ordre d'intérêt, la chirurgie de la pathologie tumorale de la paupière a donc, trois buts majeurs :

- Curatif : assurer une exérèse carcinologique de bonne qualité pour éviter les récives.
- Fonctionnel : assurer une bonne reconstruction des tissus réséqués pour la protection de l'œil.
- Esthétique : rétablir la fonction esthétique des paupières.

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

Si une option chirurgicale apparaît, elle doit être clairement scénarisée avant d'être proposée au patient. La contre-indication ou l'abstention chirurgicale (plutôt que la contre-indication vraie) doit donc être autant documentée que l'indication chirurgicale. Les principales contre-indications retenues sont :

- une maladie proprement inextirpable souvent associée à un contexte polymétastatique.
- Patients très âgés avec une défaillance poly-viscérale.

Le consentement du patient est très important donc il faut éclaircir les différents gestes et temps opératoires, les marges d'exérèses et une éventuelle exentération en cas d'envahissement intra-orbitaire.

1.1 L'opérabilité : [2,125]

❖ Anesthésie :

Pour les exérèses concernaient moins d'un tiers de la paupière, une anesthésie locorégionale est la meilleure alternative. Des infiltrations de lidocaïne 2%(Xylocaïne®2%) autour de la lésion, de superficie en profondeur avec une aiguille 30G sont réalisées, après s'être assuré par une aspiration, du site extravasculaire de l'injection. L'association de la lidocaïne à l'épinéphrine (Xylocaïne®adréaliné 2%) est intéressante, car elle diminue le risque d'hématome et raccourcit le temps de l'hémostase par thermocoagulation. A noter que la thermocoagulation est à éviter autour de la pièce opératoire destinée à l'anatomopathologiste, car elle rend l'analyse des limites d'exérèses difficile.

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

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

la douleur, induit par la fixation au périoste du néo tendon, difficilement soulagé par une anesthésie locorégionale, indiquant l'anesthésie générale.

Dans notre série, vu que la taille des carcinomes était évoluée, tous nos patients avaient bénéficié d'une prise en charge chirurgicale sous anesthésie générale.

❖ Terrain :

Les âges extrêmes de la vie posent des problèmes spécifiques de prise en charge.

D'un côté, la survenue de carcinome a un âge très précoce chez du petit enfant suivi pour XP, la chirurgie suppose un environnement adapté, notamment pour l'anesthésie.

À l'autre extrême, les problèmes sont souvent multiples : fragilité du terrain du sujet âgé et pathologies associées rendant délicate l'anesthésie générale (volontiers remplacée par une sédation associée à une anesthésie locale), gestion des relais médicamenteux (antiagrégants plaquettaires, anticoagulants...), désorientation temporo-spatiale possible lors de l'hospitalisation que l'on écourte au maximum, difficultés d'organisation du retour à domicile et enfin troubles éventuels de cicatrisation favorisés par les pathologies associées comme le diabète.

Dans notre série 11 cas (30.55%) de nos patients étaient des sujets âgés multitarés, ils ont été bénéficiés d'une prise en charge préopératoire rigoureuse pour les rendre bien équilibrés : 13.88% étaient hypertendus, ils ont bénéficié d'un équilibre des chiffres de la tension artérielle par une éventuelle évaluation cardio-vasculaire et une intensification des doses des antihypertenseurs , un patient était diabétique , il a bénéficié d'un bilan biologique complet et un schéma d'insulinothérapie adapté et un autre patient était suivi pour une cardiomyopathie il a bénéficié d'une consultation cardiaque avec un echocoeur et traitement adaptée.

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

Dans notre série, Tous les patients ont été bénéficié d'un bilan systématique fait de :

- Bilan biologique sanguin : bilan hématologique : NFS-PQ -TP-TPA-Fg-glycémie-urée-créatininémie-sodium-potassium-chlorure.
- Radiographie thoracique : les clichés de tous les patients étaient sans anomalies.
- Consultation pré-anesthésique :
 - Aucun des patients n'avaient présenté de contre-indication à l'anesthésie ni au geste chirurgical.
 - L'avis du cardiologue avait été demandé pour 8 patients et aucun n'avait révélé d'anomalie contre indiquant le geste chirurgical.

❖ Geste chirurgical :

✚ La complexité de l'exérèse :

La constitution et la situation anatomique particulière des carcinomes palpébraux font une localisation à haut risque de récurrence et d'extension [121]. Toutefois, l'attitude chirurgicale à adopter se fait en fonction de l'état local, de l'extension locorégionale et du type histologique de la tumeur considérée. Ainsi, le geste envisagé pourra être soit conservateur concentré sur la tumeur et ses marges, soit radical consistant en une exentération avec curage lymphatique en cas d'atteinte ganglionnaire associée.

Les points de difficultés qui expliquent cette complexité sont :

- La complexité anatomique des paupières et ses rapports avec l'œil qui est un organe sensoriel noble, est un propre défi technique en matière de chirurgie carcinologique.
- Extension tumorale au-delà de septum palpébral où l'infiltration de la graisse intra-orbitaire témoigne d'un envahissement tumoral intraoculaire qui indique l'exentération orbitaire, Cette dernière nécessite un consentement du patient.

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

- Certaines localisations tumorales générant une amputation fonctionnelle incompatible avec une vie de relations. C'est le problème posé par les lésions palpébrales dont le contrôle local nécessite théoriquement une exentération bilatérale.
- L'avis de plusieurs spécialistes en chirurgie carcinologique et réparatrice est également souhaitable dans ce type de prise de décision où toutes les expériences sont utiles.
- Les patients polyopathologiques qui intègrent un certain degré d'immuno-incompétence influence la décision chirurgicale.

✚ La complexité de la reconstruction résulte de :

- Etendue de PDS sur plusieurs unités esthétiques.
- Le caractère complet de l'exérèse tumorale sur le résultat anatomopathologique.
- Le manque des moyens locaux de reconstruction à cause de PDS étendue.
- La nécessité de l'évaluation du train vasculaire pour éviter les risques de nécrose des lambeaux et des greffes.
- Le déroulement de la reconstruction en plusieurs temps opératoires.
- Le cout.

1.2 La chirurgie carcinologique :

a) L'exérèse tumorale :[11]

La chirurgie classique :

Le principal traitement des carcinomes cutanés reste actuellement l'exérèse chirurgicale de la lésion avec des marges de sécurité adaptées à la variété anatomopathologique. Les marges de sécurité reconnues comme nécessaires sont de 3 à 5 mm pour le CBC jusqu'à 10 mm pour la forme ulcérée ou sclerodermiforme, 8 à 10 mm pour le Carcinome épidermoïde, Ainsi, pour un carcinome basocellulaire du bord libre de la paupière de 16 mm, pour un

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

carcinome spino cellulaire de 11 mm, l'exérèse minimale correspondrait à toute la longueur de la paupière.

Du fait de l'anatomie et de la fonction palpébrale surtout pour la paupière supérieure, il n'est pas possible de respecter cette marge de sécurité, sous peine d'un préjudice fonctionnel parfois majeur, voire de la perte du globe oculaire. Dans ce cas l'examen extemporané prend sa place. Des languettes sont prélevées en toute épaisseur sur les bords de l'excision, repérées et fixées par le froid pour un examen extemporané qui guidera sur l'éventuel élargissement de l'excision. Cette technique n'est pas utilisable pour la graisse orbitaire ni pour l'os. Si l'anatomopathologiste répond qu'une ou plusieurs languettes sont envahies, le chirurgien prélève des nouvelles languettes numérotées en regard de celles envahies, jusqu'à ce que l'anatomopathologiste ne retrouve pas d'envahissement tumoral. La reconstruction peut avoir alors lieu dans le même temps opératoire.

Dans notre série, aucun de nos patients n'avaient bénéficié d'un examen extemporané.

La chirurgie moderne :

Chirurgie micrographique de Mohs [11] : C'est la technique chirurgicale spécialisée qui permet le meilleur contrôle d'exérèse de n'importe quel cancer cutané, tout en conservant le maximum de tissu sain. Cette technique convient particulièrement aux carcinomes cutanés péri-oculaires qui sont caractérisés par une croissance continue, et qui ont une faible propension à métastaser. Dans la pratique, le spécialiste en chirurgie micrographique procède dans un premier temps à l'exérèse tumorale, tandis que le chirurgien oculoplastique se charge de la reconstruction secondairement.

La technique consiste à d'abord enlever le plus gros de la tumeur, puis à prélever des tranches marginales de 1 à 4 mm d'épaisseur sur tout le pourtour de la lésion tumorale et suivant une topographie minutieuse. Les marges sont prélevées par morceaux de 5 à 10 mm

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

de diamètre environ qui sont tous numérotés, coloriés et répertoriés sur un diagramme. Un technicien d'anatomopathologie procède alors à la coupe en congélation de chaque pièce dans le plan de la tranche, de sorte que toutes les faces chirurgicales soient visualisées sur une même lame. Les fragments positifs font l'objet d'une reprise d'exérèse jusqu'à la négativation de toutes les lames.

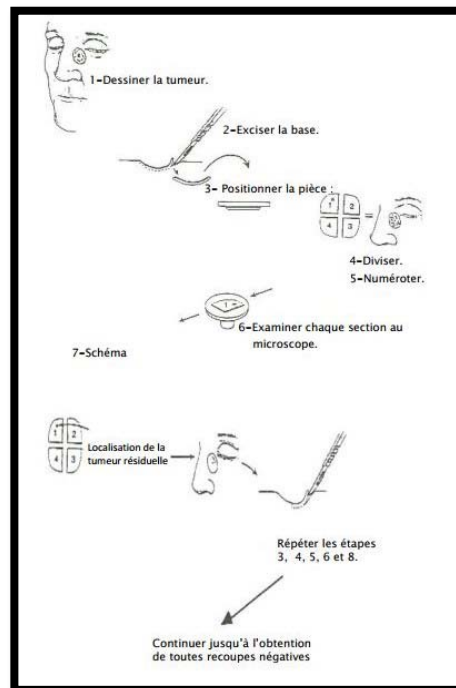


Figure 71 : Les étapes techniques de la chirurgie micrographique de moh's[42]

Dans notre série, aucun de nos patients n'avaient bénéficiés de cette technique, car elle est performante que pour les lésions superficielles, elle n'est pas utilisable dès que les tissus orbitaires sont envahis.

Dans notre série l'exérèse était incomplète dans 16% des patients, ce qui concorde avec les résultats de khtibari [121] qui rapportaient le même taux (16%), l'étude d'echachoui [1] a trouvé un taux moindre (10.71%) alors que L.Kani [66] a trouvé un taux plus élevé (22,4%).

Tableau N° XXXI : Taux des exérèses incomplètes.

| | Echachoui [1] | khtibari [121] | L.knani [66] | Notre serie |
|--------------------------------------|---------------|----------------|--------------|-------------|
| Taux des exérèses incomplètes | 10.71% | 16% | 22.4% | 16% |

b) Le curage ganglionnaire : (131)

Le curage ganglionnaire est un acte consistant à retirer par voie chirurgicale certains ganglions lymphatiques et vaisseaux lymphatiques qui drainent un tissu ou un organe atteint d'un carcinomes, Les ganglions enlevés sont ensuite analysés afin de déterminer s'ils étaient envahis ou non, le curage est employé notamment pour déterminer l'étendue d'un carcinome , caractériser sa progression, contrôler son envahissement locorégional, guider le choix thérapeutique.

Il y a deux types de curage ganglionnaire :

Le curage ganglionnaire de principe n'est pas recommandé en raison d'un rapport bénéfice/morbidité mal évalué, il conduirait à opérer inutilement un fort pourcentage de patients et ne bénéficierait qu'à un petit nombre. Les curage de principe est proposé dans les carcinomes à haut risque de la tête et du cou sans adénopathie palpable. Il s'agit de curages limités au site ganglionnaire de drainage de la lésion initiale avec contrôle extemporané du ganglion distal de la chaîne concernée, le curage complet n'étant pour suivi que si cet examen se révèle positif.

Le curage de nécessité est réalisé en cas d'adénopathies cliniquement évidentes ou décelées par l'imagerie et confirmées histologiquement.

Dans notre série, le curage ganglionnaire a été réalisé chez 7 patients (19.44%), et S.Benazzou [130] rapportait un taux moindre de 6,6%. L.Kani [66] a également rapportait un taux moindre 0,5%.

Tableau N°XXXII : Le taux de curage ganglionnaire

| | L.knani [66] | S.Benazzou [130] | Notre serie |
|-------------------------------------|--------------|------------------|---------------|
| Taux de curage ganglionnaire | 1 cas (0.5%) | 1 cas (6.6%) | 7cas (19.44%) |

La technique du ganglion sentinelle : [127]

L'intérêt de la biopsie du ganglion sentinelle pour les carcinomes des paupières est encore en cours d'évaluation. Les ganglions les plus souvent envahis sont les ganglions pré-auriculaires et parotidiens, suivis par les ganglions sous-mandibulaires et sous mentonniers, puis les ganglions de la chaîne cervicale inférieure en second relais. En pratique, une lymphoscintigraphie est réalisée 1 à 2 jours avant la résection chirurgicale, pour servir de cartographie anatomique. Au cours de l'intervention, du soufre colloïdal marqué au technétium 99m est injecté en sous conjonctival ou en intradermique autour de la lésion (par exemple 0,3 mCi dans 0,2 ml), et le chirurgien repère les ganglions de drainage avec une sonde radiosensible transcutanée. Les ganglions sont prélevés par voie directe et évalués en coupes sériées.

Dans notre série, on n'a jamais utilisé la technique de ganglion sentinelle

c) L'exentération orbitaire : [130,170]

L'exentération orbitaire est une technique chirurgicale défigurante. Il s'agit dans la plupart des cas d'une chirurgie carcinologique d'une tumeur maligne ayant secondairement envahi l'orbite. Ce geste délabrant laissait dans le passé des séquelles importantes qui pouvaient en faire restreindre les indications. Les méthodes de reconstruction actuelles le rendent plus acceptable. Les survies après exentération restent cependant modestes et dépendent du type histologique, de la qualité d'exérèse, de la taille et de l'extension tumorale. Dans certaines lésions extensives, une collaboration multidisciplinaire associant plasticiens, oto-rhino-laryngologistes et neurochirurgiens est souhaitable.

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

On décrit trois types d'exentération :

- L'exentération totale : qui consiste à enlever tout le contenu orbitaire jusqu'au périoste et les paupières.
- L'exentération subtotalaire : quant à elle 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, par exemple l'ethmoïde ou le maxillaire supérieur.

En cas de cécité douloureuse, d'envahissement de la couche fibreuse de la sclérotique, de trouble de l'oculomotricité ou de l'acuité visuelle, la conservation du globe est le plus souvent compromise. L'éviscération et l'énucléation ne sont en général pas indiquées. Le choix d'une exentération est le plus logique afin de garantir une sécurité carcinologique.

Dans notre étude, nous avons eu recours à l'exentération orbitaire à 13 reprises soit 36%. Les résultats de Khtibari [121] avaient rapportés un taux élevé de 48%, Ali Hassan [78] a également rapporté un taux élevé de 54.4%. Alors que Benaatiya [40], L.Kani [66] et Echachoui [1] avaient rapporté un taux moindre par rapport notre étude.

Tableau N°XXXIII : Comparaison du taux d'exentération orbitaire.

| | Echachoui [1] | L.Kani [66] | Benaatiya [40] | Khtibari [121] | Ali Hassan [78] | Notre Série |
|--------------------------------------|--------------------------|------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------------------|------------------------|
| Taux d'exentération Orbitaire | 1.56% | 1,7% | 18% | 48% | 54.4% | 36% |

1.3 La chirurgie reconstructrice :

La reconstruction après exérèse tumorale vise à restaurer fidèlement autant que possible l'anatomie et la fonction de la région reconstruite. Cette réparation doit être la plus esthétique possible [133]. La reconstruction des paupières poursuit trois buts :

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

- Restaurer la protection du globe oculaire.
- Conserver un champ visuel suffisant.
- Rendre au patient l'aspect normal de son visage et de son regard.

Avant de procéder à la couverture de la perte de substance, il est primordial d'avoir une confirmation histologique que les marges d'exérèses (latérales et profondes) sont saines [134,135] L'examen extemporané est réalisé dans les cas où la reconstruction immédiate est indispensable, tel qu'au niveau de la paupière supérieure pour protéger l'œil, mais il est préférable d'attendre le résultat de l'histologie classique avant la reconstruction. C'est la technique en deux temps qui donne la certitude carcinologique de l'exérèse complète, mais la constitution de la fibrose au niveau de la perte de substance complique la réparation différée [136].

Dans notre série, on n'a jamais utilisé la technique de l'examen extemporané et pour cette raison la reconstruction a été faite de façon différée chez 72.22% de nos patients après le résultat de l'histologie classique.

a) Principes de base de la réparation palpébrale [137,138,139]

➤ *Principes de sécurité :[147,149]*

Ils reposent sur des considérations anatomiques et physiologiques, et sur des conditions particulières au patient :

- La face et tout particulièrement les paupières sont richement vascularisées ce qui permet l'utilisation de lambeaux allongés à pédicules étroits sans risque de nécrose excessif.
- Lors de la reconstruction palpébrale, on est souvent conduit à utiliser des greffes et des lambeaux pour réparer les différents plans. Un apport vasculaire doit alors être fourni soit par le lambeau antérieur myocutané, soit par le lambeau postérieur tarso-conjonctival. De cette considération anatomique découle les possibilités suivantes :

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

- On peut associer deux lambeaux entre eux.
 - On peut associer un lambeau et une greffe.
 - Mais on ne peut pas associer deux greffes entre elles car le risque de nécrose est alors trop élevé.
- Devant une perte de substance donnée, il est important de choisir la technique de réparation en fonction de l'état général et locorégional du patient.

➤ ***Principe d'homologie :***

Il est basé sur la règle, énoncée par Mowlem [147], du remplacement d'une structure par son homologue le plus strict. La paupière est donc la meilleure étoffe pour reconstruire une paupière.

➤ ***Principe de réparation « plan par plan »***

Anatomiquement, il est indispensable de reconstruire un plan muqueux profond, un plan tarsal intermédiaire et un plan cutané superficiel. En fait, l'intime adhérence du tarse à la conjonctive conduit à réparer un plan tarso-conjonctival (lamelle postérieure) et un plan cutané (lamelle antérieure). Le tiers interne de la paupière supérieure est plutôt reconstruit par des téguments venus du front ou du sillon naso-génien ; les deux tiers externes sont plutôt reconstruits par des téguments venus de la tempe et de la joue.

➤ ***Principe de simplicité***

Le chirurgien doit toujours choisir la technique opératoire la plus simple, la plus sûre et surtout celle qu'il maîtrise le mieux.

➤ ***Règle du respect de la paupière supérieure :***

Pour Mustardé, il faut éviter de mutiler une structure dynamique essentielle pour reconstruire une structure statique. La reconstruction doit d'abord restaurer l'intégrité et la fonction de la paupière supérieure qui est la plus importante.

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

➤ *Règle du respect de la fonction :*

La blépharopoièse supérieure doit être mobile, souple et suffisamment fine pour que le releveur de la paupière supérieure puisse la mobiliser.

La blépharopoièse inférieure doit redonner une statique palpébrale correcte. La réparation des voies lacrymales est souhaitable mais non obligatoire, si elle ne peut être faite lors du même temps opératoire, la reconstruction des voies lacrymales sera faite, après un délai de 6 mois, si un épiphora persiste.

b) Les moyens de reconstruction

La reconstruction des pertes de substances palpébrales fait appel à des procédés variés, allant des techniques relativement simples à des moyens plus élaborés des greffes et des lambeaux. L'ampleur et la localisation du déficit à combler guident la reconstruction. Les déficits d'un quart, voire un peu plus, jusqu'à un tiers en cas de laxité chez le sujet âgé, peuvent se suturer bord à bord sans manœuvre supplémentaire ou moyennant un allongement du tendon canthal latéral selon Tenzel. Au-delà, des combinaisons de lambeaux et de greffes sont nécessaires. La cicatrisation dirige par seconde intention peut être intéressante à exploiter, en particulier au niveau du canthus interne, dans la mesure où la lamelle postérieure n'est pas déficitaire.[121].

✓ **La suture marginale directe** :[14,141,142]

La suture marginale directe associée à une cantholyse interne ou externe est employée pour les pertes de substance de pleine épaisseur inférieure ou égale à 25 %, voire 30 % s'il existe une hyperlaxité palpébrale horizontale, afin d'obtenir le meilleur résultat esthétique possible, la résection palpébrale doit être pentagonale et de pleine épaisseur et les bords verticaux de la résection doivent être perpendiculaires au bord libre.

Vu la grande taille des pertes de substance dans notre série, aucune suture directe n'a été utilisée comme technique de reconstruction.

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

✓ La cicatrisation dirigée : [144,145]

C'est une technique simple qui peut être proposée comme une préparation à une greffe de seconde intention ou comme solution d'attente le temps d'avoir le résultat histologique avec la certitude d'une résection tumorale totale. Cette méthode simple n'est possible que sur un sous-sol correctement vascularisé avec des bords périphériques de bonne qualité. Le but de cette technique est d'obtenir à l'aide de pansements adaptés, un bourgeonnement de la perte de substance, qui va être le support de l'épithélialisation spontanée à partir des berges. La qualité du bourgeon est contrôlée en alternant les pansements pro-inflammatoires (avec de la vaseline) qui permettent le bourgeonnement de la perte de substance, et les pansements anti-inflammatoires (avec des corticoïdes) qui vont intervenir lorsque le bourgeon devient hypertrophique et gêne l'épithélialisation permettant ainsi son affaissement.

Parmi les indications de la cicatrisation dirigée est les réfections des pertes de substance canthales internes qui respectent les conditions suivantes : déficit de petite taille, inférieur à 3 mm dans le grand axe, superficiel, n'atteignant ni les paupières, ni les canalicules.



Figure 72 : Cicatrisation dirigée au niveau du canthus interne après exérèse d'un CSC ulcère.

Dans notre série, vingt-six patients avaient une exérèse tumorale d'une lésion canthale interne, palpébrale inférieure ou une exentération orbitaire, ils ont été bénéficiés d'une cicatrisation dirigée mais vu la grande taille des pertes de substance, seulement un cas où la cicatrisation dirigée a été utilisée comme technique de reconstruction définitive.



Figure 73 : La cicatrisation dirigée de la cavité d'exentération avant la reconstruction définitive chez un sujet âgé de 58ans suivi pour un CBC ulcéré

A : Exentération élargie ; **B** : Bourgeonnement + Rétraction de la cavité d'exentération après la cicatrisation dirigée

✓ **Les greffes cutanées : [144, 145,146]**

1. La greffe de peau mince :

C'est une greffe dermo-épidermique prélever avec un dermatome sur une zone glabre et plane (face interne du bras ou de la cuisse) et ses principaux inconvénients sont : une pigmentation secondaire inesthétique, et surtout une rétraction secondaire (1/3 de surface) gênante si elle n'a pas été prévue lors du temps opératoire donc ce type de greffe à ne pas utiliser pour réparer une zone fonctionnelle.

Dans notre série, nous l'avons utilisé quatre fois la greffe de peau mince pour l'épidermisation des bourgeons de comblement de la cavité orbitaire.

2. La greffe de peau totale :

Le greffe de peau totale diffèrent de la précédente par l'épaisseur du greffon, par l'absence de pigmentation et de rétraction secondaire .les sites donneurs classiques de greffe cutanée comprennent la paupière supérieure en cas de dermatochalasis, la région rétro-

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

auriculaire, le creux sus-claviculaire et la face interne du bras[127]. La taille du greffon doit s'adapter à la surface réceptrice.



Figure 74 : Prélèvement de la peau totale au niveau de la face interne du bras.

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

Nous l'avons utilisé la greffe de peau totale dans 9 cas pour la réparation des pertes de substance non transfixiant.

Dans notre série, les greffes cutanées utilisées étaient des greffes à peau totale et à peau mince, le premier pansement était fait entre le 4ème et le 5ème jour pour une greffe de peau totale et au 2ème jour pour une greffe de peau mince sauf suspicion de complication (infection, hématome...) Une greffe qui a bien pris doit être uniformément rose. Des soins locaux doivent être pratiqués régulièrement pour éviter la formation de croûtes, génératrices de cicatrices inesthétiques.

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

Dans notre série, les greffes cutanées ont été utilisées dans 13 cas (37%) ce qui rejoint les résultats d'Echechoui [1] avec un taux de 28%. Alors que Khtibari [121] rapportait un taux élevé 54.5% et L.Kani [66] et Benaatiya [40] rapportaient un taux moindre.

Tableaux NXXXIV*: Le taux des greffes cutanées.

| | Knani [66] | Benaatiya [40] | Echachoui [1] | Khtibari [121] | Notre série |
|-----------------------|------------|----------------|---------------|----------------|-------------|
| Greffe de peau | 4.2% | 17.64% | 28% | 54.5% | 37% |



Figure 75 : La reconstruction de PDS de la paupière supérieure par une greffe de peau totale après l'exérèse d'un CBC

A : CBC ulcéré chez un enfant âgé de 12ans suivi pour un XP.

B : Exérèse tumorale avec reconstruction par une greffe de peau totale de la région inguinale .

C : Résultat esthétique après 16 mois.

3. Les autres types de greffes : [132,148,149]

Les greffes muqueuses sont utilisées pour la reconstruction du plan profond d'une réparation palpébrale mais elles ne présentent aucun intérêt pour la statique palpébrale [147].

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

- La greffe de muqueuse conjonctivale est prélevé dans le fornix supérieur après avoir largement infiltré la conjonctive, sans fermeture au niveau de la zone de prélèvement, à condition d'avoir laissé la capsule de Tenon. Elle est excellente, se heurte au problème de la taille du prélèvement qui reste limitée.
- La greffe de muqueuse buccale est abondante et présente une plus grande résistance à la rétraction. Le prélèvement est plus aisé au niveau de la lèvre inférieure ou supérieure peut être prélevée de la face interne de la joue, où la surface disponible est importante et la morbidité modérée si l'on prend soin de respecter le canal de Sténon[149]. Elle nécessite une préparation préalable par la prescription de bain de bouche pour réduire le risque infectieux .L'excision de la greffe se fait au bistouri. Le greffon ainsi prélevé est dégraissé sur sa face postérieure avant sa mise en place et sa fixation se fait par des points inversés pour éviter les ulcérations cornéennes. Les soins oculaires sont très importants par du collyre et du pommade ophtalmique à base d'antibiotique.La muqueuse labiale n'est pas suturée. L'épithélialisation se fait entre 48 heures et 8 jours. Des bains de bouche sont prescrits après chaque repas pour une dizaine de jours.

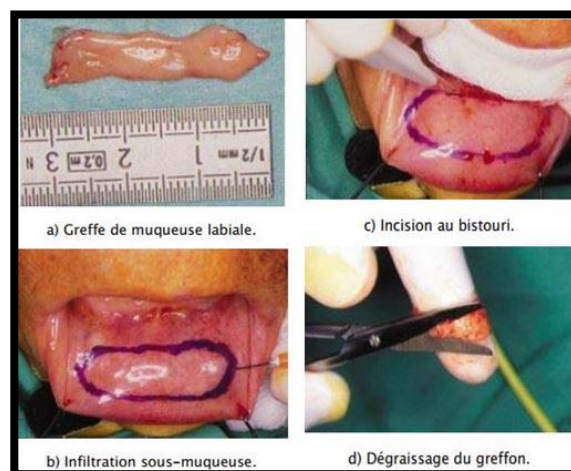


Figure 76 : Technique de prélèvement d'une greffe de muqueuse labiale [148]

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

- Les greffes de cartilage permettent de reconstruire un plan palpébral profond en apportant un tissu solide pouvant suppléer le tarse. Deux sites de prélèvement sont utilisés :
 - ✓ La pyramide nasale offre deux sites donneurs : aile du nez et le septum, cette zone nécessite une préparation préopératoire par un rasage des poils narinaires et les soins post-opératoires pour favoriser la cicatrisation et réduire le risque infectieux.
 - ✓ Greffes de cartilage auriculaire : [153,154,155] C'est un excellent matériau pour armer la paupière à reconstruire. La greffe est composée de cartilage et de périchondre, elle est fine et arquée. Sa forme concave s'adapte parfaitement à autorise une épithélialisation rapide et évite la fragmentation du greffon. Le prélèvement est simple et peut être réalisé par voie postérieure ou antérieure sans aucune rançon cicatricielle ni esthétique.

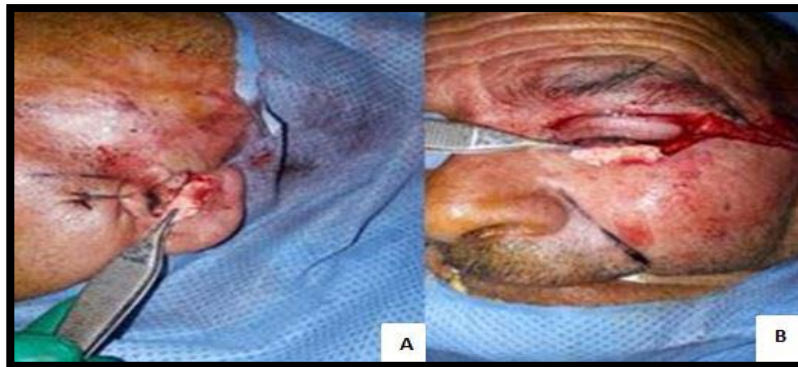


Figure 77: Greffon de cartilage conchale pour la reconstruction tarsale de la paupière inférieure.

A : prélèvement de la conque ; **B** : mise en place de greffe pour la réparation tarsale de la paupière inférieure.

Dans notre série, la greffe de cartilage a été préconisée chez 4 de nos patients, dans 3 cas d'origine nasal et l'autre cas d'origine conchal.

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

➤ Greffes composées (ou composite): [139,149]

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

- ✓ Les greffes tarso-conjonctivales sont prélevées en paupière supérieure saine et permettent une reconstruction du plan profond en paupière supérieure ou inférieure. La zone de prélèvement ne nécessite pas de suture, et n'entraîne aucune conséquence sur la motilité de la paupière supérieure.
- ✓ Les greffes muco-palatines sont faciles à prélever et présentent une excellente qualité du fait de leur rigidité et de leur bonne tolérance pour la surface oculaire, La zone donneuse n'est pas suturée, mais une gaze hémostatique peut être appliquée. Le principal inconvénient de ce prélèvement est le risque hémorragique du site donneur, du 5ème au 8ème jour lors de la chute d'escarre. Le patient devra être prévenu de ce risque et disposer à son domicile de gaze hémostatique pour comprimer en cas de saignement.

Dans notre série, nous avons eu recours à :

- La greffe de cartilage pour la reconstruction tarsale dans 11.11% des cas (4 patients) alors que les résultats d'echachoui [1] avaient rapporté un taux de 6.25%(4 patients).
- La greffe muco-palatine a été préconisée chez 2 de nos patients (5.55%) alors que l'étude d'echachoui [1] avait rapporté un taux plus élevé 25%.

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

TableauN°XXXV : Le taux des greffes muqueuses et cartilagineuses.

| | Echachoui [1] | Notre série |
|---------------------|---------------|---------------|
| Grefe de cartilage | 6.25% (4 cas) | 11.11%(4 cas) |
| Grefe muco-palatine | 25% (16cas) | 5.55% (2cas) |

✓ Les lambeaux :[152]

Un lambeau est un transfert tissulaire incluant sa propre vascularisation qui est le pédicule. Ce dernier est gardé définitivement ou temporairement en continuité avec la zone donneuse, ou est immédiatement anastomosé sur des vaisseaux proches de la zone receveuse.

Dans notre série, nous avons utilisé des lambeaux cutanés pour la réparation des pertes de substance post exérèse tumorale chez 23 patients (37%) ce qui rejoint les résultats de Benaatiya[40] avec taux de 37% et khtibari[121] avec un taux de 45.5% alors que L.knani[66]avait rapporté un taux élevé 66,6%

TableauN° XXXVI: Le taux des lambeaux utilisés.

| | Benaatiya [40] | khtibari [121] | L.Knani [66] | Notre série |
|-------------------|----------------|----------------|--------------|-------------|
| Lambeaux cutanées | 37% | 45.5% | 66.6% | 37% |

La reconstruction des paupières fait appel à des lambeaux cutanés, musculo- cutanés, musculaires et fasciaux.

1) Les lambeaux cutanés

✚ Le lambeau de rotation-avancement temporo-jugal de Mustardé [157,149]

Il s'agit d'un lambeau « phare » dans la blépharopoièse inférieure, seul ou associé à la mobilisation de la paupière restante. Le tracé de l'incision se place à 1 mm du bord libre de la paupière inférieure et doit dépasser largement vers le haut la ligne canthale externe pour

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

éviter une ptose tégumentaire et un ectropion secondaire. L'étendue de l'incision, du décollement et du triangle d'avancement dépend de la taille de la mutilation palpébrale.

Ce lambeau a pour inconvénient majeur d'être épais et lourd. Pour cela, nous l'arrimons comme beaucoup d'auteurs au périoste orbitaire externe et au tendon palpébral interne pour lutter contre l'attraction inférieure liée au poids de la masse mobilisée. Pour armer ce lambeau lourd, il faut réhabiliter le plan tarso-conjonctival par un greffon solide. Nous estimons ainsi que les greffons les plus adaptés sont par ordre de préférence la fibromuqueuse palatine, le cartilage conchal et enfin le cartilage septal.

Ce lambeau apporte pour nous des tissus de bonne qualité, sans tension, avec une rançon cicatricielle réduite. Il est très sûr sauf parfois chez le fumeur (risque de nécrose) ou le sujet âgé.

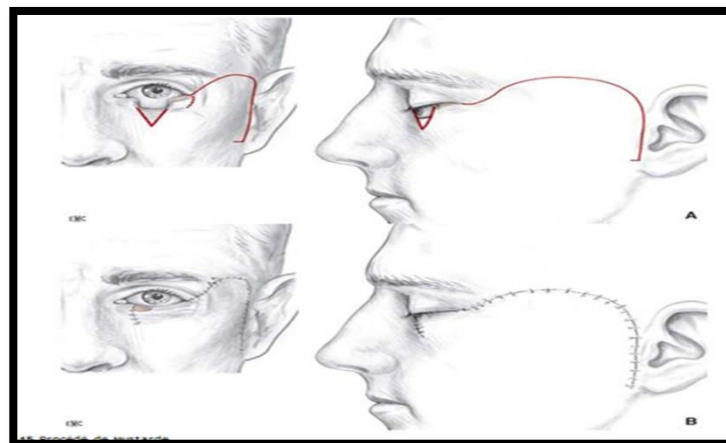


Figure 78 : Procédé de Mustarde.[149]

A. Tracé du lambeau temporojugal, très oblique en haut et en dehors à partir du canthus externe. Résection prudente de l'excédent cutané interne. En pointillé : libération du tarse et du septum. ; **B.** Suture en place.



Figure 79 : Reconstruction d'une PDS de la paupière inférieure par un lambeau de Mustardé.

Nous avons utilisé ce lambeau pour la réparation de PDS de la paupière inférieure chez 5 patients (13.88%) dans notre série, alors que Benaatiya[40] rapportait un taux d'utilisation moindre (5.88%) et l'Echachoui [1] a rapporté un taux d'utilisation élevé(31.25%).

Tableau N° XXXVII : Le lambeau Temporo-jugale de Mustardé

| | Benaatiya [40] | Echachoui [1] | Notre série |
|------------------------------------|----------------|----------------|---------------|
| lambeau Temporo-jugale de Mustardé | 3 cas (5.88%) | 20cas (31.25%) | 5cas (13.88%) |

✚ Le lambeau orbito-naso-génien : [149,159]

Ce lambeau concernent toutes les pertes des substances situées dans son l'arc de rotation. Il peut donc être utilisé pour la région palpébrale, jugale, nasale, frontale, homo- ou controlatérale. Il s'agit d'une reconstruction fiable. Par contre, c'est un lambeau épais et lourd qui attire le canthus externe vers le bas et il est donc utile de l'amarrer au périoste orbitaire externe.

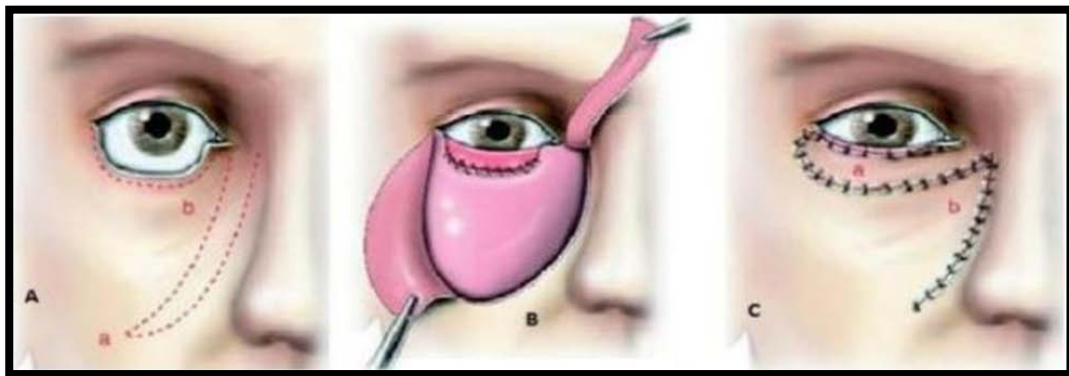


Figure 80: Lambeau orbito-naso-génien de Tessier [149]

- A. Perte de substance palpébrale inférieure subtotale et tracé du lambeau ;
 B. Dissection du lambeau et reconstruction de la lamelle postérieure par greffe tarsoconjonctivale ; C. suture du lambeau.

Nous avons utilisé ce lambeau pour la reconstruction de PDS de la paupière inférieure dans 2 cas (5.55%) ce qui rejoint les résultats d'Echachoui [1] avec un taux de 3.12% (2cas), alors que Benaatiya [40] avait utilisé ce lambeau dans 6 cas (16.66%).

Tableau N°XXXVIII : Le lambeau orbito-nasogenien

| | Benaatiya [40] | Echachoui [1] | Notre série |
|------------------------------|----------------|---------------|--------------|
| Le lambeau Orbito-nasogenien | 6 cas (16.66%) | 2cas (3.12%) | 2cas (5.55%) |



Figure 81: La reconstruction d'une PDS de la paupière inférieure par un lambeau orbito-nasogenien.

- A. L'exérèse d'un CBC palpébral inférieur avec une reconstruction immédiate;
 B. résultat esthétique après une année

✚ **Lambeaux cutanés d'origine frontale**

Le front fournit des lambeaux de grande taille et sûrs du fait d'une grande fiabilité vasculaire de la région. La situation supérieure du front par rapport aux paupières permet aux lambeaux de tracter vers le haut et donc de lutter contre la pesanteur. Les inconvénients majeurs sont la couleur et la texture de la peau frontale, trop épaisse et rigide par rapport à la peau palpébrale.

Le lambeau fronto-glabellaire médian de rotation : [11,160]

Ce lambeau est idéal pour les pertes de substance localisées au niveau du canthus interne. Il est bien vascularisé, le risque de nécrose est donc limité. Il est relativement simple dans sa réalisation en raison de la laxité des téguments de la région inter-sourcillaire, permettant une bonne mobilité.

Il nécessite une dissection prudente afin de respecter la richesse vasculaire de cette région, et en particulier les vaisseaux glabellaires ; la lésion de ces derniers peut être responsable de saignements peropératoires gênant la réalisation du geste chirurgical d'une part, et pouvant entraîner un hématome postopératoire source d'infection potentielle d'autre part

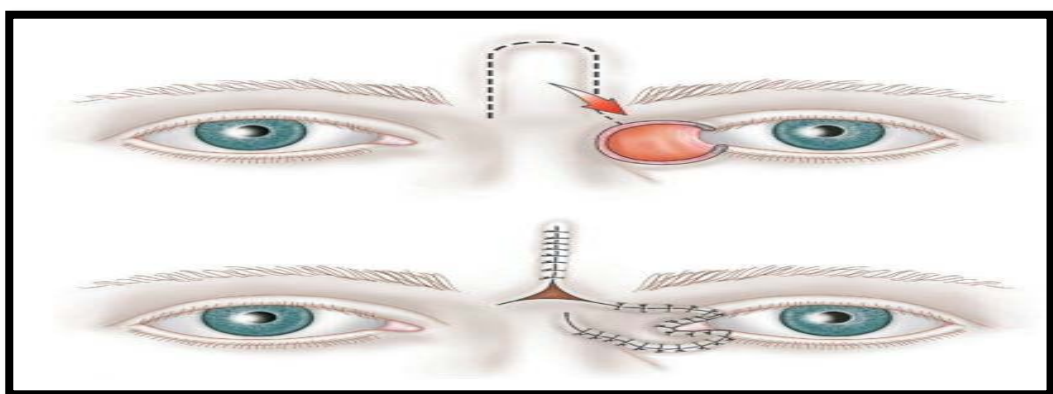


Figure 82 : Lambeau fronto-glabellaire médian de rotation[11]

Le lambeau frontal médian ou paramédian : [161]

Avantage de ce lambeau est la correction peropératoire de la perte de substance en un seul temps, alors que les autres lambeaux nécessitent souvent une reprise de la base du pédicule

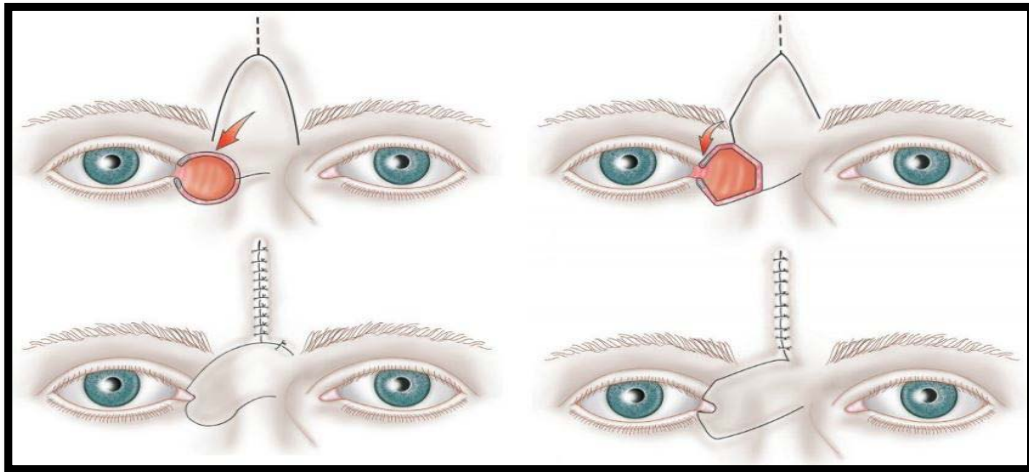


Figure 83 : Lambeau frontal V-Y de glissement [11].

Dans notre série, nous ne l'avons pas utilisé ces lambeaux cutanés frontaux dans la reconstruction canthale.

✚ **Le lambeau d'Abbé-Mustardé : [11,149,163]**

C'est un lambeau palpébral inférieur de pleine épaisseur, vascularisé par l'artère du bord ciliaire. Le fragment palpébral prélevé effectue une rotation de 180° dans le plan frontal, il reste rattaché au site donneur par son pédicule pendant 15 jours. Il permet de combler un déficit de plus de 30 % à la totalité de la paupière supérieure, tout en préservant le canalicule lacrymal inférieur, Il est un des rares à permettre de reconstituer une bordure ciliaire et remplace les éléments palpébraux par des éléments identiques ce qui donne un résultat esthétique très satisfaisant.

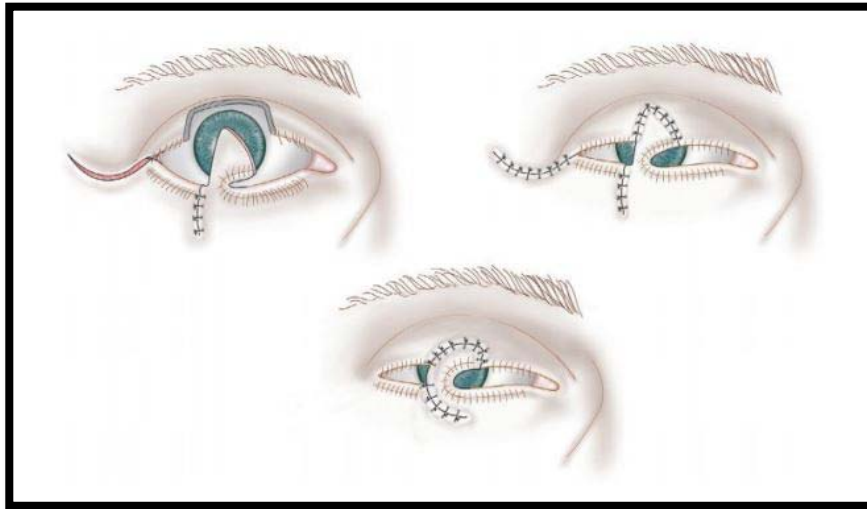


Figure 84 : Lambeau de rotation d'Abbé–Mustardé.[11]

Dans notre série, nous ne l'avons pas utilisé ces lambeaux cutanés pour la reconstruction palpébrale supérieure.

✚ **Lambeau scalpant de Converse : [172]**

Ce lambeau, décrit par Converse, permet d'utiliser toute la surface d'un hémifront permettant ainsi de large reconstructions. Il est prélevé en sus-aponévrotique dans la région frontale et préserve le muscle frontal de façon à limiter les séquelles esthétiques. Après la ligne d'implantation des cheveux, la dissection se fait dans le plan de décollement sub-galéal. La mobilisation du lambeau est facilitée par une incision coronale du scalp jusqu'à l'oreille et par une incision sur la ligne d'implantation des cheveux. Après transfert, les zones découvertes sont laissées en cicatrisation dirigée sous pansements gras. Ce lambeau très fiable, est vascularisé par les artères frontales interne et externe, l'artère sus orbitaire et par l'artère temporale superficielle, Le sevrage du pédicule du lambeau se fait au 21ème jour.

Les inconvénients de ce lambeau, sont :

- La greffe cutanée frontale pouvant se pigmenter donnant alors un aspect de « pièce rapportée » inesthétique.

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

- La gêne et l'inconfort temporaire liés au volume du pédicule.
- L'importance de la zone cruentée sur la voûte crânienne, impliquant une hospitalisation prolongée jusqu'au sevrage du pédicule

Dans notre série, ce lambeau a été utilisé pour la couverture de la cavité d'exentération chez 3 patients.



Figure 85 : Comblement de la cavité d'exentération par un lambeau du scalp.



Figure 86 : La reconstruction de PDS par un lambeau du scalp après exérèse d'un CSC fronto-palpébral gauche.

A : l'exérèse tumorale d'un CSC fronto-palpébral gauche ; B : la couverture de PDS par un lambeau du scalp ; C : résultat post-opératoire

✚ **Lambeau frontal oblique : [171]**

Indiqué lorsque la hauteur du front du patient est petite, Il est dessiné obliquement vers l'hémi-front controlatéral au pédicule supra trochléaire le plus souvent, mais parfois homolatéral. La rançon cicatricielle est plus marquée, laissant une cicatrice mal orientée par rapport aux plis naturels du front. Le sevrage du lambeau se fait vers la troisième semaine post opératoires après épreuve de clampage et repositionnement du pédicule.

2) Les lambeaux musculaires :

Ils 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.

✚ **Le lambeau de translation du muscle temporal :**

C'est la méthode la plus répandue. Sa grande mobilité centrée sur le coroné et sa vitalité remarquable offrent un domaine de réparation large. Il est surtout utilisé en cas de mutilation importante [111]. La voie d'abord peut être en « Y » ou en « T » avec une partie hémicoronale verticale pré auriculaire prolongée selon l'axe des vaisseaux temporaux superficiels. Elle présente l'avantage d'une parfaite exposition. L'aponévrose temporale est sectionnée jusqu'à l'arcade zygomatique, on réalise une dissection monobloc et totale du muscle qui est divisé en deux chefs : antérieur et postérieur. La paroi latérale orbitaire est fenêtrée et le chef antérieur est basculé à travers cette ostéotomie dans l'orbite [143]. Puis, le chef postérieur est suturé au rebord orbitaire latéral et à la crête temporale antérieure. Souvent, une greffe de peau est fixée sur le muscle. Les suites opératoires peuvent être marquées par un hématome, une nécrose du tissu musculaire, une limitation de l'ouverture buccale et une paralysie frontale. Le principal inconvénient que présente cette technique est que le lambeau peut masquer une récurrence tumorale [170].

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

Nous avons utilisé le muscle temporal pour le comblement de la cavité d'exentération dans 8cas (23%) ce qui rejoint les résultats de B. Langlois [168] avec un taux de 17%, alors que S.Benazzou [130] avait utilisé ce lambeau dans 10 Cas (66,6%) et Echachoui [1] rapportait un taux moindre (1.56).

Tableau N°XXXIX : La translation du muscle temporal.

| | S.bennazou [130] | Echachoui [1] | B. Langlois [168] | Notre serie |
|---|-------------------|------------------|-------------------|----------------|
| La translation du muscle temporele | 10 cas (66.6%) | 1 cas (1.56%) | 9 cas (17%) | 8cas (23%) |

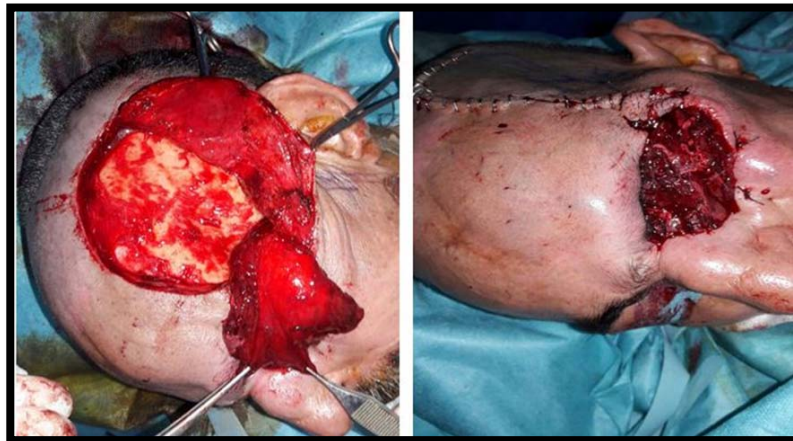


Figure 87: Comblement de la cavité d' exentération par le muscle temporal.

✚ Le lambeau temporo-frontal :

C'est une variante du lambeau du muscle temporal qui consisten un prélèvement d'un ilot cutané frontal avec le lambeau pour éviter le recours à la greffe.

Nous ne l'avons pas utilisé ce lambeau dans notre série.

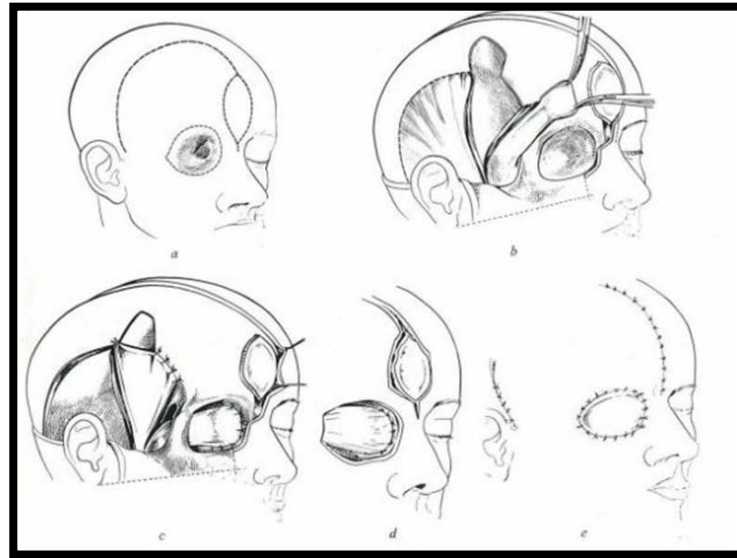


Figure 88 : Transplantation du lambeau temporo-frontal [162]:

- a) Tracé des incisions
- b) Incision et abaissement de l'aponévrose temporale et de la portion antéro-externe du muscle temporal
- c) La paroi osseuse externe de l'orbite étant ouverte, le muscle temporal est passé à travers la brèche osseuse et est fixé à l'intérieur de l'orbite
- d) Le muscle temporal dans le fond de l'orbite)
- e)Grefe de peau totale recouvrant le muscle et comblant la cavité orbitaire.

3) Les lambeaux musculo-cutanés :

✚ Les lambeaux de type Tripièr : [162]

Ce sont des lambeaux musculocutanés emportant la peau et le muscle orbiculaire sous-jacent ce qui limite l'aspect plissé de la peau. Ils peuvent être uni ou bi pédiculés, il reconstruit le plan cutané du bord libre de la paupière dans sa portion pré-tarsale. Le site donneur est alors fermé par une greffe de peau totale. On utilise le plus souvent le lambeau bi pédiculé de Tripièr qui a la forme d'un pont cutané prélevé au-dessus du pli palpébral supérieur.

Dans notre série, nous avons optés ce lambeau pour la reconstruction d'une PDS palpébrale inférieure dans un seul cas, alors que Echachoui [1] a utilisé ce lambeau dans 7 cas.

Tableau N° XXXX : Le lambeau Bipédiculé de Tripier

| | Echachoui [1] | Notre série |
|----------------------------------|---------------|---------------|
| Le lambeau Bipédiculé de Tripier | 7cas (10.99%) | 1 cas (2.77%) |



Figure 89 : Reconstruction de la paupière inférieure associant le lambeau bipédiculé de Tripier et une greffe cartilagineuse auriculaire.

A : exérèse tumorale et trace du lambeau de tripier ; **B :** Reconstruction du plan tarsal par une greffe de cartilage conchal ; **C :** Couverture par un lambeau musculocutané bipédiculé de type Tripier et suture du site de prélèvement.

✚ **Lambeau musculo-cutané du grand dorsal : [175]**

Le lambeau du grand dorsal est probablement le lambeau le plus utilisé et également le plus fiable de l'ensemble du corps humain. Ce lambeau a de nombreuses indications car il peut être utilisé comme lambeau pédiculé ou libre et comme procédé de couverture ou comme transfert fonctionnel. Le déficit fonctionnel associé à son prélèvement est négligeable. L'arc de rotation permet d'atteindre le cou, la nuque, et les 2/3 inférieurs de la face. Sa limite supérieure dépend de la morphologie du sujet et peut atteindre la partie haute de la région temporale dans les cas favorables (cou court, thorax long)



Figure 90: incision lambeau libre du grand dorsale

Dans notre sérié, Ce lambeau libre a été utilisé chez deux cas (5.55%) ce qui rejoint les résultats de B.langlois [168] et S.bennazou [130] qui rapportaient les mêmes taux.

Tableau N° XXXXI : Le lambeau libre du grand dorsal

| | S.bennazou [130] | B. Langlois [168] | Notre serie |
|-------------------------------|------------------|-------------------|------------------|
| Lambeau libre du grand dorsal | 6.66% (1 cas) | 5.35% (3cas) | 5.5%% (2 cas) |



Figure 91 : Reconstruction de la cavité d'exentération par un lambeau libre du grand dorsal chez un sujet âgé 48ans avait un CBC sclerodermiforme de l'œil gauche.

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

✚ Lambeau musculo-cutané du pectoralis major (grand pectoral) (174)

Le lambeau du grand pectoral apporte localement une grande quantité de muscle, avec une large palette cutanée en regard. Lors d'une reconstruction, le lambeau est pédiculé autour de l'artère acromio-thoracique. Le point de pivot est situé sous le milieu de la clavicule. Il atteint ainsi le cou et les 2/3 inférieurs de la face. Ces indications sont larges en reconstruction cervico faciale.

✚ Lambeaux tarso-conjonctivaux de paupière supérieure recouvert d'une greffe de peau totale (procédé de KOLLNER) ou d'un lambeau myocutané (procédé de LANDOLT-HUGHES)

Il s'agit d'un lambeau tarsoconjontival provenant de la paupière supérieure prélevé et abaissé pour combler le déficit palpébral inférieur. Il est soit recouvert d'un lambeau myocutané d'avancement vertical soit d'une greffe de peau.

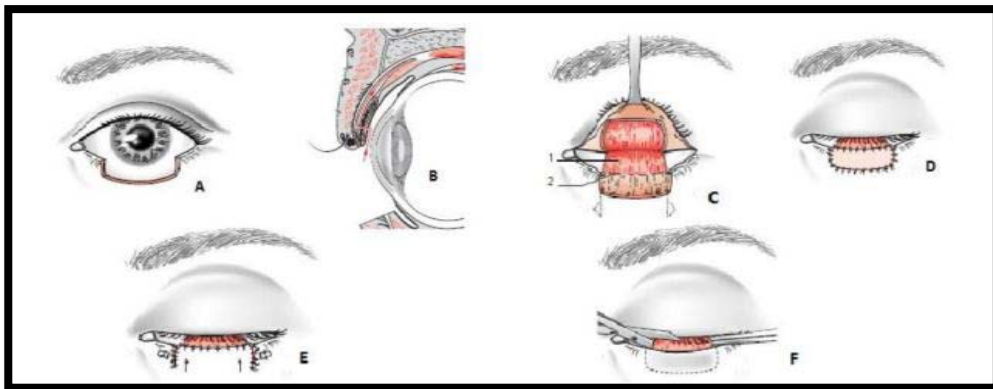


Figure 92 : Procédés de Kollner et Hughes :Lambeaux tarso-conjonctivaux pour la reconstruction d'un déficit subtotal de la paupière inférieure [162].

4) Les lambeaux fasciaux :

Lambeaux de fascia temporalis greffés sont également axés sur les vaisseaux temporaux superficiels. Ils couvrent parfaitement le canthus externe et sont très fiables à condition de ne pas franchir la ligne médiane lors du prélèvement. La couverture par une

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

greffe de peau totale se fait secondairement, pour éviter de comprimer l'extrémité du lambeau par un bourdonnet. Ils donnent, dans les mains des auteurs, des résultats peu satisfaisants en raison d'une tendance importante à la rétraction [162] La rapidité d'exécution et la faible morbidité du prélèvement sont des avantages importants lors des reconstructions chez des patients souvent âgés et fragiles. [169]

Ce lambeau greffé par une peau mince a été utilisé pour deux patients dans notre série pour la couverture de la cavité d'exentération

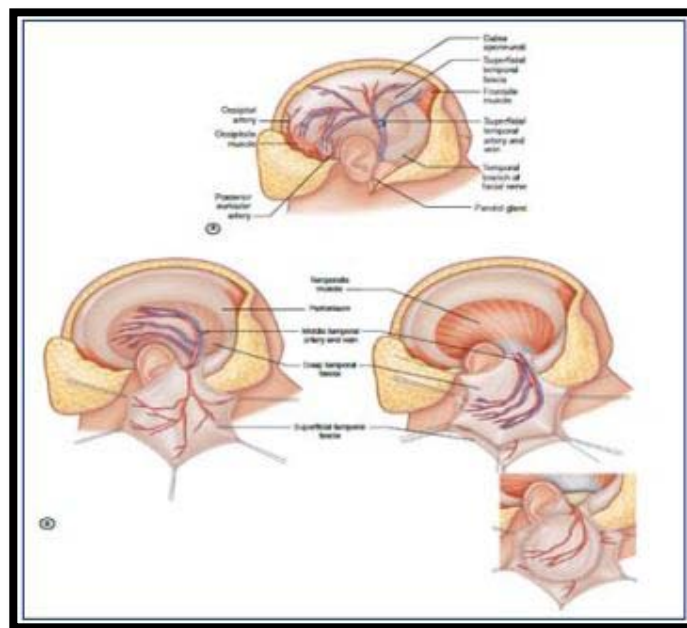


Figure 93 : Le lambeau du fascia temporalis.



Figure 94 : Le lambeau du fascia superficialis temporalis utilisé pour le comblement de la cavité d'exentération.

5) L'épithèse : [176,177,178]

Devant des pertes de substance très étendues, en particulier chez un patient âgé ou un terrain défavorable, il faut savoir discuter et expliquer la possibilité de recourir à la mise en place d'une épithèse.

Cette solution prothétique constitue une réelle alternative à la chirurgie de reconstruction tridimensionnelle. Les résultats sont le plus souvent socialement acceptables sur le plan esthétique. Elles permettent la surveillance des carcinomes dont les limites sont imprécises comme le cas du carcinome basocellulaire sclérodermiforme. Elles sont coûteuses et non naturelles, ce qui limite leur utilisation.

La confection d'une épithèse est aujourd'hui dans la pratique quotidienne une méthode quasi « artisanale ». L'épithésiste effectue manuellement le moulage de la perte de substance pour reconstitue un positif en silicone, dessine les reliefs et les détails cutanés, peint manuellement la prothèse pour s'approcher au mieux de la couleur des téguments. Des

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

publications récentes décrivent de nouvelles perspectives, encore expérimentales basées sur le transfert d'informations depuis l'imagerie (fichiers numériques) vers une technologie capable de produire par découpe digitalisée des moulages tridimensionnels (appelés « prototypages »). Ces technologies ne sont pas entrées dans la routine mais permettent d'envisager la conception rapide de prothèses parfaitement adaptées à l'anatomie des patients.

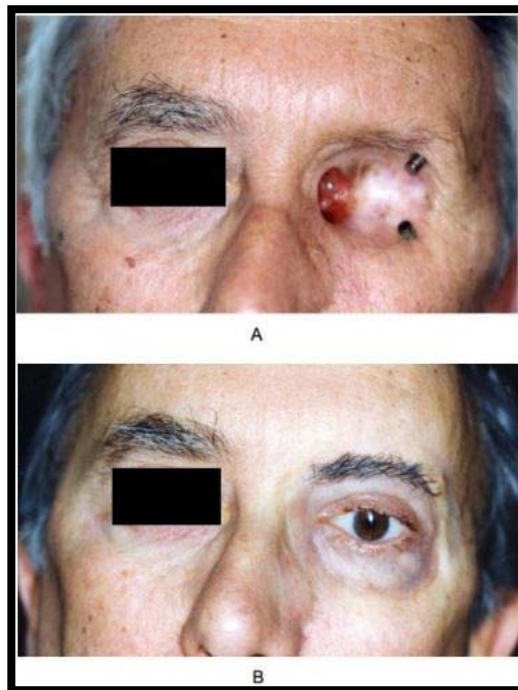


Figure 95: Exemple d'un patient équipé par une épithèse à ancrage osseux

A- Après épithélialisation de la cavité et pose des implants

B- Après adaptation de l'épithèse

c) Les indications:

- Perte de substance de la paupière supérieure : [162]

Leur reconstruction est délicate car il existe deux impératifs souvent contradictoires :

- couvrir efficacement la cornée et permettre l'occlusion palpébrale ;

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

- restaurer une mobilité et une minceur suffisantes pour ne pas amputer le champ de vision et rendre au regard son expression normale.

Il est généralement admis que pour reconstruire la paupière supérieure il faut utiliser la paupière inférieure. Ceci ne peut se faire que si celle-ci n'est pas déjà cicatricielle, et si le patient a compris le principe de l'intervention.

Deux groupes de techniques sont utilisables :

- les lambeaux cutanés locaux de voisinage recouvrant les greffes muqueuses ;
- l'utilisation de la paupière inférieure.

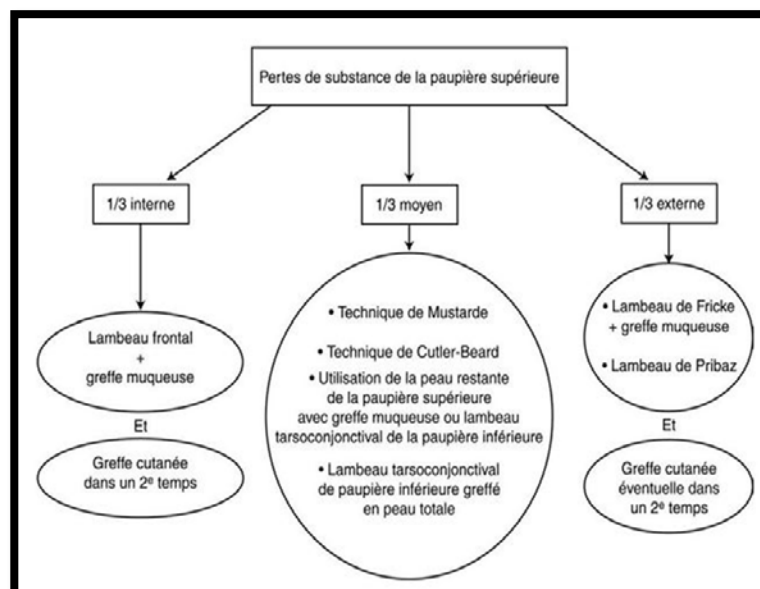


Figure 96: Les moyens de reconstruction de la paupière supérieure selon la localisation de PDS [162].

- **Perte de substance de la paupière inférieure : [11,162]**

IL s'agit du cas le plus fréquent en pathologie tumorale.

- Pour des pertes de substance de pleine épaisseur plus étendues, deux possibilités existent :

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

- association d'un lambeau cutané à une greffe muqueuse ;
- association d'un lambeau conjonctival à une greffe ou à un lambeau cutané.

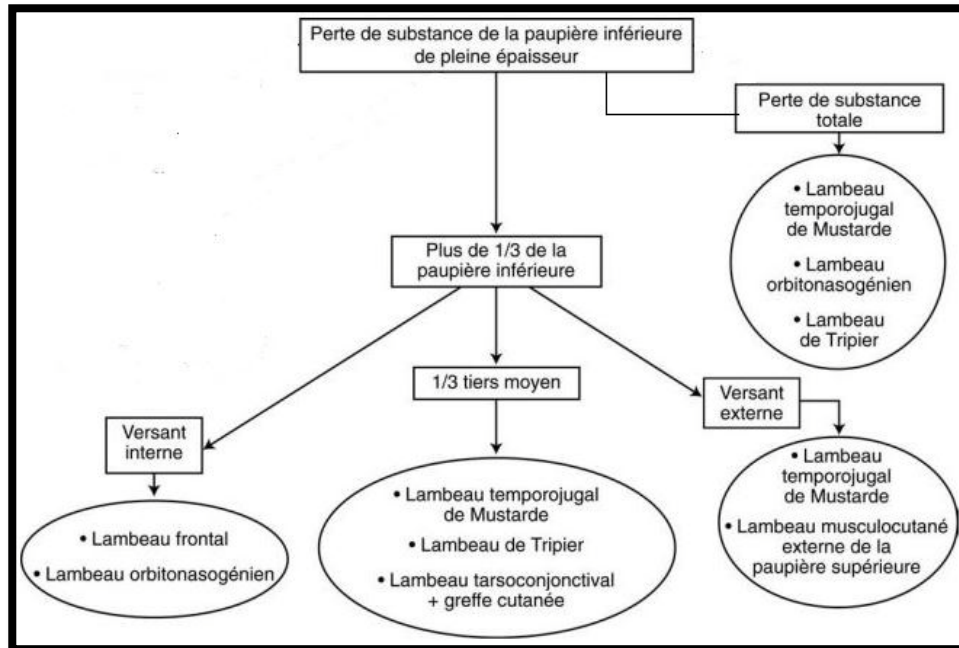


Figure 97: Les moyens de reconstruction de la paupière inférieure selon la taille de PDS [162].

➤ Perte de substance du canthus interne :[162]

Le problème des mutilations canthales profondes est celui de la restitution des ligaments palpébraux interne et externe. Les lésions canthales, en particulier au niveau du canthus interne, sont associées à un pronostic péjoratif.

Le choix d'une technique de reconstruction dépend des éléments suivants :

- le ligament palpébral interne est-il en continuité ?
- la perte de substance est-elle axiale par rapport à la fente palpébrale ?
- les voies lacrymales sont-elles endommagées ?

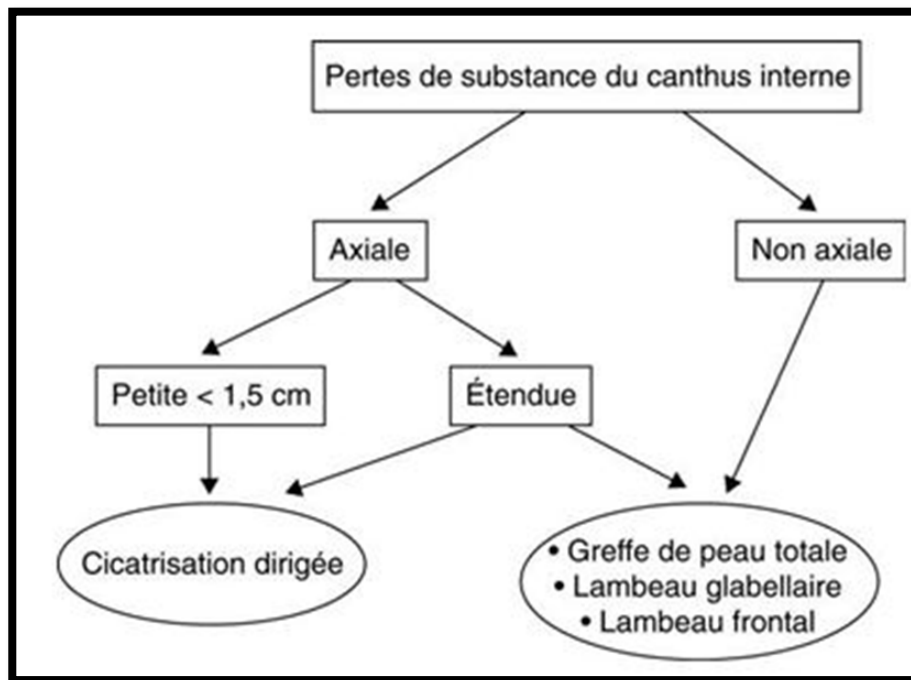


Figure 98: Les moyens de reconstruction de la PDS du canthus interne.[162]

➤ **Perte de substance du canthus externe :**

Elles sont rares, et il faut distinguer les pertes de substance superficielles des pertes de substance où le ligament canthal externe est interrompu.

✓ **Pertes de substance superficielles.**

Les lambeaux de rotation, prélevant la peau et le muscle orbiculaire au niveau de la paupière supérieure, permettent de fermer la plupart des pertes de substance.

Un tracé de type LLL, à pédicule externe, convient particulièrement en prélevant l'excès cutané palpébral supérieur, de plus en plus abondant en avançant en âge.

✓ **Pertes de substance complexes**

Il faut alors :

- Reconstruire la perte de substance conjonctivale ;

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

- fermer la perte de substance cutanée habituellement trop étendue pour utiliser un petit lambeau local ;
- pallier la perte de substance du ligament canthal externe par des procédés de soutien de la paupière inférieure.

Le tendon palpébral externe est reconstruit par un lambeau périosté retourné fixé au tarse palpébral inférieur ou par un greffon muqueux secondairement fendu en 2 bandelettes fixées aux tarse palpébraux. Le plan cutané est reconstruit par greffe de peau totale, lambeau de rotation temporo-jugal ou lambeau sus sourcilier.

2. Le traitement complémentaire : [181,182,183,184,185,186,187]

Actuellement, bien que le traitement de référence reste la résection chirurgicale avec contrôle des marges de résection, le traitement complémentaire peut être proposé pour des tumeurs inéligibles pour la chirurgie, en cas de mauvais état général par exemple, ou lorsque la chirurgie entraîne des conséquences trop lourdes refusées par le patient.

2.1 Les moyens:

a) La radiothérapie :

La radiothérapie (RT) est l'utilisation de radiations ionisantes dans le traitement des carcinomes, selon deux modalités principales : radiothérapie externe utilise un rayonnement qui s'amortit rapidement dans les couches sous-jacentes, Elle se déroule en plusieurs séances sans hospitalisation, Le nombre de séances et la dose délivrée sont déterminés en fonction de la taille et de la nature histologique de la tumeur ; les carcinomes baso- et spino-cellulaires étant radiosensibles. La radiothérapie interstitielle (curiethérapie) utilise des fils d'iridium 192 ou de césium, qui sont placés en position sous-cutanée sur toute la zone d'extension de la tumeur, Elle nécessite une hospitalisation de quelques jours en secteur protégé.

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

Après radiothérapie, le taux de guérison à 5 ans des carcinomes spino- et basocellulaires est de 90 à 99% selon les auteurs [189]. 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.

La radiothérapie peut être responsable de plusieurs complications oculaires qui 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, vu ces complications, l'œil doit être protégé lors de la radiothérapie car elle est très radiosensible [189, 190]. Et pour les complications cutanées, on peut observer des cicatrices atrophiques, ulcérées, dépressives rendant les reprises chirurgicales plus difficiles.[191] et reste enfin la possibilité de radionécrose qui conduit à des reprises chirurgicales difficiles.

Dans notre série une radiothérapie a été réalisée pour 16.66% de nos patients (6 cas) ce qui concorde avec les résultats de Khtibari [121] avec un taux de 20% et Benaatya [40] a utilisé la radiothérapie pour un taux moindre des patients (4%).

Tableaux N°XXXII: Le taux de patients traités par une radiothérapie adjuvante.

| | M.Benaatya [40] | Khtibari [121] | L.Kani [66] | Notre serie |
|-------------------------|-----------------|----------------|---------------|--------------|
| La radiotherapie | 4%(2 cas) | 20%(5 cas) | 27,7%(10 cas) | 16.66%(6cas) |

b) La chimiothérapie :

Elle est essentiellement indiquée lors de l'existence de métastases, plus rarement lors de récurrences d'un carcinome baso- ou spino-cellulaire. Ce traitement général doit être conduit par des médecins oncologues. Certains agents chimiothérapeutiques tels que le cisplatine, seul ou en combinaison avec la doxorubicine, la bléiomycine, l'isotrétinoïne ou l' α -interféron, ont

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

démontré un certain intérêt pour des CE avancés ou multiples, en cas de métastases à distance ou encore dans le xeroderma pigmentosum.

Dans notre série, aucun patient n'avait reçu une chimiothérapie.

c) La Cryochirurgie et le laser

Ils peuvent être proposés pour des tumeurs de petites tailles mais leur principal inconvénient comme pour la radiothérapie reste qu'ils ne permettent pas l'analyse des limites. En effet il n'est pas possible de contrôler la qualité d'exérèse du point de vue carcinologique.

Vu que les carcinomes de notre série étaient évalués aucun patient n'avait bénéficié de ces techniques.

d) L'immunothérapie :

Il existe sous deux formes : active et passive.

- ***Ipilimumab*** est un anticorps monoclonal qui se lie à CTLA – 4 et bloquant ainsi sa capacité à réguler l'activation des lymphocytes T, la prolifération et la fonction effectrice.
- ***l'Anti – PD– 1 et PD – L1 (Pembrolizumab)*** : La voie de PD– 1 est un médiateur clé immuno–inhibitrice de l'épuisement des lymphocytes T, le blocage de cette voie peut conduire à une activation des cellules T et leur expansion avec des fonctions effectrices améliorées.
- ***Lambrolizumab*** : a reçu l'approbation accélérée en 2014 en démontrant des réponses durables chez les patients dont la maladie avait progressé après avoir reçu l'ipilimumab.
- ***L'interleukine –2 (IL–2)*** : des essais multicentriques prospectifs randomisés ont démontré que l'interféron à haute dose et l'interféron pégylé amélioreraient la survie sans rechute mais n'améliorent pas la survie globale.

e) La thérapie ciblée :

Une révolution est en marche grâce aux thérapies ciblées. Celle-ci est permise grâce aux progrès de la recherche notamment dans la compréhension des mécanismes de fonctionnement de la cellule cancéreuse. Ces médicaments ont une action ciblée en agissant sur des récepteurs spécifiques, ces médicaments peuvent bloquer la croissance des cellules cancéreuses, Affamer la tumeur en l'empêchant de détourner le système sanguin à ses fins en s'opposant à la formation des nouveaux vaisseaux formés en périphérie de la tumeur et qui contribuent à sa croissance en l'irriguant (angiogenèse), diriger les réactions immunitaires de l'organisme contre ces cellules cancéreuses et commander la mort de la cellule cancéreuse, il s'agit-là de stimuler l'apoptose, la mort naturelle de la cellule. Un phénomène qui n'est plus effectif chez la cellule tumorale et celle-ci ne cesse de se diviser.

- ***Le vismodegib*** : inhibiteur de la voie de signalisation hedgehog, est une nouvelle option thérapeutique dans les carcinomes basocellulaires localement avancés pour lesquels la chirurgie ou la radiothérapie ne sont pas appropriés. Sa prescription doit faire l'objet d'une décision en réunion de concertation pluridisciplinaire. Il a montré une efficacité dans les carcinomes basocellulaires localement avancés avec entre 45 et 60 % de réponses à la fois rapides et prolongées.
- ***Dabrafenib*** qui est un inhibiteur sélectif de BRAF, c'est une petite molécule disponible oralement et qui a été approuvé par l'Agence américaine des produits alimentaires et médicamenteux en 2013, il a montré une amélioration de la survie sans progression en le comparant à la chimiothérapie.
- ***L'inhibiteur de MEK*** : commercialisé sous le nom Trametinib c'est un inhibiteur sélectif de MEK1 et MEK2 sous forme d'une petite molécule orale approuvé par l'Agence américaine des produits alimentaires et médicamenteux en 2013 pour les patients inopérables, il a démontré a amélioré la survie sans progression en le comparant à la chimiothérapie.

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

2.2 Les indications :

L'indication thérapeutique varie en fonction du type histologique et l'étendue du carcinome.

a) Carcinome basocellulaire :

✓ **La radiothérapie :**

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

Dans ce cadre, les meilleures indications retenues sont :

- Les carcinomes basocellulaires avec exérèse incomplète ;
- Les carcinomes basocellulaires récidivant ;
- les carcinomes basocellulaires nodulaires d'une taille inférieure à 2 cm de l'extrémité céphalique
- les carcinomes basocellulaires avec un envahissement osseux ou cartilagineux.

La radiothérapie n'est pas recommandée comme traitement de première intention si une chirurgie d'exérèse peut être réalisée. Elle n'est plus recommandée :

- Chez les sujets de moins de 60 ans ;
- Comme traitement des carcinomes basocellulaires sclérodermiformes.

✓ **La chimiothérapie :**

Par voie systémique s'adresse aux exceptionnelles formes métastatiques. Elle peut également trouver son indication dans les formes très avancées imposant un geste trop délabrant sur un organe noble (lésion peri-orbitaire imposant une exentération oculaire), elle permet parfois des remissions ou des réductions de taille avant un autre traitement. Elle repose sur l'utilisation de cisplatine et de doxorubicine.

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

✓ Les Autres types de traitement :

La **cryothérapie** est également efficace sur les lésions de petite taille, mais comme la radiothérapie, souffre de l'absence de contrôle histologique de la qualité du traitement.

Le **vismodegib** : dans les carcinomes basocellulaires avancés avec entre 45 et 60% de réponses à la fois rapides et prolongées. Des résultats particulièrement intéressants ont été décrits dans des localisations sensibles, telles que la région périorbitaire. Il ne permet que rarement d'obtenir une rémission complète et son effet n'étant que suspensif, l'arrêt du traitement expose aux récives. Une radiothérapie ou une chirurgie secondaires, qui n'étaient pas envisageables initialement, peuvent le devenir secondairement après obtention d'une réduction tumorale significative. Peu de données sont actuellement disponibles concernant ces associations où le vismodegib est placé en« néoadjuvant » avec des cas ponctuel, une petite série suggérant la nécessité d'au moins 3 mois de traitement avant chirurgie et surtout des essais cliniques en cours.

b) Carcinome épidermoïde :

✓ La radiothérapie :

Elle ne doit en aucun cas se substituer à la chirurgie en première intention. Il peut s'agir d'un traitement adjuvant ou dans des rares cas d'un traitement de première intention chez les patients âgés ou à risques (patients inopérables).

✓ La chimiothérapie :

Les carcinomes épidermoïdes sont considérés comme peu chimiosensibles. La chimiothérapie ne sera donc réservée qu'aux formes inopérables d'emblée (atteinte d'un organe vital), en association éventuellement à la radiothérapie, ou pour les formes métastatiques. La chimioréduction pré-opératoire des carcinomes épidermoïdes de grande taille est intéressante.

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

✓ L'électrocoagulation, la cryochirurgie ou le laser CO2 :

Ne peuvent s'adresser qu'à des lésions superficielles (kératoses actiniques ou maladie de Bowen) et ont l'inconvénient de ne pas permettre de contrôle histologique du geste thérapeutique.

VI. Le pronostic et le suivi des patients :

Les facteurs d'aggravation du pronostic sont :

- Le retard de consultation
- Défauts des moyens et le cout de traitement chirurgical et complémentaire
- Le retard des rendez-vous
- Les raretés des staffs multidisciplinaires

➤ À court terme

Dans notre série les suites postopératoires étaient simples dans 26 cas.

- La nécrose partielle des lambeaux et des greffes a été observée dans 7 cas (19.44%), une necrosectomie a été réalisé chez 3 patients et autres cas étaient jugulés par des pansements adaptés.
- L'infection a été observée dans 2 cas (5.55%), elle avait cédé sous antibiothérapie à large spectre par voie générale. La reprise chirurgicale n'a pas été nécessaire
- Un seul cas (2.77%) de saignement a été jugulé par un pansement hémostatique.

Tableau N° XXXIII: Les complications précoces post-opératoires

| | La Nécrose | L'infection | saignement |
|----------------|------------|-------------|------------|
| khtibari [121] | - | 16% | 4% |
| Notre serie | 19.44% | 5.55% | 2.77% |

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

➤ À moyen terme :

Dans étude de khtibari [121] la fonction palpébrale restaurée a été jugée satisfaisante dans 5 cas. Une rétraction palpébrale inférieure responsable d'un ectropion cicatriciel a été notée dans 3 cas mais résolue à chaque fois par des massages assouplissants ; aucun geste chirurgical n'a été nécessaire.

Dans notre série, deux patients avaient présentés un ectropion résolu par une libération et greffe de peau totale. Et un seul cas de rétraction de perte de substance avec limitation de l'ouverture de la fente palpébrale.

➤ Sur le plan carcinologique :

✚ *Le Carcinome basocellulaire : [179]*

Le pronostic des carcinomes basocellulaires est excellent dans la grande majorité des cas lorsque la prise en charge chirurgicale est radicale. Les carcinomes basocellulaires métastasent exceptionnellement bien que des cas soient décrits dans la littérature (estimé entre 0,02% à 0,5%).

Les récurrences existent et peuvent être reliées au type de carcinome, au site atteint et au type de traitement, en particulier quand il n'est pas chirurgical. Lorsqu'il est agressif comme le type sclérodermique, l'envahissement peut détruire le globe oculaire, la cavité nasale et le cerveau.

Tout patient atteint de carcinome basocellulaire devra être surveillé afin de dépister le plus tôt possible une récurrence ou une nouvelle lésion. Un suivi tous les 6 mois pour les lésions agressives ou infiltrantes et tous les ans, pour les autres est recommandable. On n'omettra pas de donner les conseils de photoprotection, toujours nécessaires chez ces patients.

✚ Carcinome épidermoïde :[120,121]

Tous les carcinomes épidermoïdes doivent être considéré comme potentiellement agressifs et traite comme tels. Néanmoins, plusieurs facteurs pronostiques ont été identifiés. Il s'agit du diamètre, de la profondeur de l'invasion de la différenciation histologique, de la croissance rapide, étiologie, du neurotropisme, de la récurrence après traitement et de l'existence d'une immunosuppression.

La taille semble être un facteur important puisque les carcinomes supérieurs à 2 cm ont un risque de récurrence locale de plus du double et de métastases du triple par rapport aux lésions inférieures à 2cm.

L'évaluation de l'épaisseur tumorale est aussi corrélée au pronostic : des tumeurs de moins de 2 mm ne métastasent pratiquement jamais. Entre 2 et 6 mm, le risque est d'environ 4,5 %, et au-delà de 6 mm, particulièrement en cas d'infiltration musculaire ou périostée, le risque atteint environ 15 %.

Chez l'immunodéprimé, les carcinomes épidermoïdes peuvent être plus agressifs avec un risque accru de métastases.

Le risque de métastases est réel, les carcinomes épidermoïdes métastasent par voie lymphatique. Après les ganglions satellites, les carcinomes épidermoïdes disséminent vers le cœur et le poumon. Par contiguïté, ils envahissent les tissus mous et par voie nerveuse (trijumeau, nerf sus-orbitaire) la cavité crânienne.

Une surveillance clinique tous les 3 à 4 mois est recommandée la première année, en particulier pour explorer les aires ganglionnaires. Elle sera ensuite espacée à deux fois par an en moyenne.

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

Dans étude de Khtibari [121]: 2 cas de récurrences ont été observés : l'un chez une jeune patiente atteinte de XP nécessitait une reprise chirurgicale, l'autre s'était révélé par des adénopathies prétragiques et sous-angulo-maxillaires faisant indiquer une prise en charge par RTH. Aucun cas de décès de cause carcinologique n'est à déplorer

Dans notre étude : Une récurrence par l'apparition des nouvelles lésions au niveau du visage et de tout le corps chez 2 patients suivis pour un XP.

Une récurrence tumorale chez 4 patients :

- une récurrence sur le lambeau de couverture exentération chez 3 patients.
- Un patient après 2 ans de la prise en charge d'un CBC infiltrant fronto-orbitaire.

Tableau N°XXXIV: La Comparaison des taux de récurrences tumorales.

| Series | Durée d'étude | Nombre de cas | Nombre de recidive | Pourcentage de recidive |
|-----------------|---------------|---------------|--------------------|-------------------------|
| Benaatiya [40] | 5 ans 1/2 | 51 | 1 | 1% |
| L kani [66] | 25ans | 168 | 12 | 6,9% |
| Khtibari [121] | 7ans | 25 | 2 | 8% |
| Faure [192] | 8ans | 73 | 7 | 9.5% |
| El halimi [39] | 8ans | 90 | 15 | 15% |
| El massoudi[38] | 2ans | 13 | 2 | 15.3% |
| Notre série | 6ans1/2 | 36 | 6 | 16% |

Pour F. Mouriaux [193], les trois facteurs les plus importants responsables de récurrences après exentération étaient 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 de métastases étaient significativement plus fréquentes lorsque la tumeur était incomplètement excisée. Par contre, selon Faure(192) ni le siège initial, ni la nature histologique de la tumeur n'influencent la récurrence.

La survie :

Dans notre étude, nous avons déplorés 2 décès.

Les 2 cas ont été décédés de la maladie

- une patiente était devenue inopérable avec des métastases cérébrales après 3 reprises opératoires d'un CSC fronto-palpebrale gauche
- Un patient était revenu après 3 ans par une récurrence d'un carcinome spinocellulaire sur le lambeau de couverture de la cavité d'exentération avec une altération de l'état générale

Plusieurs auteurs ont examiné la durée de vie après traitement chirurgical d'une extension orbitaire d'un cancer palpébral. La survie globale toutes tumeurs confondues est de 75 à 89 % à 1 an et de 26 à 63 % à 5 ans [130,193,194,195]

VII. La prévention : [160,161,162]

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

Les avancées scientifiques et les moyens médicaux permettent actuellement de guérir dans des conditions favorables jusqu'à 80% des enfants malades et plus de 65% des malades adultes dans le monde. La détection précoce constitue la meilleure chance de guérison des cancers cutanés.

Il est évident maintenant que les cancers et en particulier les cancers cutanés sont la résultante d'une accumulation complexe de facteurs en rapport avec le mode de vie,

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

l'exposition solaire, l'hérédité et l'environnement. Certains facteurs sont incontournables, mais d'autres peuvent et doivent être contrôlés.

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

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

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

Mais malheureusement, et contrairement à d'autres types de cancers (seins, le col utérin, broncho-pulmonaire..), et malgré sa gravité et son coût lourd pour la société, il n'y a pas de système de lutte contre le cancer de peau. D'où le rôle primordial de la prévention dans ce type de cancer. Cette prévention doit visée à éliminer les causes d'apparition d'un cancer cutané et va représenter un bénéfice, non seulement en vies humaines, mais encore économique et social et doit s'articuler globalement autour de 3 volets :

1. La prévention primaire :

C'est l'ensemble des mesures destinées à éviter la survenue d'une pathologie.

Elle concerne le grand public et s'articule autour de campagnes d'information à fin d'éviter les facteurs de risque. L'exposition solaire s'intègre dans ce type de prévention et on

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

ne peut cesser de répéter, les coups de soleil, notamment durant l'enfance, majorent le risque de cancer cutané.

Il faut donc tous mettre en œuvre pour les éviter :

- Application régulière, et en quantité suffisante, d'une crème solaire d'indice élevée et adaptée au type de peau.
- Nouvelle application après une baignade ou une forte transpiration.
- Grande prudence les premiers jours de vacances, la peau n'est pas encore habituée au soleil.
- Les sujets à peau claire, en particulier les roux, sont particulièrement à risque.
- Ne pas oublier que les nuages laissent passer quantité de rayonnements solaires, et le parasol aussi.
- Pas d'exposition entre 12 et 16 heures, et surtout pas les enfants.
- Jamais de nourrisson au soleil !
- Pas de femme enceinte au soleil : risque de masque de grossesse.
- Évité les cabines de bronzage.
- Certains médicaments favorisent les brûlures (photosensibilisation), donc lire attentivement la notice.
- De même pour certains parfums et cosmétiques....

2. La prévention secondaire :

Encore appelée « détection précoce », elle inclut le dépistage, le diagnostic précoce et le traitement et le suivi qui en découlent.

Le dépistage consiste à rechercher de façon systématique dans une population en bonne santé les porteurs de symptômes latents ou des lésions précancéreuses. Elle s'adresse à des individus qui ne présentent pas encore les symptômes de la maladie mais qui présentent déjà un certain risque

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

Il est recommandé à ces personnes de pratiquer une auto-surveillance trimestrielle et de la compléter par une visite de contrôle annuelle chez un spécialiste.

3. La prévention tertiaire :

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

VIII. Les limites et perspectives :

Au cours de notre étude rétrospective, plusieurs difficultés ont entravé ce travail :

- Le problème de recueil des données, du fait que les dossiers ne sont pas centralisés.
- Les photos des différents stades de la prise en charge n'étaient pas toujours disponibles.
- Plus de 67% de nos patients étaient d'origine rurale, ce qui a entravé davantage le suivi et l'évolution au long terme.
- Les perdus de vue.
- D'autre part, le problème des rendez-vous, trop éloignés, constitue également un véritable obstacle au recrutement des malades.
- Malgré l'importance du sujet, les études portant sur les carcinomes évolués des paupières sont très rares, d'où le grand intérêt de notre étude qui a comme objectif d'éclaircir au maximum le sujet.
- Le manque des publications sur les différents types des carcinomes évolués des paupières aussi bien au Maroc que partout ailleurs a été l'une des difficultés majeures auxquelles nous avons eu à faire face. Ceci peut être le résultat de la situation épidémiologique indéterminée au Maroc en ce qui concerne les pathologies dermatologiques et aussi l'inattention à une pathologie assez fréquente nécessitant dans la majorité des cas une prise en charge multidisciplinaire.

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

Vu ces limites, nous considérons les résultats de notre travail comme des résultats préliminaires nécessitant d'être mieux étayés à l'avenir par des larges études prospectives comparatives et multicentriques avec un échantillonnage plus représentatif, sur une durée plus longue et surtout avec un suivi prolongé et rapproché et en collaboration avec les services d'oncologie, d'ophtalmologie, maxilo-faciale et d'anatomopathologie pour avoir un nombre non négligeable de patients. Tout cela pour bien évaluer l'épidémiologie réelle des carcinomes évoluée des paupières, leur aspect anatomo-clinique, évolutif et thérapeutique, ainsi que leur prise en charge et prévention.



CONCLUSION



Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

La prise en charge des carcinomes palpébraux commence par la prévention des facteurs de risques en particulier l'exposition solaire, le diagnostic précoce, et par une attitude thérapeutique rigoureuse, qui permettent d'éviter une évolution catastrophique locale ou à distance.

La prise en charge chirurgicale représente un challenge pour le chirurgien qui doit non seulement respecter les règles carcinologiques lors de la chirurgie d'exérèse, mais aussi bien les règles de la reconstruction pour rétablir les fonctions mécaniques et physiologiques, et les aspects esthétiques des paupières. Les moyens de reconstructions sont en fonction de la taille de PDS, topographie et le type histologique de carcinome.

Il faut former les médecins généralistes pour améliorer leur connaissance vis-à-vis les principaux facteurs de risque des carcinomes cutanés qui sont l'exposition solaire et lésions précancéreuses, ils doivent s'habituer à faire des biopsies cutanées en cas d'une lésion suspecte pour éviter l'apparition de ce type de carcinome évolué

Il existe classiquement trois armes contre le cancer représentées par la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie cytotoxique. Cette dernière permet incontestablement de sauver des vies mais au prix d'une toxicité importante. La recherche clinique est très active, aussi bien pour la classique chimiothérapie que pour les thérapies ciblées, qui ont aujourd'hui le vent en poupe.

Il faut aussi orienter toute les mesures préventives possibles sur les trois niveaux pour ce faire face aux carcinomes.

Les carcinomes évolués doivent faire pousser les experts, et surtout ceux des pays les plus concernés, à se réunir pour établir des protocoles adaptés à ce type de patients.

Seuls le dépistage, le diagnostic précoce et l'accessibilité aux soins permettront d'éradiquer ces carcinomes historiques.



RESUMES



Résumés :

Les carcinomes évolués des paupières représentent une pathologie relativement fréquente.

Notre travail consisté en une analyse épidémio-clinique, histologique, thérapeutique et évolutive de ces carcinomes à travers une étude rétrospective étendue sur une période de 6 ans et 6 mois entre janvier 2011 et juin 2017, regroupant 36 patients atteints de carcinomes évolués des paupières opérés au service de chirurgie plastique esthétique et reconstructrice du CHU Mohamed VI. L'âge de nos patients varie entre 6 et 88 ans avec une moyenne d'âge de 60 ans avec une nette prédominance masculine (sex-ratio = 1.78). L'origine rurale représentait 67% et la majorité des professions s'exposaient au soleil. Toutes les régions de la paupière ont été concernées avec une concentration des lésions au niveau de la paupière inférieure (33.3%) et au canthus interne (27.77%). Le xéoderma pigmentosum était l'état précancéreux le plus retrouvé (13,88%). Le carcinome basocellulaire est le type histologique le plus fréquent (75%), suivi du carcinome spinocellulaire (25%). L'aspect macroscopique des carcinomes était ulcéré dans la majorité des cas (47.22%). Les tumeurs étaient classées T3 dans 55.55%.

L'exérèse tumorale a été la règle thérapeutique chez tous nos patients en respectant une marge de sécurité adaptée au type histologique et la taille tumorale. Un curage ganglionnaire a été réalisé chez 7 patients. Une exentération a été réalisée chez 13 patients. Une parotidectomie a été réalisée chez 2 patients. Le procédé de réparation a été adapté au siège et à l'étendue du PDS. La reconstruction a été différée dans 72.22% des cas et a fait appel à des greffes cutanées dans 13 cas, des lambeaux essentiellement loco-régionaux dans 21 cas et des lambeaux libre dans 2 cas. Une radiothérapie adjuvante après curage ganglionnaire de la région cervicale, exentération orbitaire et parotidectomie a été nécessaire chez 6 patients.

L'évolution carcinologique a été marquée par la reprise des cas avec des limites d'exérèses tumorales et aussi des récidives et des nouvelles lésions apparues chez les patients atteints de xéoderma pigmentosum avec un cas de métastase méningé.

Ces constatations devraient nous amener à plus de précaution et à réenvisager notre approche carcinologique en privilégiant l'étude extemporanée des recoupes et la technique du ganglion sentinelle.

Abstract

Advanced carcinomas of the eyelids represent a relatively common pathology.

Our project consists of an epidemiological, histological, therapeutic and evolutionary analysis of these carcinomas through a retrospective study over a period extended of 6 years and 6 months between January 2011 and June 2017, bringing 36 patients together with advanced eyelid carcinoma at the Aesthetic and Reconstructive plastic surgery department of the university hospital Mohamed VI.

The patients' ages which varies between 6 and 88 years, averaged on 60 years, with a clear male dominance (sex ratio = 1.78). Rural origin represented 67% and most professions were exposed to sunlight. the eyelid parts have been affected by the lower of eyelid lesion concentration (33.3%) and internal canthus (27.77%). Xeroderma pigmentosum was the most recovered precancerous conditions (38.45%). Basal cell carcinoma is the most common histological type (75%), followed-up by squamous cell carcinoma (25%), where as the macroscopic aspectse of carcinomas have been appalled in most cases (47.22%). The tumors were classified T3 in 55.55%.

Tumor excision was the therapeutic rule in all our patients, respecting a margin of safety adapted to the histological type and the tumor size. Lymph node dissection has been performed on 7 patients . Exenteration has been performed on 13 patients. Parotidectomy has been performed on 2 patients.the repair process is doing for the tumor according to its histology and the extent of the loss of substance.The reconstruction was delayed 72.22% on the cases and used skin grafts in 13 cases and essentially loco-regional flaps in 21 cases and free flaps in 2 cases. Adjuvant radiotherapy after lymph node dissection of the cervical region,orbital exenteration and parotidectomy were required for 6 patients.

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

The oncological evolution was marked by reoperation procedures with of tumor exeresis, also recurrences and new lesions appeared among the patients Who are suffering from xeroderma pigmentosum with a case of metastasis meningitis.

These findings should lead us to be more careful and to re-examine our oncological approach by prioritizing extemporan study,cross-cutting and the sentinel lymph node technique.

ملخص

تعتبر سرطانات المتطورة للجفون من الامراض الجلدية الاكثر شيوعا في بلادنا

عملنا هو دراسة تهدف إلى تبيان المظهر السوسيو تشخيصي ، التشريحي و العلاجي لهذه الحالات المرضية المتطورة و ذلك من خلال دراسة استرجاعية لنحو 36 حالة تعاني من سرطان جفن العين المتطور و التي تم علاجها في مصلحة جراحة التجميل و معالجة الحروق بالمركز الإستشفائي الجامعي محمد السادس على مدى ست سنوات و نصف منذ يناير 2011 إلى يونيو 2017.

سن مرضنا يتراوح ما بين 6 و 88 عاما و يبلغ متوسط أعمارهم 60 عاما مع غلبة نسبة الذكور (نسبة الجنس=1.78) 67% من مرضنا من أصل ريفي و غالبية مهتهم تمارس تحت أشعة الشمس. كافة مناطق جفن العين معنية خاصة الجفن السفلي بنسبة 33.3% و موق العين الداخلي بنسبة 77.27%. يعتبر جفاف الجلد المصطبغ الأفة السرطانية الأكثر تحولا لهذه نوعية من الأورام (88.13%). سرطان الخلايا القاعدية هو النوع الأكثر وجودا (75%)، يليه سرطان الخلايا الصبغية (25%). في حين أن المظهر الخارجي الغالب هو النوع المتقرح بنسبة 22.47%. تم تصنيف الأورام ت3 بنسبة 55.55%.

استئصال الورم هو القاعدة العلاجية التي اعتمدت عند جميع مرضانا، مع احترام هوامش الاستئصال حسب نوعية الورم و حجمه. تم استئصال العقد للمفاوية لدى 7 مرضى، اجتثاث حجاج العين لدى 13 مريض و استئصال الغدة النفكية لدى مريضين.

تحدد وسائل الجراحة التقويمية حسب المنطقة المصابة و حجم المادة المفقودة. تمت هذه الجراحة بعد الحصول على نتيجة التشريح المرضي بنسبة 72.22% و قد تمت على نحو التالي زرع جلدي بنسبي ل 13 حالة و لوحات الجلد الموضعية النسبية ل 21 حالة ولوحات الجلد الحرة لحالتين.

المعالجة بالأشعة كانت ضرورية ل 6 حالات بعد خضوعهم لإستئصال للمفاويات المتواجدة على مستوى العنق، اجتثاث حجاج العين او استئصال الغدة النفكية.

تميزت متابعة المرضى باستئناف حالات الهوامش غير السليمة وكذلك انتكاسات و إصابات جديدة بالنسبة للمرضى المصابين بجفاف الجلد المصطبغ، مع تسجيل حالة انتشار الورم على مستوى الدماغ و ينبغي لهذه النتائج أن تجعلنا أكثر حذرا مع إعادة النظر في استراتيجيتنا المعتمدة، وذلك من خلال التركيز على الدراسة المرتجلة وتقنية وخز العقدة الحارس



ANNEXES



Annexes1 :La fiche d'exploitation
Les CARCINOMES EVOLUES DES PAUPIERES : PROFIL
EPIDEMIOLOGIQUE ET PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE

FICHE D'EXPLOITATION

❖ **Identité:**

- N dos : IP: tel:
- Nom et Prénom:
- Age:
- Sexe : F M
- Profession :.....
- Origine : Rural urbain
- Niveau socio-économique : bas moyen élevé
- Couverture sanitaire : ramediste mutualiste

❖ **Motif de consultation:**.....

- douleur ptosis déformation palpébrale une tuméfaction palpébrale
bourgeon nodule ulcération autres :.....

❖ **Antécédents:**

Personnels :

o Médicaux :

Diabète o n HTA o n cardiopathie o n néphropathie o n

Tuberculose o n HIV o n Maladie auto-immune o n

Hémopathies o n Photoprotection o n leshmaniose o n

autres :.....

✓ **Facteurs de Risque:**

- Prédiposition génétique : oui non

-Exposition solaire : oui non

-phototype: I II III V VI

-lésion précancéreuse : o n kératose actinique albinisme xp

Maladie de bowen radiodermite neavus

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

- radiations ionisantes: oui non types :..... Dose :.....
-traumatisme palpébrale: oui non
-cicatrice de brûlure: oui non
-exposition aux agents carcinogènes chimiques : o n
-immunodépression : oui non

- o **Carcinologique** :cancer cutané : oui non Autres cancer :
o **Chirurgicaux** : RAS
o **Toxique**:RAS Tabagisme Alcool cannabisme
o **Prises médicamenteuses** :

RAS Corticoïdes : immunosuppresseurs : autres :.....

Familiaux :

Cancer cutané xp albinisme néoplasie familiale RAS

❖ Histoire de la maladie :

- Date de début et la durée d'évolution :

Rapide Lente

- Lésion initiale : de novo sur une lésion préexistante

- Localisation :

- Œil : droite gauche
- Paupières : sup inf
- Canthus : interne externe

- Aspect macroscopique initiale:

- Manipulation de la lésion : oui non

- Traitement : antérieur traditionnelle

- Signes accompagnateurs:

Larmoiement : o n Ptosis : o n BAV : o n Dlr : o n

Limitation des mouvements oculaires : o n Chute des cils : o n

Déformation palpébrale : o n rougeurs : o n autres :.....

- Adressé(e) par quelqu'un :

❖ Examen clinique :

○ Examen général :

- Troubles de conscience o n
- Troubles respiratoires o n
- Etat générale : conserve altéré
- Troubles alimentaires o
- Douleur : o n si oui dlr: osseuse thoracique péricardique
- HPM o n
- SPM o n
- ✓ Profilpsychologique: Normal Déprimé

○ Examen de la tumeur :

✚ **Inspection :**

- Localisation :



- Aspect morphologique :

Nodulaire Ulcérée Bourgeonnante Ulcérobourgeonnante

Végétant Pigmente Sclérosant Plan cicatriciel Destructif

- Nombre : Unique Multiple

- Coloration :

- Déformation associe : o n

Ectropion Entropion Ptosis

Autres : Réduction de la fente palpébrale : oui non

Déplacements du globe oculaire : oui non

✚ **Palpation :**

- Sensibilité : Sensible Indolore

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

- Consistance : molle dure
- Mobilité : Fixe Mobile
- Taille :
- Saignements au contact : Oui Non
- Issu de pus : Oui Non
- Ferme : o n Induration peritumoral o n

+ Examen locorégional :

➤ **Examen ophtalmologique :** Fait non fait

- Mesure l'AV : oui non OD..... OG
- Reflexe photomoteur : présent absent OD..... OG
- Oculomotricité : Normale Limitée OD..... OG.....
- Exophtalmie : Oui Non OD..... OG
- diplopie : oui non OD OG
- Fond d'œil : Fait non fait normal pathologique
- Examen à la lampe à fente : O n
- Segment ant :
- Tonus oculaire : fait non fait OD..... OG
- Envahissement :
Bord libre conjonctive appareil lacrymal
- Autres :

➤ **Examen des aires ganglionnaires :** libre

Périoraïculaires Sous mandibulaire Cervicale Autres:

➤ **Atteinte faciale :** Présence d'autres lésions : Oui Non

Extension a la region : nasale jugale frontale

➤ **Autres localisation :**

+ Photographie de la tumeur : Oui Non

❖ **PARACLINIQUE :**

- o Biopsie : oui non
- o Type histologique :

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

➤ Carcinome Basocellulaire :

- ◆ Superficiel Engainement périnerveux : Oui Non
- ◆ Nodulaire ◆ Infiltrant ◆ Sclérodermiforme
- ◆ Métatypique ◆ Mixte

.....
➤ Carcinome Spinocellulaire ou épidermoïde :

- ◆ Micro invasif ◆ Invasion périnerveuse : Oui Non
- ◆ Invasif ◆ Emboles vasculaires : Oui Non
- ◆ Bien différencié ◆ Moyennement différencié ◆ Indifférencié

Autres :

○ Bilan radiologique :

- TDM -Volume tumorale :
- Extension osseuse : Oui Non
- Envahissement ganglionnaire : Oui Non
- Anomalie des Muscle OM : Oui Non
- Anomalie de la graisse : Oui Non
- Extraconique intraconique
- IRM: Fait non Fait - Envahissement Vx et nerfs : Oui Non
- Echographie oculaire : Fait non fait
- Bilan d'extension : Fait non fait
- ✓ Echo abdominale : fait non fait
- Normale pathologique :
- ✓ TDM TAP : Fait non fait Normale pathologique :
- ✓ TDM cérébrale : Fait non fait Normale pathologique :
- ✓ Syntigraphie osseuse : Fait non fait Normale pathologique :
- ✓ Petscanner : Fait non fait Normale pathologique :

○ Bilan préopératoire :

- Bilan biologique sanguin : NFS Hémostase Fonction rénale
- Radiographie thoracique : Oui Non
- ECG : Oui Non
- Echocoeur : fait non fait
- Consultation pré-anesthésique :

❖ **Geste thérapeutique**

- Type d'anesthésie : Générale Locale
 - Chirurgie :
 - But : Carcinologique Palliatif
 - Voie d'abord : transcutanée transconjonctivale
 - Examen extemporané : fait non fait
 - Marge d'exérèse :
 -
 - En profondeur : transfixiante non transfixiante
 - Gestes associés :
 -
 - Exentération : o n Indication :
 - Type : totale subtotale argie
 - Curage ganglionnaire : Oui Non Si oui : Type :
 - Reconstruction : o n
- Taille de la PDS : superficielle transfixiante
- Immédiate Différée
- Cicatrisation dirigée o n
- Type de réparation :
- Grefe cutanée : o n type :
- Lambeaux : Locaux de : rotation avancement transposition glissement
- Translation A distance Libres
- PEC de la Cavite d'exentération: o n
- Cicatrisation : spontanée dirigé Traitement prothétique
- Couverture par : Grefe cutanée Lambeaux
- Examen histologique après lachirurgie :
- Marges d'exérèse : Saine Tumorale si oui : Reprise chirurgicale o n
- Complications post-op immediate : Saignements Hématome
 - Infection Nécrose cutanée
 - Radiothérapie : o n Dose :
 - Type : Externe curithérapie

Les carcinomes évolués des paupières : profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale

Neoadjuvante Adjuvante Palliative

- Chimiothérapie : oui non
Neoadjuvante Adjuvante Palliative
- Autres ttt :
- Résultat post-thérapeutique :
 - Carcinologique :
 - Fonctionnel :
 - Esthétique :
 - Photographie post-thérapeutique : oui non

-Suivi post-thérapeutique :

- Récidive
- Reprise thérapeutique
- Surveillance
- Perdu(e) de vue : Oui Non

-Recul

Annexe 2 :

La classification de FITZPATRICK

| Phototype | Caractéristiques |
|---------------|--|
| Phototype I | peau très claire, cheveux blonds ou roux, yeux clairs (bleus ou verts), incapacité bronzer avec coups de soleils constants après une exposition solaire. |
| Phototype II | peau claire, cheveux clairs ou châains, yeux clairs (bleus ou verts), coups de soleil fréquents. |
| Phototype III | peau légèrement mate, cheveux châains ou bruns, yeux bruns, parfois clairs. |
| Phototype IV | peau mate, cheveux foncés, yeux foncés |
| Phototype V | peau brun foncée, cheveux noirs, yeux noirs |
| Phototype VI | peau noire, cheveux noirs, yeux noirs |



BIBLIOGRAPHIE



1. **A. Echchaoui a, *, M. Benyachou a, A. Houssa b, M. Kajout b, A.A. Oufkir b, C. Hajji c, R. Daoudi c, J. Hafidi a, S. El Mazouz a, N. Gharib a, A. Abbassi a.**
Prise en charge des carcinomes des paupières : étude bicentrique rétrospective sur 64 cas avec revue de littérature.
2016, Elsevier Masson France
2. **Lauwers F, Chaput B, Jalbert F, Garrido I, Lopez R.**
Tumeurs cutanées évoluées (dépassées ?) de l'extrémité céphalique : réflexions chirurgicales.
Ann Chir Plast Esthet 2012.
3. **Horlock NM, Wilson GD, Daley FM, Richman PI, Sanders R.**
Cellular proliferation characteristics of basal cell carcinoma: relationship to clinical subtype and histopathology.
Eur J Surg Oncol 1997;23:247–52
4. **ERIC BAGGIO , JEAN MARC RUBAN :**
paupières et sourcils chirurgicale
Encyclopédie Médico-Chirurgicale ,ophtalmologie 21-004-A-10.
5. **CHANDLER JW , SUGAR J , EDELHAUSER HF**
external diseases: cornea, conjunctiva , sclera ,eyelids, lachrymal system.
London: CV Mosby, 1994.
6. **Bergin DJ McCord, M Tanenbaum, WR eds Nunery (Ed.)**
Anatomy of the eyelids, lacrimal system, and orbit. In Oculoplastic surgery.
New York : Raven Press: 1995; 51–83.
7. **Font RL Eyelids and lacrimal drainage system.**
In: WH ed Spencer (Ed.) Ophthalmic pathology. An atlas and textbook.
Philadelphia : WBSaunders: 1996; 2218–2437.
8. **Hawes MJ, Dortzbach RK**
The microscopic anatomy of the lower eyelid retractors.
Arch Ophthalmol 1982 ; 100 : 1313–1318
9. **Lemke BN, Della Rocca RC**
The eyelids. In: BN Lemke, RC eds Della Rocca (Ed.) Surgery of the eyelids and orbit.
An anatomical approach. Norwalk : Appleton and Lange: 1990; 137–219.
10. **Maus M Basic eyelid anatomy. In: DM Albert, FA eds Jakobiec(Ed.)**
Principles and practice of ophthalmology.
Philadelphia : WB Saunders: 1994; 1689–1692
11. **Jean-Paul Adenis**
Chirurgie palpébrale pathologique et esthétique
2018, Elsevier Masson SAS. ISBN : 978-2-294-75638-2
12. **DUTTON JJ.**
-Atlas of ophthalmic surgery.vol 2 :Oculoplastic, lacrimal, and orbital Surgery.
Mosby Year Book, St louis, 1992 ;342p, 1st ed.

13. DUCASSE A.

Anatomie de l'orbite.

Editions technique-Encyclopédie médicochirurgicale. PARIS-France, Ophtalmologie, 21-006-A-10, 1992, 6p

14. GEORGE J.L.

- physiologie de l'orbiculaire des paupières.

Encycl.Med.Chir. Ophtalmol .1987, 10, 21020 A10, 4p.

15. V. Costes, S. Guyétant.

Histoire naturelle du cancer (Chapitre 9).

16. MECANISMES DE L'ONCOGENESE & HISTOIRE NATURELLE DU CANCER.

17. Louis DUBERTRET.

CANCERS CUTANES; p 135-136.

18. Genetics of nonmelanoma skin cancer;

Arch dermatol 2001; 137 1486-1492.

19. L Meunier, N Raison-Peyron, J Meynadier.

Immunosuppression photo-induite et cancers cutanés ;

Rev Méd Inteme 1998 ; 19 : 247-45.

20. O.DEREURE, B.GUILLOT.

Carcinogenèse cutanée chimique et physique ;

Ann Dermatol Venereol 2004; 131:299-306

21. BASSET-SEGUINN, DEREURE O, GUILLOT B.

Bases génétiques des tumeurs cutanées.

ADn DermatolVenereol, 1995; 122 : 217-225.

22. B. Pinatel, A. Mojallal *

Prise en charge diagnostique et thérapeutique du carcinome cutané basocellulaire — Analyse des recommandations

Annales de chirurgie plastique esthétique (2012) 57, 92—105

23. MOHS FE.

Micrographic surgery for the microscopically controlled excision of eyelid cancers.

Arch Ophthalmol 1986;104:901-9.

24. CONWAY RM, THEMEL S, HOLBACH LM.

Surgery for primary basal cell carcinoma including the eyelid margins with intraoperative frozen section control: comparative interventional study with a minimum clinical follow-up of 5 years.

Br J Ophthalmol 2004;88:236-8.

25. E Grosshans

Carcinomes basocellulaires

Encyclopédie Médico-Chirurgicale 98-620-A-10© , 1999, Elsevier, Paris.

26. DUCASSE A.

Tumeurs des paupières.

J Fr Ophtalmo, 1991 ;14: 500-9.

27. BASSET-SEGUIN N.

Cancérogènes cutanée. In : Saurat JH., Grosshans E., Laugier P. Lachapelle JM.

Dermatologie et maladies sexuellement transmissibles. Paris : Masson, 1999 :564-5.

28. Coulibaly SM.

Les tumeurs orbito-oculaires.

Bull Soc Panafr Ophtalmol, 1989;3:33-7.

29. G.DISCAMPS, J.C. DOURY, M.CHOVET

Contribution à l'étude statistique des cancrs oculo-orbitaires en Afrique. A propos de 460 observations.

Med. Trop. 1972 ; 32 :385-401.

30. G.Staub, M.Revol, P.May, J.-C.Bayol, O.Verola, J-M.Servant.

Marges d'exérèse chirurgicale et taux de récurrence des carcinomes cutanés. Etude prospective de 844 cas.

2007 Elsevier Masson SAS.

31. Pr Bernard Guillot, Dr Aurélie Du-Thanh.

TUMEURS MALIGNES CUTANÉES ÉPITHÉLIALES ET MÉLANIQUES.

la revue du praticien vol. 62 février 2012.

32. Mohamed amine Ennouhi, Abdenacer houssaoui.

Epithéliomas basocellulaire de la face : prise en charge chirurgicale, à propos de 45 cas et revue de la littérature.

Thèse de médecine 2014.

33. 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

34. Tabuchi S, Oda I.

Forty cases of malignant eyelid tumor. Ganka Rinsho (Jpn Rev Clin Ophthalmol) 1986;80:1272-1277.

35. Kawano M, Saijo M, Sato H.

Review of nineteen cases of palpebral carcinoma.

Ganka Rinsho Iho (Jpn Rev Clin Ophthalmol) 1990;84:1439-1442.

36. Hashimoto Y, Ishida N, Yamaguchi T, Kitamura S.

Clinical study of the eyelid tumors.

Ganka Rinsho Iho (Jpn Rev Clin Ophthalmol) 1993;87:1735-1738.

37. G.STAUB A, M. REVOL A, P.MAY A, J.C. BAYOLA, O. VEROLA B, J.M. SERVENT:

Marges d'exérèse chirurgicale et taux de récurrence des carcinomes cutanés: Etude prospective de 844 cas.

Annales de chirurgie plastique esthétique. Volume 53, N°5 pages 389-398. Octobre 2008.

38. R. MESSAOUDI , R. ZERROUK, S. LOUAYA, A. OUBAAZ (Marrakech, Maroc):
Les tumeurs malignes des paupières : à propos de 13 cas.
Journal Français d'Ophtalmologie. Vol 32,N°S1 page1184. (Avril 2009).
39. R. EL HALIMI, Y. ZEKRAOUI, I. IMDARY, H. BENSOUDA, Z. MELLAL, E. ABDELLAH, Z.CHAOUI, A. BERRAHO (Rabat, Maroc) :
Épithélioma basocellulaire des paupières. Techniques chirurgicales : à propos de 90 cas.
Journal Français d'Ophtalmologie. Vol 32, Avril 2009 N°1 pages1S216.
40. M. BENATIYA ANDALOUSSI IDRIS.
LES TUMEURS PALPEBRALES MALIGNES (A propos de 51 cas).
Thèse de médecine 2012.
41. KAWANO M., SAIJO M., SATO H.,
Review of nineteen cases of palpebral carcinoma.
Ganka Rinsho Iho (Jpn Rev Clin Ophtalmol)1990;84:1439-1442.
42. WALTZ K. , MARGO C.
Moh's micrographic surgery. NUNERY W.: Ophtalmic Plastic and reconstructive surgery.
Ophtalmol Clin North Am 1991;4,1:153-163
43. KIYOOKA H, KODAMAT., OHASHI Y.,
Review of eye and adnexa tumors at the Department of Ophtalmology, Ehime University.
Atarashii Ganka (JEye) 2000;17:1035-1041.
44. AZAMU T. , AMEMIYA T. THIRTY
one cases eyelid tumor during thepast ten years.
Rinscho Ganka (Jpn J Clinical Ophtalmol) 1998 ;52 :887-890.
45. LEVECQ, P. DE POTTER A-P GUAGNINI.
Epidémiologie des lésions oculaires et orbitaires adressées à un centre d'oncologie oculaire.
Journal Français d'Ophtalmologie. Vol 28 N°8. Octobre 2005.
46. H.Boukind. Dahmi, Fatima Ezzahra.
Cancer cutané de la face.
Thèse de médecine. Université Hassan II, Faculté de Médecine et de Pharmacie,Casablanca 2010.
47. Mernissi.
Tumeurs cutanées malignes colligées au service de dermatologie du CHU Hassan II Sur une période de 2 ans.
Thèse de médecine. 2008
48. M. Elhaouri .
LES CANCERS DE PEAU (A propos de 194 cas) : Thèse de médecine 2014.
49. BANO TRAORE F.
Carcinome basocellulaire sur une zone photo exposée chez une africaine mélanoderme.
Annales de dermatologie et de vénéréologie. 2001 ; vol. 128.

50. THOMAS L.

Tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques.
La revue du praticien. 2002 ; vol. 52.

51. GRANT W.

The effect of solar UVB doses.
European journal of cancer. 2008 ; no. 44.

52. Samarasinghe V, Madan V.

Non melanoma skin cancer.
Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery. 2012;5(1):3.

53. Dumas P, Benatar M, Cardot- Leccia N, Lebreton E, Chignon -Sicard B.

Étude de la rétraction cutanée appliquée à la prise en charge des tumeurs cutanées.
Cartographie du corps humain.
Annales de chirurgie plastique esthétique. 2012 [cité 4 mai 2013].

54. FAZAA B, KAMOU M.R.

xeroderma pigmentosum .
Annales de dermatologie et de venerologie. 2003 ; vol.130.

55. ZGHAL M, FAZAA B, KAMOUN M.R.

Xeroderma pigmentosum.
Encycl med chir, dermatologie. 2006 ; 98-660-A-10.

56. HAFNER J, KEMPF W, HESS SCHMID M.

Tumeurs cutanées épithéliales.
from. med. suisse. Avril 2002 ; N° : 1.

57. GEISTCE.BENIGN EPITHELIAL TUMORS.IN: ALBERTDM, JAKOBIEC FA ed.

Principles and practice of ophthalmology.
Philadelphia : WB Saunders, 1994 : 1713-1723

58. SCOTT KR, KRONISH JW.

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

59. GUILLAUME JC.

Précancéroses épithéliales. In : Saurat JH,Grosshans E, Laugier P,Lachapelle JM éd.
Dermatologie et maladies sexuellement transmissibles. Paris :Masson, 1999 : 566-57

60. ADENISJP, SMOLIKI,LASUDRY J ,

Tumeurs palpébrales .Aspects cliniques, anatomopathologiques et thérapeutiques.
In AdenisJP, MoraxSéd.Pathologie orbito-palpébrale.Paris:Masson, 1998 : 311-338

61. ADENIS J.P., SMOLIK I., CATANZO G.

Tumeurs des paupières aspects cliniques et thérapeutiques.
Encycl. Med. Chir.PARIS France , ophtalmologie 21-110-A- 10,9,1989,17p.

62. FONT RL.

Eyelids and lacrimal drainage system. In : Spencer WH ed. Ophthalmic pathology. An atlas and textbook.

Philadelphia : WB Saunders, 1996 : 2218-2437

63. YANOFF M, FINE BS.

Ocular pathology.

London : Mosby- Wolfe, 1996 : 1-26, 159-204, -613-621

64. ROWE DE, CAROLL RJ, DAY CL.

Prognostic factors for local recurrence, metastasis and survival rates in squamous cell carcinoma of the skin, ear and lip.

J Am Acad Dermatol 1992 ; 26 : 976-990

65. Kavoussi H, Rezaei M, Ebrahimi A, Hosseini S.

Epidemiological indices of non-melanoma skin cancers in Kermanshah, Iran.

Journal of Pakistan Association of Dermatologists. 2012;22:112 -7.

66. 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.

67. MOHR C., ESSER J.,.

Orbital exenteration: Surgical and reconstructive strategies.

Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol, 1997;235:288-95.

68. PHILIPPE B.

Carcinomes épithéliaux : tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques.

Annales de dermatologie et de vénéréologie. 2003 ; vol. 130.

69. Claude Elmaleh, Ducasse, Jean-Luc Fau, Bruno Fayet

Orbite, paupières et système lacrymal Section 7 2012-2013

© 2014 Elsevier Masson SAS.ISBN : 978-2-294-73837-1

70. CARTER DM,FITZPATRICK TB, FREEDBERG IM., EISENAZ. Et al.

Basal cell carcinoma

editors. Dermatology in general medicine, 3 rd ed. New York, NY: McGraw- Hill, 1978.p.159.

71. Flavia Regina Ferreira, Luiz Fernando Costa Nascimento, Osmar Rotta.

Risk factors for non-melanoma skin cancer in Taubaté, São Paul, Brazil: a case-control study.

2011 Elsevier Editora Ltda.

72. Ahmad I, Gupta AD.

Main Articles Epidemiology of basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma of the pinna.

The Journal of Laryngology & Otology. 2001;115:85 - 6.

73. Wojno TH.

The association between cigarette smoking and basal cell carcinoma of the eyelids in women.

Ophthal Plast Reconstruction Surg, 1999;15:390-2.

74. **Feedman DM, Sigurdson A, Doody MM, Mabuchi K, Linet MS.**
Risk of basal cell carcinoma in relation to alcohol intake and smoking.
Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2003;12:1540-3
75. **Manassa EH, Herti CH, Olbrisch RR.**
Wound healing problems in smokers and non smokers after abdominoplasties.
Plast Reconstr Surg 2003;111:2082-7
76. **Sorensen LT, Karlsmark T, Gottrup F.**
Abstinence from smoking reduces incisional wound infection randomized controlled trial.
Ann Surg 2003;238:1-5.
77. **Eskiizmir G, Baker S, Cingi C.**
Non-melanoma Skin Cancer of the Head and Neck.
Facial Plastic Surgery Clinics of North America. nov 2012;20(4):493-513.
78. **HASSAN ALI .**
Tumeurs palpébrales malignes étendues à l'orbite (Rappels ,Diagnostic et Traitement). Etude rétrospective sur 11 cas.
Service d'ophtalmologie CHU RABAT Juin2008
79. **B. Garnier, E. Simon, T. Dumont, S. Sellal, M. Stricker, J.-F. Chassagne.**
Les carcinomes cutanés basocellulaires méritent-ils leur réputation de tumeurs à faible malignité ?
Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac., 2005; 106, 1, 16-21.
80. **Papa TOURE.**
Carcinomes épidermoïdes cutanés à propos de 80 cas colligés à la Clinique dermatologique de l'hôpital Aristide Le Dantec de Dakar.
Thèse de médecine 2001.
81. **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.
82. **CEDEF.**
Tumeurs Cutanées épithéliales et mélaniques : carcinomes cutanés.
Annales de dermatologie et de vénéréologie (2012) 139, A135-A143
83. **Lauwers F, Chaput B, Jalbert F, Garrido I, Lopez R.**
Tumeurs cutanées évoluées (dépassées ?) de l'extrémité céphalique : réflexions chirurgicales.
Ann Chir Plast Esthet 2012.
84. **CLAIRE ROSPARS.**
Prise en charge chirurgicale des tumeurs malignes des paupières. Etude rétrospective sur 25 cas. Service d'ophtalmologie, CHU de tours.
Paris. Novembre1995.
85. **Raasch BA, Buettner PG, Garbe C.**
Basal cell carcinoma : histological classification and body-site distribution.
Br J Dermatol 2006 ;155 :401-7.

86. Mohamed amine Ennouhi, Abdenacer houssaoui.
Epithéliomas basocellulaire de la face : prise en charge chirurgicale, à propos de 45 cas et revue de la littérature.
87. OLDER J, QUIKERT MH., BEARD C.
Surgical removal of basal cell carcinoma of the eyelids utilizing frozen section controls. Trans.Am.Ac.Ophthalmol.Otolaryngol.1975,79,658-663.
88. BIRO L., PRICE E.
Dermatologic management of eyelid tumors. In: tumors of adnexa and orbit. A.Hornblass (ed) CV Mosby Company; ed st Louis, 1979pp 66-67.
89. G. BONNAY, E. SETROUK, V. FRANCERIE, C. BRUGNIART, T.GARCIA, C. ARNDT,A.DUCASSE .
Reconstruction de paupière par greffe tarso-marginale. Journal Français d'ophtalmologi. Vol 31, N° 51 page 122 (Avril 2009).
90. 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.
91. Beauvillai N.
Carcinome épidermoïde cutané (carcinome spinocellulaire) : Recommandations de pratique clinique pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique Argumentaire -Mai 2009. Annales de dermatologie et de vénéréologie (2009), 136, S189-S242.
92. Nolan RC, Chan MT, Heenan PJ.
A clinicopathologic review of lethal nonmelanoma skin cancers in Western Australia. J Am Acad Dermatol 2005;52:101-8.
93. N. Basset-Séguin, V. Chaussade, C. Vilmer.
Carcinomes basocellulaires. 2011Elsevier Masson SAS
94. Allali J, D'Hermies F, Renard G.
Basal cell carcinomas of the eyelids. Ophthalmologica 2005;219:57-71.
95. N Basset-Séguin C Renaud-Vilmer O Verola
Carcinomes spinocellulaires © 2002 Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS
96. BESSEDE J-P, VINH D, KHALIFA N, et al.
Métastases ganglionnaires des carcinomes épidermoïdes cutanés cervico-faciaux. Facteurs pronostiques et modalités thérapeutiques. A propos d'une série de 13 cas. Rev laryngol otol Rhinol 2001, 111-117.
97. SCAT Y; LIOTET S.; CARRE F.
Revue : Journal français d'ophtalmologie (J. fr.ophtalmol.) ISSN 0181-5512 CODEN JFOPDG

98. GOTZAMANIS A.; DUCASSE A.; PLUOT M.
Les tumeurs de paupière : Epidémiologie, corrélations anatomo-cliniques. Etude prospective sur 3ans,
Bulletin des sociétés d'ophtalmologie de France,2002, vol. 102, pp. 62-67 [6 page(s) (article)] (9 réf.)
99. JOANNA SALOMON, MD, ANDRZEJ BIENIEK, MD, PHD, EUGENIUSZ BARAN, MD,PHD, AND JACEK C. SZEPIETOWSKI, MD, PHD
Basal Cell Carcinoma on the Eyelids: Own Experience, Department of Dermatology and Venereology, University of Medicine, Wrocław, Poland,
Dermatol Surg 30:2 Part 2:February 2004
100. Haraldur Sigurdsson and Bjarni A. Agnarsson,
University of Iceland, Reykjavik,Iceland, acta ophthalmologica scandinavica 1998,p:478
101. Ville Paavilainen, Juhani Tuominen, Eero Pukkala and K. Matti Saari, Finnish
Cancer Registry, Institute for Statistical and Epidemiological Cancer Research, Helsinki, Finland, Basal cell carcinoma of the eyelid in Finland during 1953-97,
acta ophthalmologica scandinavica 2005.p:215
102. Hiroshi Takamura and Hidetoshi Yamashita.
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;49:349-354
103. Lee SB, Saw SM, Au Eong KG, Chan TK, Lee HP.
Incidence of eyelid cancers in Singapore from 1968 to 1995.
Br J Ophthalmol 1999;83:595-597.
104. Sihota R, Tandon K, Betharia SM, Arora R.
Malignant eyelid tumors in an Indian
105. Population. Arch Ophthalmol 1996;114:108-109. Abdi U, Tyagi N, Maheshwari V, Gogi R, Tyagi SP.
Tumours of eyelid: a clinicopathologic study.
J Indian Med Assoc 1996;94:405-409.
106. Roh KK, Lee JH, Youn DH.
Clinical analysis of tumors of the eye and its adnexa.
Korean J Ophthalmol 1988;2:27-31
107. Ni C, Searl SS, Kuo PK, Chu FR, Chong CS, Albert DM.
Sebaceous cell carcinomas of the ocular adnexa.
Int Ophthalmol Clin 1982;22: 23-61.
108. Cook BE, Jr, Bartley GB.
Epidemiologic characteristics and clinical course of patients with malignant eyelid tumors in an incidence cohort in Olmstead County, Minnesota. Ophthalmology 1999;106: 746-750.

109. **Lee JAH.**
Epidemiology of cancers of the skin. In: Friedman RJ, Rigel DS, Kopf AW, Harris MN, Baker D, eds. Cancer of the Skin. Philadelphia, Pa; WB Saunders Co: 1991
110. **Francis IC, Benecke PS, Kappagoda MB.**
A ten-year hospital survey of eyelid cancer. Aust J Ophthalmol 1984;12:121-127.
111. **Makiuchi R, Uemura A.**
A ten-year review of malignant eyelid tumors. Ganka 1988;30:725-728.
112. **KARGOIGOU R.**
Les tumeurs orbito-oculaires au BURKINA FASO: aspects anatomo-cliniques, anatomo-pathologiques, épidémiocliniques et thérapeutiques. (A propos de 169 cas colligés de 1983 à 1997).
113. **G.DISCAMPS, J.C. DOURY, M.CHOVET**
Contribution à l'étude statistique des cancrs oculo-orbitaires en Afrique. A propos de 460 observations. Med. Trop. 1972 ; 32 :385-401.
114. **FLAMENT J, BOUKOFFA OS ,DERNAOUI M.**
Statistical survey on the etiology of orbito palpebral neoplasias in eastern Algeria. Bull Soc Ophtalmo Fr 1986 ;86 :323-324.
115. **N. CHEKIR, S. EL MABROUK, F. BEN HADJ HAMIDA, T. MELLOULI, M. BEN SALAH, M. GHORBEL, F. (Sousse, Tunisie) KACEM SKRIFA.**
Les limites de la chirurgie dans le traitement des tumeurs primitives des paupières. Vol 25- N°5-Mai 2002 p.86-86 Masson, Paris, 2002.
116. **F. JOUHAUD, T. LEFAOU, P. VINGTAIN.**
Pathologie tumorale orbito-oculaire au Mali. Bull. Soc. Opht. France, 1986, 3 : 319-322.
117. **H.A. HAYENS In K. ISSELBACHER, R.D. ADAMS, E. BRAUWALD, R.G. PETERSDORF, J.D. WILSON, eds Harrison**
Cancer primitif de la peau. Principes de Médecine interne, Vol.2. Paris Flammarion, 1982 :1769p
118. **N. Basset-Séguin, V. Chaussade, C. Vilmer.**
Carcinomes basocellulaires. 2011 Elsevier Masson SAS.
119. **Scrivener JN.**
Evolution des carcinomes basocellulaires à Strasbourg de 1967 à 1996 : Etude épidémiologique descriptive. (Thèse) 1998.

120. Tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques : carcinomes cutanés.
Annales de dermatologie et vénérologie 2005 ; 132 : 127-131.
121. N Basset-Séguin C Renaud-Vilmer O Verola
Carcinomes spinocellulaires
2002 Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS
122. Z. Khtibari *, M. El Belhadji, L. Benhmidoune, S. Berrada, S. Rqibate, A. Amraoui
Les carcinomes épidermoïdes des paupières. Bilan de 7 ans d'expérience au service d'ophtalmologie adulte du CHU de Casablanca
Journal français d'ophtalmologie (2015) 38, 134-140
123. Glover AT, Grove AS Jr, Ophthalmology Service, Brooke Army Medical Center, Fort Sam Houston, Texas, *Orbital invasion by malignant eyelid tumors.*
PMID: 2487189 PubMed -indexed for MEDLINE
124. SHANNA B. MEADS, MD AND HUBERT T. GREENWAY, MD,
Mohs Surgery and Cutaneous Laser Unit, Division of Dermatology and Cutaneous Surgery, Scripps Clinic and Research Foundation, La Jolla, California, Carcinoma Associated with Orbital Invasion: Clinical Features and Treatment Options ISSN: 1076-0512 Dermatol Surg 2006;32:442-446,
125. M.Durbec, V.Couloigner, S.Tronche, S.Albert, J.Kanitakis, A.Ltaief et al.
Recommandations de la SFORL. Bilan d'extension et principes d'exérèse des tumeurs de la face et du cou à point de départ cutané.
Elsevier Masson SAS 2014.
126. N. Dégardin, F. Delesalle, L. Mortier, V. Duquennoy-Martinot.
Chirurgie des tumeurs cutanées.
2009 Elsevier Masson SAS
127. V. Pinsolle *, G. Robert, E. Sawaya, B. Sommier, P. Pélissier
Prise en charge chirurgicale des carcinomes spinocellulaires
Annales de chirurgie plastique esthétique (2012) 57, 114-117
128. J. Lasudry, J.-P. Adenis, P.-Y. Robert
Tumeurs palpébrales : aspects cliniques, diagnostiques et thérapeutiques
Elsevier Masson SAS 2011
129. F. Mouriaux a, A. Stefan b, S. Coffin-Pichonnet c, L. Verneuil b, P. Rousselot d
Quelles marges d'exérèse pour les carcinomes de paupières ?
Elsevier Masson SAS, 2014.
130. M.Durbec, V.Couloigner, S.Tronche, S.Albert, J.Kanitakis, A.Ltaief et al.
Recommandations de la SFORL. Bilan d'extension et principes d'exérèse des tumeurs de la face et du cou à point de départ cutané.
131. S. Benazzou, Y. Arkha, M. Boulaadas, L. Essakalli, M. Kzadri.
L'exentération orbitaire.
2011 Elsevier Masson SAS.

132. **Carcinome épidermoïde cutané (carcinome spinocellulaire) :**
Recommandations de pratique clinique pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique
Argumentaire – Mai 2009
Annales de dermatologie et de vénéréologie (2009), 136, S189–S242
133. **LASUDRY J, ADENIS J–P, P–Y ROBERT.**
Tumeurs palpébrales: aspects cliniques, diagnostiques et thérapeutiques [21–110–A–10]
EMC, 2011.
134. **Rubin P, Mykula R, Griffiths RW.**
Ectropion following excision of lower eyelid tumours and full thickness skin graft repair.
British Journal of Plastic Surgery. Avr 2005; 58(3):353-360.
135. **Benatar M, Dumas P, Cardio – Leccia N, 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.
136. **Lau CK, Huang S, Cormack G.**
Minimising the risk of ectropion when full thickness skin grafting lower eyelid defects.
Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery. déc 2008;61(12):1562- 1564.
137. **Morley AMS, deSousa J –L, Selva D, Malhotra R.**
Techniques of Upper Eyelid Reconstruction.
Surgey of Ophthalmology. Mai 2010;55(3):256- 271
138. **Mustardé JC.**
Repair and reconstruction in the orbital region.
Edinburgh :Churchill Livingstone ; 1991.
139. **Beauvillain de Montreuil C, Bessède JP.**
Chirurgie des tumeurs cutanées de la face.
Société française d'ORL et de Chirurgie de la face et du cou, 2002.
140. **Ducasse A, Segal A, Desphieux JL.**
Reconstruction palpébrale inférieure: techniques utilisées en fonction de la longueur de la perte de substance.
Bull Soc Opht France 1989;4:593–595.
141. **MUSTARDE JC**
Repair and reconstruction in the orbital region.
Churchill livingstone,Edinburgh,1991,565p,3rd ed.
142. **NUNERY WR**
Ophthalmic plastic and reconstructive surgery.
Ophthalmol Clin North Am 1991;4,1:219p.
143. **WERNER MS. ,OLSON JJ., PUTTERMAN AM.**
Composite grafting for the eyelid reconstruction.
Am J Ophthalmol 1993;116,1:11–16.

144. **DUTTON JJ.**
Atlas of ophthalmic surgery.vol 2 :Oculoplastic, lacrimal, and orbital surgery.
Mosby Year Book,St louis,1992 ;342p,1st ed.
145. **TESSIER P.**
Aesthetic aspects of bone grafting to the face.
Clin. Plast. Surg. 1981 ; 8 : 279-301.
146. **Heenen M, Khaled E.**
Carcinome basocellulaire sclérodermiforme.
Université libre de Bruxelles. Service Iconothèque.2006
147. **BARRACO P, HAMEDANI M, AMELINE-AUDELAN V, MORAX S.**
Surgical treatment of eyelid tumors.
J Fr Ophtalmol. 2003 Jan;26(1):92-102.
148. **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
149. **BARRACO P, HAMEDANI M. MORAX S.**
Traitement chirurgical des tumeurs palpébrales, vol26, EMC, janvier 2003.
150. **MORAX S., BENIA L.**
Traumatismes et chirurgie plastiques des paupières
In :Chirurgie palpébrale. EMC Doin ed.,PARIS,1991 ;61-95.
151. **WILLIAM B. ,STEWART MD.**
Ophthalmic plastic and reconstructive surgery.
Academy Manuals Program.Am. Acad. of ophtalmology.1984.
152. **La peau humaine: a-extrait de [Chuong2006] ;b- extrait de [Chang 2001]**
153. **GINESTET G, FREZIERIS H, DUPUY H, PONS J.**
Chirurgie plastique et reconstruction de la face.
Editions Médicales, Flammarion, Paris.
154. **Wlodarkiewicz A, Staniewicz J, Wojszwillo-Geppert E, Roszkiewicz J.**
Extensive periocular defect reconstruction with local flaps and conchal cartilage graft.
Dermatol Surg 1999;25:904-7.
155. **Matsuo K, Sakaguchi Y, Kiyono M, Hataya Y, Hirose T. Lid margin**
Reconstruction with an orbicularis oculi musculocutaneous advancement flap and a conchal cartilage graft.
Plast Reconstr Surg 1991;87:142-145.
156. **Yanaga H, Mori S.**
Eyelids and eye socket reconstruction using the expanded forehead flap and scapha composite grafting.
Plast Reconstr Surg 2001;108:8-16.

157. **Tenzel RR, Stewart WB.**
Eyelid reconstruction by the semi-circle flap technique.
Ophthalmology 1978;85:1164-9.
158. **Dewayne T. Bradley Craing S. Murakami. BAKER.**
Reconstruction of the cheek.
2007, Elsevier Masson SAS.
159. **Beauvillain de Montreuil C, Bessède JP.**
Chirurgie des tumeurs cutanées de la face. Société française d'ORL et de Chirurgie de la face et du cou, 2002
160. **Tessier P.**
Blépharopoièses inférieures.
Bull Soc Ophthalmol Fr 1960;3:231-57.
161. **Baraer F, Loze S, Duteille F, Pannier M, Darsonval V.**
Le lambeau orbitonasogénien. Etude anatomique et clinique.
Ann Plast Esthet 2005;50:288-95.
162. **Laurent Guyot, Pierre Seguin, Hervé Benateau .**
Techniques en chirurgie maxillofaciale et plastique de la face p200
163. **Chiarelli A, Forcignano R, Boatto D, Zuliani F, Bisazza S.**
Reconstruction of the inner canthus region with a forehead muscle flap : a report on three cases .
Br J Plast Surg 2001; 54:248-52.
164. **J. Bardot a,*,D. Casanova a, T. Malet b**
Chirurgie reconstructrice des paupières.
EMC-Chirurgie 1 (2004) 365-390
165. **Loze S, Rousseau P, Cariou G, Darsonval V.**
Intérêt du lambeau de transposition palpébrale d'Abbé-Mustardé : à propos de trois cas cliniques.
Ann Chir Plast Esthet 2007;52:62-67.
166. **KEASBEY LE, HADLEY GC.**
Clear cell hidradenoma. Report of 3 cases withwidespread metastases.
Cancer 1954 ; 7 : 934-952
167. **M.Romeuaj.M.FolettiaC.ChossegroseJ.P.DalesbP.BerbiscB.CribierdL.Guyota**
Les tumeurs cutanées malignes à différenciation pileaire de la face et du cuir chevelu : mise au point diagnostique et thérapeutique
Journal of Stomatology, Oral and Maxillofacial Surgery Volume 118, Issue 2, April 2017, Pages 95-102
168. **Bardot D. Casanova T. Malet**
Chirurgie reconstructrice des paupières.
Encyclopédie Médico-Chirurgicale 45-530 (2004)45-53 p12

169. **B. Laure, A. Picard, A. Chabut, D. Goga.**
Reconstruction des pertes de substance complexes du canthus interne,
Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac. 2005; 106, 5, 298-301
170. **B. Langlois *, P.-V. Jacomet, M. Putterman, S. Morax, O. Galatoire**
Évaluation des techniques de reconstruction après exentération orbitaire. À propos de 56 cas
2012 Elsevier Masson SAS
171. **L. Bourdais , P. Perrot, C. Kitsiou, G. Martin, F. Bellier-Waast, F. Duteille.**
Le lambeau de fascia superficialis temporalis pédiculé pour la couverture des pertes de
substance de la face.
2013 Elsevier Masson SAS.
172. **LEVIN PS., ELLIS DS., STEWART WB., TOTH BA.**
Orbital exenteration. The reconstructive ladder. Ophthal
Plast Reconstr Surg. 1991;7(2):84-92.
173. **L.Guyot ,P.Seguin, H.Benateau .**
Techniques en chirurgie maxillo-faciale et plastique de la face p 201,202
174. **MEMOIRE DE DESC – J. Toquet – 2000**
CHIRURGIE DE LA FACE ET DU COU
175. **N. Zwetyenga,J.-C. Lutz ,N. Vidal ,M. El-Bouihi ,F. Siberchico,D.**
Martin Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale 108(3):210-214 · June 2007
176. **L.Guyot ,P.Seguin, H.Benateau .**
Techniques en chirurgie maxillo-faciale et plastique de la face p 241-242
177. **L.Guyot ,P.Seguin, H.Benateau .**
Techniques en chirurgie maxillo faciae etPlastique de la face p 237-238
178. **B.Langlois , P.-V. Jacomet, M.utterman, S.Morax , O.Galatoire .**
Evaluation des techiques de reconstruction apres exentration orbitaire.A propos de 56 cas.
J.Fr.Ophtalmolo 2012,35,667-677
179. **LERNER TH., HURYN JM.**
Orbital prosthesis with a magnetically retained ocular component supported by
osseointegrated implants.
J Prosthet Dent. 1993 Apr;69(4):378-80
180. **LABBE D., BENATEAU H., COMPERE JF., SABIN P.**
Extra-oral implants: indications and contre-indications.
Rev Stomatol Chir Maxillofac. 2001 Aug;102(5):239-42.
181. **N. Basset-Séguin, V. Chaussade, C. Vilmer.**
Carcinomes basocellulaires.
EMC 98-620-A-10. 2011 Elsevier Masson SAS.
182. **STANLEY J, ALAN L, KENNETH G, THOMAS O.**
Basal cell and squamous cell skin cancers. NCCN clinical practice Guidelines in oncology(
NCCN GUIDELINES).
Version 2.2012. NCCN.org

183. **STANLEY J, ALAN L, KENNETH G, THOMAS O.**
Basal cell and squamous cell skin cancers.
NCCN clinical practice Guidelines in oncology(NCCN GUIDELINES).
Version 2.2012.NCCN.org.
184. **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.
185. **Amici J–M, Beylot–Barry M.**
Carcinomes Q1 basocellulaires localement avancés: intérêt de traitements combinés, alternatifs à la chirurgie.
Ann Chir Plast Esthet (2015).
186. **Chang ALS, Solomon JA, Hainsworth JD, Goldberg L, Mc Kenna E, Day B, et al.**
Expanded access study of patients with advanced basal cell carcinoma treated with the Hedgehog pathway inhibitor, vismodegib.
J Am Acad Dermatol 2014;70(1):60–9.
187. **Dreno B, Basset–Seguin N, Caro I, Yue H, Schadedorf D.**
Clinical benefit assessment of Vismodegib therapy in patients with advanced basal cell carcinoma.
Oncologist 2014;19(8):790–6.
188. **M. Delannes, E. Rio, X. Mirabel, T. Brun, A. Ducassou, J. David.**
Curiethérapie des carcinomes cutanés et de la lèvre.
Cancer/Radiothérapie 17 (2013) 136–139.
189. **KHLIF H., LEVY C., GABRIEL, DENDALE R., L. LUMBROSO, LE. ROUIC, X. SASTRE, S. MORAXET L.**
Carcinome basocellulaire palpébral : expérience de l’institut Curie.
Journal Français d’Ophtalmologie vol30 supplément 2007. pages 2S248.
190. **FITZPATRICK PJ.**
Tumors of the eyelids and their treatment by radiotherapy.
ALBERTI WE, SAGERMAN RH : Radiotherapy of intraocular and orbital tumors.
Medical radiology Series Springer–Verl, Berlin 1993;217–25
191. **CAUJOLLE JP, CLEVY JP, ORTONNE JP, NEGRE F, GASTAUD P.**
La cryochirurgie dans le traitement des épithéliomas baso–cellulaire des paupières.
J Fr Ophtalmol 1989 ;12,4 :279–86
192. **BRON A, PETRELLA T, GARCHER C, CHIRPAZ L.**
Les méfaits de la radiothérapie locale appliquée aux tumeurs palpébrales.
Ophtalmologie 1991 ;5 :324–5.
193. **FAURE L., COUTURE S., LABROUSSE F., ADENIS JP. Et ROBERT PY. :**
Incidence de la récurrence après exérèse des tumeurs épithéliales palpébrales : Etude de 73 cas
Journal Français d’Ophtalmologie. Vol30 supplément 2 ; Avril 2007, page 2S248.

194. **MOURIAUX F., BARRACO P., PATENOTRE, PELLERIN P.**
L'exentération orbitaire.
Fr. Ophtalmo, 2001 ; 24, 8, 865-874, Masson, Paris, 2001.
195. **SIMONS JN., ROBINSON DW., MASTERS FW.**
Malignant tumors of the orbit and periorbital structures treated by exentertion.
Plast Reconstr Surg, 1966; 37: 100-4.
196. **Karesh j. In Hornblase A, Haning CJ**
Orbital Exenteration
Oculoplastic, Orbital, and reconstructive surgery, vol2 . Baltimore: Williams and Wilkins; 1990; 135-52; 1221-32.
197. **J.P. Adenis, A. Sabatier, P.-Y. Robert.**
Les tumeurs des paupières des personnes âgées
J Fr. Ophtalmol., 2006; 29, 6, 687-693 © Masson, Paris, 2006.
198. **ATLAS OF AESTHETIC EYELID AND PERIOCCULAR SURGERY**
© 2004, Elsevier Inc. All rights reserved. ISBN 0-7216-8633-8
199. **Dainichi T, Ueda S, Furue M, Hashimoto T.**
By the grace of peeling: the brace function of the stratum corneum in the protection from photo-induced keratinocyte carcinogenesis.
Arch Dermatol Res 2008; 300(Suppl 1):S31-8.
200. **Abbas O, Mahalingam M.**
Epidermal stem cells: practical perspectives and potential uses.
Br J Dermatol 2009: on line
201. **Inoue K, Aoi N, Sato T, Yamauchi Y, Suga H, Eto H, et al.**
Differential expression of stem-cell-associated markers in human hair follicle epithelial cells.
Lab Invest 2009: on line.
202. **Won-Serk K, Byung-Soon P, Jong-Hyuk S.**
Protective role of adipose-derived stem cells and their soluble factors in photoaging.
Arch Dermatol 2009; 301(5):329-36.
203. **B. Dréno.**
Anatomie et physiologie de la peau et de ses annexes.
2009 Elsevier Masson SAS.
204. **MCCALMONT TH.**
A call for logic in the classification of adnexal neoplasms.
Am J Dermatopathol 1996 ; 18(éditorial)
205. **AGUILAR GL., EGBERT P.**
Eyelid tumors.
Curr OPIN ophtalmol 1992; 3; 3:333-340.

206. **KAHN JA ,DOANE JF., GROVE AS.**
Sebaceous and Meibomian carcinomas of the eyelid. Recognition ,diagnosis,and management. Ophthalmic Plast Reconst Surg,1991;7;1:61-66.
207. **TANENBAUM M., GROVE AS. , McCORD CD**
Eyelid tumors : diagnosis and management. WR eds Nunery (Ed.) Oculoplastic surgey. New York: RavenPress:1995;145-175.
208. **Saurat JH, Grosshans E, Laugier P, Lachapelle JM éd**
Tumeurs épithéliales annexielles malignes. Dermatologie et maladies sexuellement transmissibles. Paris : Masson, 1999 : 588-590
209. **REQUENAL, KIRKU HACKERMANAB.**
Neoplasmswith aporine differentiation. Philadelphia : Lippincott Raven, 1998 :1-1160
210. **PERIOLE B, GORGUET B, BAZEX J.**
Carcinome eccrine à stroma mucineux de laface. Ann Dermatol Vénéréol 1996 ; 123 : 569-571
211. **HERNANDEZ-PEREZ E, CESTONI-PARUCCI R.**
Nodular hidradenoma and hidradenocarcinoma. J Am Acad Dermatol 1985 ; 12 : 15-20
212. **WRIGHT JD, FONT RL.**
Mucinous sweat gland carcinoma of eyelid: a clinicopathologic study of 21 cases with histochemical and electron microscopy observations. Cancer 1979 ; 44 : 1757-1768
213. **WAXTEIN L, VEGA E, CORTES R, HOJYO T, DOMINGUEZ-SOTO L.**
Malignant nodular hidradenoma. Int J Dermatol1998;37 : 221-230
214. **Giacomel J, Lallas A, Argenziano G, Reggiani C, Piana S, Apalla Z, Ferrara G, Moscarella E, Longo C, Zalaudek I.**
Dermoscopy of basosquamous carcinoma. Br J Dermatol. 2013 Aug;169(2):358-64. [PubMed]
215. **Akay BN, Saral S, Heper AO, Erdem C, Rosendahl C. Basosquamous carcinoma: dermoscopic clues to diagnosis. J Dermatol. 2016 Aug 29;169(2):358-64. [PubMed]**

قسم الطب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف
والأحوال باذلة وسعي في إنقاذها 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،

للصالح والطالح، والصديق والعدو.

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

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أختاً 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

الأورام المتقدمة للجفون: المظهر الوبائي و الجراحة السرطانية و الترميمية.

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2018/04/23
من طرف

الآنسة : مريم الحسناوي

المزودة في 16 مارس 1992 أولاد عياد.

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

أورام - جفون - وبائيات - علاج - ترميم

اللجنة

الرئيسة

المشرف

الحكام

س. الطالب

أستاذة في الجراحة التقيومية و التجميلية .

ي. بنشمخة

أستاذ مبرز في الجراحة التقيومية و التجميلية

م.د. العمراني

أستاذ مبرز في الجراحة التقيومية و التجميلية

أ. فخري

أستاذ مبرز في علم التشريح المرضي.

السيدة

السيد

السيد

السيد