



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

Année 2022

Thèse N° 211

APPORT DE LA CHIRURGIE PLASTIQUE DANS LES TUMEURS MALIGNES EVOLUEES DES LEVRES

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 14/07/2022

PAR

Mlle. Fadwa ACHICH

Née Le 04 Mai 1996 à Goulmima

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS :

Lèvre - tumeurs malignes évoluées - chirurgie-curage ganglionnaire- reconstruction

JURY

Mr	S.AMAL	PRESIDENT
	Professeur de l'enseignement supérieur en Dermatologie	
Mr.	Y.BENCHAMKHA	RAPPORTEUR
	Professeur de l'enseignement supérieur en Chirurgie Réparatrice et Plastique	
Mr.	M.D.EL AMRANI	JUGE
	Professeur de l'enseignement supérieur en Anatomie	

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ
عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ
وَأَصْلِحْ لِي فِي ذُرِّيَّتِي ۗ إِنِّي تُبْتُ إِلَيْكَ وَإِنِّي
مِنَ الْمُسْلِمِينَ





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.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948





LISTE DES PROFESSEURS



**UNIVERSITE CADI AYYAD FACULTE DE
MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH**

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI

: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRARATION

Doyen : Pr Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la cooperation

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux affaires pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Vice doyen chargé de la Pharmacie

: Pr. Said ZOUHAIR

Secrétaire Général

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato-orthopédie	ELOMRANI Abdelhamid	Radiothérapie
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie-réanimation	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie-obstétrique	FAKHIR Bouchra	Gynécologie-obstétrique
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	FAKHRI Anass	Histologie-embryologie cytogénétique
ADALI Imane	Psychiatrie	FOURAJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ADMOU Brahim	Immunologie	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique	GHOUNDALE Omar	Urologie
AISSAOUI Younes	Anesthésie-réanimation	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	HAROU Karam	Gynécologie-obstétrique
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie-obstétrique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT SAB Imane	Pédiatrie	JALAL Hicham	Radiologie
ALJ Soumaya	Radiologie	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique

AMAL Said	Dermatologie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AMINE Mohamed	Epidemiologie clinique	KHATOURI Ali	Cardiologie
AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMRO Lamyae	Pneumo-phtisiologie	KISSANI Najib	Neurologie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	KRATI Khadija	Gastro-entérologie

ARSALANE Lamiae	Microbiologie–virologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie–obstétrique	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAKMICH Mohamed Amine	Urologie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
BASSIR Ahlam	Gynécologie–obstétrique	LOUHAB Nissrine	Neurologie
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie générale
BELKHOUS Ahlam	Rhumatologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato–orthopédie
BENALI Abdeslam	Psychiatrie	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie
BENELKHAIA BENOMAR Ridouan	Chirurgie générale	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENHIMA Mohamed Amine	Traumato–orthopédie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie– réanimation
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo–phtisiologie	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUFID Kamal	Urologie
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo–phtisiologie	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie–obstétrique	MSOUGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie–chimie	NAJEB Youssef	Traumato–orthopédie
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio– vasculaire	NARJIS Youssef	Chirurgie générale
BOURRAHOUE Aicha	Pédiatrie	NEJMI Hicham	Anesthésie– réanimation
BOURROUS Monir	Pédiatrie	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
BSISS Mohammed Aziz	Biophysique	OUBAHA Sofia	Physiologie
CHAFIK Rachid	Traumato–orthopédie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique

CHAKOUR Mohammed	Hématologie	QACIF Hassan	Médecine interne
CHELLAK Laila	Biochimie–chimie	QAMOUSS Youssef	Anésthésie–réanimation
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RADA Noureddine	Pédiatrie
DAHAMI Zakaria	Urologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
DAROUASSI Youssef	Oto–rhino–laryngologie	RAJI Abdelaziz	Oto–rhino–laryngologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	ROCHDI Youssef	Oto–rhino–laryngologie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anésthésie–réanimation	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anésthésie–réanimation
ELAMRANI Moulay Driss	Anatomie	SAMLANI Zouhour	Gastro–entérologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SARF Ismail	Urologie
EL BARNI Rachid	Chirurgie générale	SORAA Nabila	Microbiologie–virologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie–obstétrique
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	TAZI Mohamed Illias	Hématologie clinique
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	YOUNOUS Said	Anésthésie–réanimation
EL HAOURY Hanane	Traumato–orthopédie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie–virologie
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZIADI Amra	Anésthésie–réanimation
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZOUHAIR Said	Microbiologie
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZYANI Mohammad	Médecine interne
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDOU Abdessamad	Chirurgie Cardio- vasculaire	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie- embryologie- cytogénétique
ABIR Badreddine	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	JANAH Hicham	Pneumo-phtisiologie
ADARMOUCH Latifa	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	KADDOURI Said	Médecine interne
AIT BATAHAR Salma	Pneumo-phtisiologie	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
ALAOUI Hassan	Anésthésie-réanimation	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ALJALIL Abdelfattah	Oto-rhino-laryngologie	MARGAD Omar	Traumato-orthopédie
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation Fonctionnelle	MESSAOUDI Redouane	Ophtalmologie
ARSALANE Adil	Chirurgie thoracique	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-rhino- laryngologie
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BELBACHIR Anass	Anatomie pathologique	NADER Youssef	Traumato-orthopédie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie-réanimation	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie réparatrice et plastique
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	RHARRASSI Issam	Anatomie pathologique
CHRAA Mohamed	Physiologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio- vasculaire	SEDDIKI Rachid	Anésthésie- réanimation
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie-virologie	SERGHINI Issam	Anésthésie- réanimation
EL MEZOUARI El Mostafa	Parasitologie-mycologie	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
ESSADI Ismail	Oncologie médicale	ZARROUKI Youssef	Anésthésie- réanimation
GHAZI Mirieme	Rhumatologie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie thoracique
HAMMOUNE Nabil	Radiologie		

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
AABBASSI Bouchra	Psychiatrie	EL JADI Hamza	Endocrinologie et maladies métaboliques
ABALLA Najoua	Chirurgie pédiatrique	EL-QADIRY Rabiyy	Pédiatrie
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle	FASSI Fihri Mohamed jawad	Chirurgie générale
ABOUDOURIB Maryem	Dermatologie	FDIL Naima	Chimie de coordination bio-organique
ABOULMAKARIM Siham	Biochimie	FENANE Hicham	Chirurgie thoracique
ACHKOUN Abdessalam	Anatomie	GEBRATI Lhoucine	Chimie physique
AHBALA Tariq	Chirurgie générale	HAJHOUI Farouk	Neurochirurgie

AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	HAJJI Fouad	Urologie
AKKA Rachid	Gastro-entérologie	HAMRI Asma	Chirurgie Générale
AMINE Abdellah	Cardiologie	HAZIME Raja	Immunologie
ARROB Adil	Chirurgie réparatrice et plastique	IDALENE Malika	Maladies infectieuses
AZAMI Mohamed Amine	Anatomie pathologique	KHALLIKANE Said	Anesthésie-réanimation
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	LACHHAB Zineb	Pharmacognosie
AZIZI Mounia	Néphrologie	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie clinique
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	LAHMINI Widad	Pédiatrie
BABA Hicham	Chirurgie générale	LAMRANI HANCI Asmae	Microbiologie-virologie
BELARBI Marouane	Néphrologie	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	JALLAL Hamid	Cardiologie
BELGHMAIDI Sarah	Ophtalmologie	MAOUJOUR Omar	Néphrologie
BELLASRI Salah	Radiologie	MEFTAH Azzelarab	Endocrinologie et maladies métaboliques
BENAMEUR Yassir	Médecine nucléaire	MILOUDI Mouhcine	Microbiologie-virologie
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	MOUGUI Ahmed	Rhumatologie
BENCHAFAI Ilias	Oto- rhino- laryngologie	MOULINE Souhail	Microbiologie-virologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	NASSIH Houda	Pédiatrie
BENYASS Youssef	Traumatologie- orthopédie	OUEIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
BENZALIM Meriam	Radiologie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
BOUHAMIDI Ahmed	Dermatologie	RAGGABI Amine	Neurologie
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
CHAHBI Zakaria	Maladies infectieuses	REBAHI Houssam	Anesthésie-

			réanimation
CHEGGOUR Mouna	Biochimie	RHEZALI Manal	Anesthésie-réanimation
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	ROUKHSI Redouane	Radiologie
CHETTATI Mariam	Néphrologie	SAHRAOUI Houssam Eddine	Anesthésie-réanimation
DAMI Abdallah	Médecine légale	SALLAHI Hicham	Traumatologie-orthopédie
DARFAOUI Mouna	Radiothérapie	SAYAGH Sanae	Hématologie
DOUIREK Fouzia	Anesthésie réanimation	SBAAI Mohammed	Parasitologie-mycologie
DOULHOUSNE Hassan	Radiologie	SBAI Asma	Informatique
EL-AKHIRI Mohammed	Oto- rhino- laryngologie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
EL AMIRI Moulay Ahmed	Chimie de coordination bio-organique	SIRBOU Rachid	Médecine d'urgence et de catastrophe
ELATIQUI Oumkeltoum	Chirurgie réparatrice et plastique	SLIOUI Badr	Radiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	WARDA Karima	Microbiologie

AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	HAJJI Fouad	Urologie
AKKA Rachid	Gastro-entérologie	HAMRI Asma	Chirurgie Générale
AMINE Abdellah	Cardiologie	HAZIME Raja	Immunologie
ARROB Adil	Chirurgie réparatrice et plastique	IDALENE Malika	Maladies infectieuses
AZAMI Mohamed Amine	Anatomie pathologique	KHALLIKANE Said	Anesthésie-réanimation
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	LACHHAB Zineb	Pharmacognosie
AZIZI Mounia	Néphrologie	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie clinique
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	LAHMINI Widad	Pédiatrie
BABA Hicham	Chirurgie générale	LAMRANI HANCHI Asmae	Microbiologie- virologie
BELARBI Marouane	Néphrologie	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	JALLAL Hamid	Cardiologie
BELGHMAIDI Sarah	Ophtalmologie	MAOUJOUR Omar	Néphrologie
BELLASRI Salah	Radiologie	MEFTAH Azzelarab	Endocrinologie et maladies métaboliques
BENAMEUR Yassir	Médecine nucléaire	MILOUDI Mouhcine	Microbiologie-virologie
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	MOUGUI Ahmed	Rhumatologie

BENCHAFAI Ilias	Oto- rhino- laryngologie	MOULINE Souhail	Microbiologie-virologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	NASSIH Houda	Pédiatrie
BENYASS Youssef	Traumatologie- orthopédie	OUERIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
BENZALIM Meriam	Radiologie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
BOUHAMIDI Ahmed	Dermatologie	RAGGABI Amine	Neurologie
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
CHAHBI Zakaria	Maladies infectieuses	REBAHI Houssam	Anesthésie-réanimation
CHEGGOUR Mouna	Biochimie	RHEZALI Manal	Anesthésie-réanimation
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	ROUKHSI Redouane	Radiologie
CHETTATI Mariam	Néphrologie	SAHRAOUI Houssam Eddine	Anesthésie-réanimation
DAMI Abdallah	Médecine légale	SALLAHI Hicham	Traumatologie- orthopédie
DARFAOUI Mouna	Radiothérapie	SAYAGH Sanae	Hématologie
DOUIREK Fouzia	Anesthésie réanimation	SBAAI Mohammed	Parasitologie-mycologie
DOULHOUSNE Hassan	Radiologie	SBAI Asma	Informatique
EL-AKHIRI Mohammed	Oto- rhino- laryngologie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
EL AMIRI Moulay Ahmed	Chimie de coordination bio- organique	SIRBOU Rachid	Médecine d'urgence et de catastrophe
ELATIQUI Oumkeltoum	Chirurgie réparatrice et plastique	SLIOUI Badr	Radiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	WARDA Karima	Microbiologie

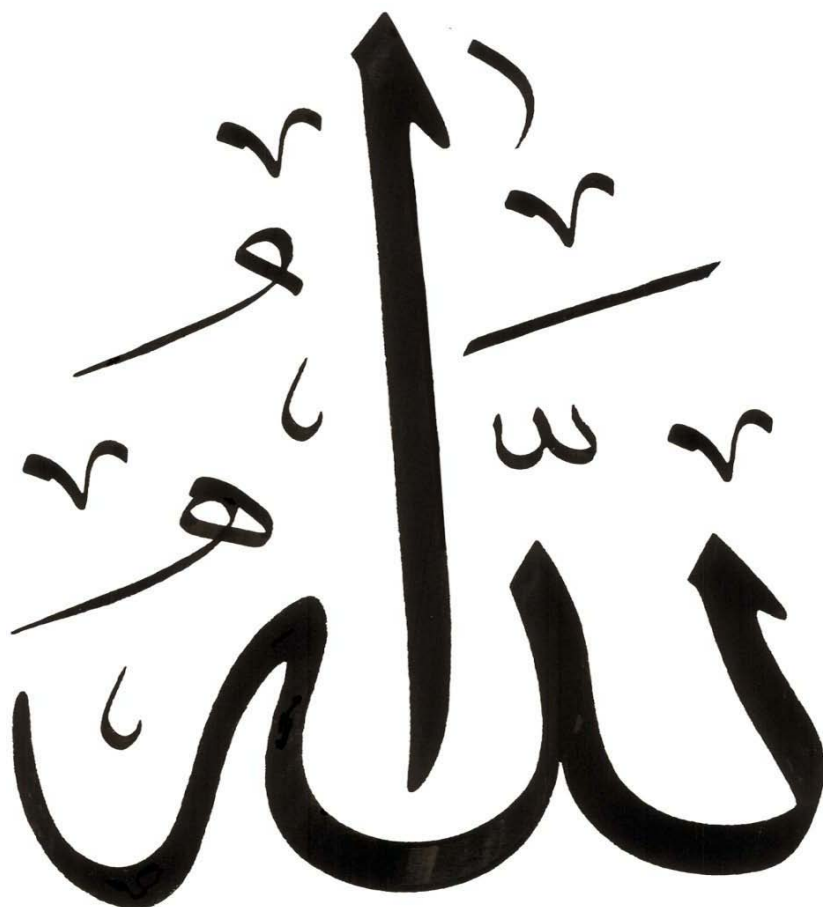
EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale	YAHYAOUI Hicham	Hématologie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	YANISSE Siham	Pharmacie galénique
EL GAMRANI Younes	Gastro-entérologie	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie-mycologie	ZIRAOUI Oualid	Chimie thérapeutique
ELJAMILI Mohammed	Cardiologie	ZOUIA Btissam	Radiologie
EL KHASSOUI Amine	Chirurgie pédiatrique	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio- vasculaire
ELOUARDI Youssef	Anesthésie-réanimation		

Liste arrêtée Le 03/03/2022



DÉDICACES





A ALLAH,

*Le Tout Puissant Qui m'a inspiré Et m'a guidée
dans le bon chemin Je Lui dois ce que je suis
devenue Louanges et remerciements Pour Sa
clémence et Sa miséricorde.*

Jedédiecettethèse...

A Ma maman chérie FATIMA KASMI,

Affable, honorable, aimable : Tu représentes pour moi le symbole de la bonté par excellence, la source de tendresse et l'exemple du dévouement qui n'a pas cessé de m'encourager et de prier pour moi. Ta prière et ta bénédiction m'ont été d'un grand secours pour mener à bien mes études. Aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer ce que tu mérites pour tous les sacrifices que tu n'as cessé de me donner depuis ma naissance, durant mon enfance et même à l'âge adulte. Tu as fait plus qu'une mère puisse faire pour que ses enfants suivent le bon chemin dans leur vie et leurs études. Je te dédie à mon tour cette thèse qui concrétise ton rêve le plus cher et qui n'est que le fruit de tes conseils et de tes encouragements. Puisse Dieu tout puissant te protéger du mal, te procurer longue vie, santé et bonheur afin que je puisse te rendre un minimum de ce que je te dois, je t'aime.

A Mon très cher papa LAHCEN ACHICH,

Aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, mon amour éternel et ma considération pour les sacrifices consentis pour mon instruction et mon bien être. Tu as été pour moi durant toute ma vie le père exemple, l'ami et le conseiller. Tes prières ont été pour moi d'un grand soutien au cours de ce long parcours. J'espère réaliser ce jour un de tes rêves et être digne de ton nom, ton éducation, ta confiance et des hautes valeurs que tu m'as inculqué. Que Dieu, tout puissant, te garde, te procure santé, bonheur et longue vie pour que tu demeures le flambeau illuminant de mon chemin, je t'aime.

*A Mes chères sœurs IMANE, FATIMA EZZAHRA, RAJAE et son
marî BRAHIM NACHAD,*

*Je ne peux exprimer à travers ces lignes tous mes sentiments
d'amour envers vous. Vous n'avez pas cessé de me soutenir et
m'encourager durant toutes les années de mes études. Vous avez
toujours été présentes à mes côtés pour me consoler quand il fallait.*

*Puisse l'amour et la fraternité nous unissent à jamais. Je vous
souhaite la réussite dans votre vie, avec tout le bonheur qu'il faut
pour vous combler, je vous aime.*

A la mémoire de Mes deux grands-pères maternels et paternels,

*Je vous dédie ce modeste travail en témoignage de mon grand
amour et ma profonde affection. Puissent vos âmes reposent en
paix Que Dieu, le tout puissant, vous recouvre de Sainte
Miséricorde.*

A Ma grande mère maternelle,

*Tu représentes pour moi le symbole de la bonté. Je te remercie
pour ton soutien, tes prières et ta bénédiction qui m'ont toujours
servi. Puisse Dieu, le tout puissant, te préserver et t'accorder santé et
longue vie.*

A Mes tantes et oncles, MOHAMED KASMI et sa femme BADIA EL BALGHITI, ABDELLAH KASMI et sa femme HASNA KASMI, MOULAY ALI KASMI et sa femme NAIMA KASMI, LATIFA KASMI et son mari HASSAN GHAJAOUI, HAMID KASMI et sa femme KAOUTAR KASMI, MARIAM KASMI et son mari MOSTAFA ZAGHOUD,

Autant de phrases et d'expressions aussi éloquentes soit-elles ne sauraient exprimer ma gratitude et ma reconnaissance. Vous avez su m'inculquer le sens de la responsabilité, de l'optimisme et de la confiance en soi face aux difficultés de la vie. Vos conseils ont toujours guidé mes pas vers la réussite. Votre compréhension et votre encouragement sont pour moi le soutien indispensable que vous avez toujours su m'apporter. J'espère toujours être à la hauteur de ce que vous attendez de moi, et ne jamais vous décevoir. Puisse DIEU le tout puissant vous donne santé, bonheur et longue vie afin que je puisse un jour vous rendre ne serait-ce qu'un peu de ce que vous avez fait pour nous. Je vous dédie ce travail en témoignage de l'amour et du respect.

A mes adorables cousins et cousines, IHSSANE, ASMA, ABDESSAMAD, SIMOHAMED, FATIMA ZAHRA, HIBA, AYOUB, AMIN, BADR, AJA, ALLAE EDDINE, SARA, AYMAN, YAHYA, ILYASS, ANAS,

Vous êtes pour moi des frères et sœurs et des amis. L'amour et la gentillesse dont vous m'avez entouré m'ont permis de surmonter les moments difficiles. Merci pour votre soutien. Que dieu vous aide à atteindre vos rêves et de réussir dans votre vie, je vous aime.

A toute la famille ACHICH et KASMI,

Vous m'avez soutenu et comblé tout au long de mon parcours. Que ce travail soit témoignage de mes sentiments les plus sincères et les plus affectueux. Puisse dieu vous procurer bonheur et prospérité.

A ma meilleure amie et ma sœur, IMANE AIT KHORSA,

Le destin nous a réunis au moment le plus improbable, et a soudé notre amitié. Dieu m'a fait cadeau au moment où je l'espérais le moins, d'une meilleure amie et d'une sœur. Tu as toujours été à mes côtés, dans les bons moments mais surtout dans les mauvais, me redonnant espoir en l'existence de personnes aussi pures, fidèles et aimantes que toi. Je te serai à jamais reconnaissante pour ton soutien, dans des moments où je pensais être seule face aux misères de la vie. Tu étais là, par tes paroles mais surtout par tes actes. Merci pour tout. Merci pour ta « patience », surtout en bas de chez moi. Merci de m'accepter comme je suis. Merci de faire de moi ta meilleure amie. De faire de moi ta sœur. Puisse dieu faire perdurer notre amitié, dans ce bas monde et même dans l'au-delà. Je t'aime.

*A Mes très très chères amies, KAOUTHAR ABOUELBAQUA,
SARA MENFALOUTI, KHAOULA AJBAR, AMINA DAHOU,
FATIMA ZAHRA CHARAF, SOUKAINA AIT BRAHIM,
KARIMA SAKAR, SAOUAB MOHAMADY,*

Vous êtes pour moi plus que des amies ! Je ne saurais trouver une expression témoignant de ma reconnaissance et des sentiments de fraternité que je vous porte.

Vous avez égayé toutes ces longues années de labeur, les fous rires, les voyages, les folies, les pleurs, les anxiétés. Sans vous, ce chemin aurait été sans goût.

*Je vous dédie ce travail en témoignage de ma grande affection.
Vous êtes les meilleures, je vous aime.*

A mes amis(es) et collègues,

*A tous les moments qu'on a passé ensemble, à tous nos souvenirs !
Je vous souhaite à tous longue vie pleine de bonheur et de
prospérité. Je vous dédie ce travail en témoignage de ma
reconnaissance et de mon respect. Merci pour tous les moments
formidables qu'on a partagés.*

*A notre chère Maître Professeur OumKeltoum ELATIQT,
Professeur de chirurgie réparatrice et plastique, ainsi que
Dr Mehdi MAHROUCH, qui ont effectué l'accompagnement
méthodologique de ce travail de thèse avec une patience et une
abnégation inégalées. Il m'est particulièrement agréable de vous
exprimer ma profonde gratitude et ma grande estime.*

*A mes maîtres de la Faculté de Médecine Et de Pharmacie de
Marrakech*

*A Tous ceux qui me sont chers et que j'ai involontairement omis de
citer*

*A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de
ce travail.*



REMERCIEMENTS



A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE, MONSIEUR
PROFESSEUR SAÏD AMAL
PROFESSEUR DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR, ET CHÉF DE
SERVICE DE DERMATOLOGIE A L'HÔPITAL MOHAMMED VI
DE MARRAKECH :

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de présider notre jury. Nous vous remercions de votre enseignement et nous vous sommes très reconnaissants de bien vouloir porter intérêt à ce travail. Nous avons bénéficié, au cours de nos études, de votre enseignement clair et précis. Votre gentillesse, vos qualités humaines, votre modestie n'ont rien d'égal que votre compétence. Veuillez trouver ici, Professeur, l'expression de nos sincères remerciements.

A NOTRE MAÎTRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE, MONSIEUR
PROFESSEUR YASSIN BENCHAMKHA
PROFESSEUR DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR, ET CHÉF DE
SERVICE DE CHIRURGIE RÉPARATRICE ET PLASTIQUE :

Nous vous remercions pour la gentillesse et la spontanéité avec lesquelles vous avez bien voulu diriger ce travail. Nous avons le grand plaisir de travailler sous votre direction, et avons trouvé auprès de vous le conseiller et le guide. Vous nous avez reçus en toute circonstance avec sympathie et bienveillance. Votre compétence, votre dynamisme, votre rigueur et vos qualités humaines et professionnelles ont suscité en nous une grande admiration et un profond respect. Nous voudrions être dignes de la confiance que vous nous avez accordée et vous prions, chère Maître, de trouver ici le témoignage de notre sincère reconnaissance et profonde gratitude.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE, MONSIEUR
PROFESSEUR MOLAY DRISS EL AMRANI
PROFESSEUR DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR EN
ANATOMIE :

Nous vous remercions de nous avoir honorés par votre présence. Nous vous remercions de votre enseignement et nous vous sommes très reconnaissants de bien vouloir porter intérêt à ce travail. Vous avez accepté aimablement de juger cette thèse. Cet honneur nous touche infiniment et nous tenons à vous exprimer notre profonde reconnaissance. Veuillez accepter, cher maître, dans ce travail, l'assurance de notre estime et notre profond respect.



ABRÉVIATIONS



LISTE DES ABRÉVIATIONS :

ADP	: adénopathies
Gy	: Gray
IRM	: imagerie par résonance magnétique
PDS	: perte de substance
ORL	: oto-rhino-laryngologie
TDM	: tomodensitométrie
TDM TAP	: tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne
UICC	: union internationale contre le cancer
VADS	: voies aéro-digestives supérieures
CBC	: carcinome basocellulaire
CE	: carcinome épidermoïde
CSC	: carcinome spinocellulaire
XP	: xéoderma pigmentosum
SNG	: sillon nasogénien
HTA	: hypertension
BPCO	: bronchopneumopathie chronique obstructive
CPA	: concertation pré-anesthésique



PLAN

INTRODUCTION

MATERIELS ET METHODES

I. Matériels :	5
II. Méthodes :	5

RESULTATS

I. Le profil épidémiologique	8
II. Le profil clinique	18
III.Le profil paraclinique.....	26
IV.La classification TNM	28
V. Le profil thérapeutique.....	30
VI.L'évolution	44

DISCUSSION

Rappels :	56
I.Anatomie des lèvres	56
II.Histologie des lèvres	65
III.Anatomopathologie :	Erreur ! Signet non défini.
IV.Le rôle physiologique des lèvres :	72
Discussion	72
I. Le profil épidémiologie :	73
II. Le profil clinique :	84
III.Le profil paraclinique :	90
IV.La classification TNM :	94
V.Le profil thérapeutique :	97
VI.L'évolution :	139
VII.La prévention :	149

LIMITES ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION
RESUMES
ANNEXES
BIBLIOGRAPHIE



INTRODUCTION



Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

Les lèvres sont les parties charnues de la face qui constituent la cloison antérieure des voies aérodigestives, caractérisées par une complexité fonctionnelle et un dynamisme constant.

De nombreuses tumeurs malignes peuvent occasionnellement affecter les lèvres, la plus fréquente (plus de 90 % des cas) est le carcinome épidermoïde (ou épithélioma spinocellulaire), dont la localisation est typiquement labiale inférieure (1).

Ces tumeurs, en raison de leur emplacement, sont d'accès facile à la vue et doivent être dépistées à un stade précoce, leur diagnostic repose sur la clinique et l'anatomopathologie. Malheureusement dans notre contexte au Maroc, les patients ne viennent consulter qu'au stade évolué des tumeurs.

La définition d'une tumeur évoluée est problématique. Cette problématique vient du caractère multifactoriel, incriminant l'étendue en surface et en profondeur de la tumeur, ainsi que l'étendue de la perte de substance qu'elle engendrera et les structures qui seront sacrifiées. La difficulté de la définition vient aussi du caractère subjectif et de la grande part de l'évaluation personnelle du chirurgien. C'est l'expertise clinique du chirurgien qui voit le patient pour la première fois ou qui le suit dans un contexte pathologique connu, qui va déterminer par sa propre compétence ou sensibilité, le caractère évolué de la lésion.

Les tumeurs évoluées des lèvres constituent un vrai défi à la chirurgie réparatrice ; puisque l'exérèse chez ces patients sera étalée en profondeur et en largeur laissant de grandes pertes de substances difficilement accessibles à la reconstruction, malgré les différents procédés développés largement dans la prise en charge réparatrice. Cette reconstruction doit tenir compte à la fois du préjudice fonctionnel et esthétique.

Notre travail a pour but à travers une étude rétrospective et prospective, analytique et descriptive de :

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

- Dresser une approche épidémiologique, clinique et thérapeutique des tumeurs malignes évoluées des lèvres
- Discuter les moyens de chirurgie réparatrice des PDS des lèvres, leurs indications et leurs résultats.
- Soulever la survie, le résultat fonctionnel et esthétique des malades dans notre contexte.



PATIENTS ET MÉTHODES

I. Matériels :

Il s'agit d'une étude prospective et rétrospective portant sur l'analyse des cas de tumeurs malignes évoluées des lèvres, hospitalisés et opérées dans le service de chirurgie plastique, esthétique, et reconstructrice au centre hospitalier universitaire Mohamed VI, entre Janvier 2012 et Mars 2022.

Les critères d'inclusion des patients étaient :

- Les tumeurs malignes des lèvres confirmées histologiquement
- Caractère évolué de la tumeur
- Dossiers exploitables.

Les critères d'exclusion étaient :

- Les tumeurs malignes des lèvres non évoluées
- Dossiers inexploitables.

II. Méthodes :

1. Collecte des données :

Le recueil des données a été réalisé pour chaque patient à partir des dossiers médicaux archivés dans le service de chirurgie plastique et le service d'Oncologie au Centre Hospitalier Universitaire Mohamed VI, et des consultations de suivi postopératoire. Ces informations sont recueillies selon une fiche d'exploitation établie au préalable (**annexe 1**).

2. Variables étudiées :

Pour chaque dossier les données analysées portaient sur :

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

- Les données épidémiologiques : l'âge, le sexe, l'origine géographique, la profession, le phototype, les antécédents personnels et familiaux, les facteurs de risques.
- Les données cliniques : l'examen de la tumeur précisant ses caractères, l'examen locorégional et des aires ganglionnaires, l'examen ORL spécialisé et somatique complet.
- Les données paracliniques : l'étude anatomopathologique de la biopsie et des pièces d'exérèse, les bilans radiologiques, bilan préopératoire standard avec complément par des explorations plus spécifiques en cas d'indication.
- Les données thérapeutiques : le timing, les marges d'exérèse, le curage ganglionnaire, la reconstruction, l'éventuelle reprise chirurgicale, et les gestes associés ainsi que les éventuels traitements complémentaires.
- Et enfin le suivi des patients : Complications postopératoires, récurrences locales et le recul. Les photographies pré et postopératoires de la tumeur ont été prises systématiquement.

3. Analyse statistique des données :

Nous avons utilisé le logiciel Microsoft Excel pour la confection de la base des données, pour le traitement des données et pour l'élaboration des graphiques.



RÉSULTATS



I. Le profil épidémiologique

1. Le nombre total des malades :

Sur une période de 10 ans et 3 mois, du Janvier 2012 au Mars 2022, nous avons colligé 30 tumeurs malignes évoluées des lèvres.

2. La répartition selon les années :

De 2012 à Mars 2022, 30 cas de cancers évolués des lèvres ont été diagnostiqués, opérés et suivis dans notre formation, soit une moyenne de 3 tumeurs par an avec :

- un pic de 6 tumeurs retrouvé au cours de l'année 2020.
- un minimum de cas en 2012, 2013 et 2022 avec un seul malade (**Figure 1**).

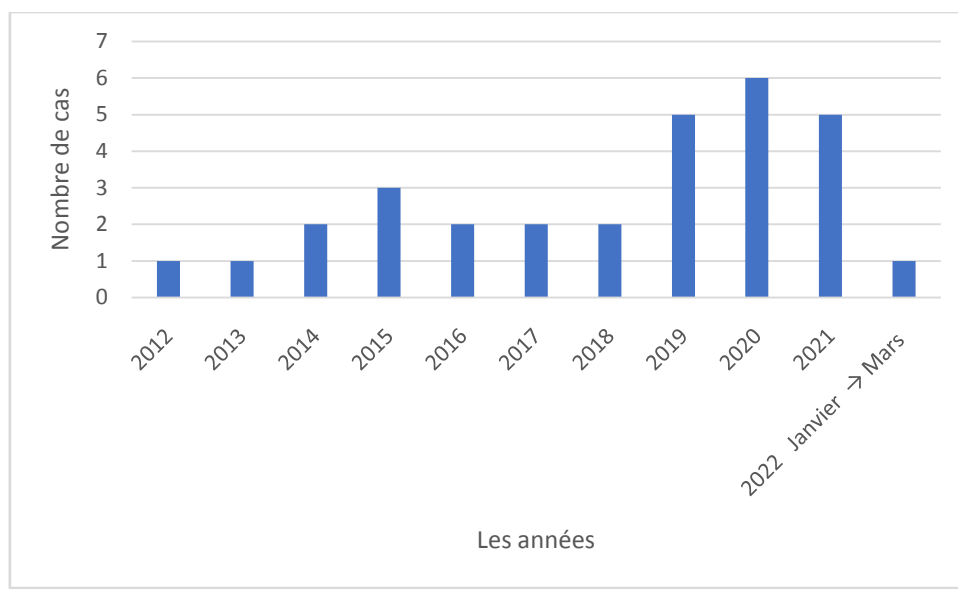


Figure 1 : Répartition du nombre des patients selon les années.

3. La répartition selon l'âge :

- La moyenne d'âge au moment de découverte de la tumeur était de 58 ans avec des extrêmes allant de 12 ans à 82 ans, et une concentration des cas (70%) dans la tranche d'âge 50 - 75 ans (**Figure 2**).
- La 6^{ème} décennie représentait le plus fort contingent avec 9 cas soit 30%.

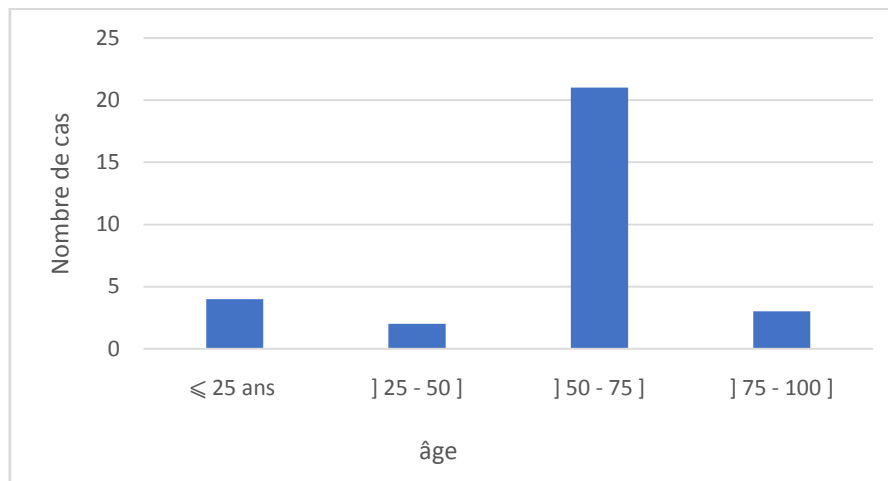


Figure 2 : La répartition des malades selon les tranches d'âge.

4. La répartition selon le sexe :

Notre série regroupait 30 patients, dont 24 hommes et 6 femmes avec un sexe ratio H/F= 4 donc une nette prédominance masculine.

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

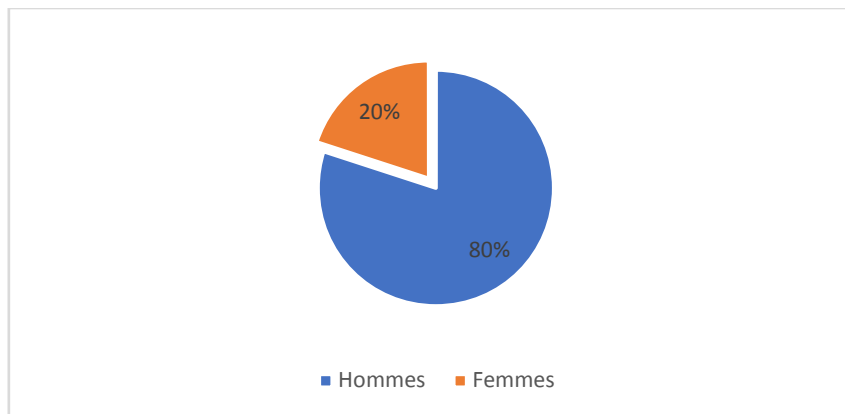


Figure 3 : La répartition des malades selon le sexe.

5. La répartition selon l'origine géographique :

Dans notre série, 36,6% des patients provenaient de Chichaoua et Marrakech.

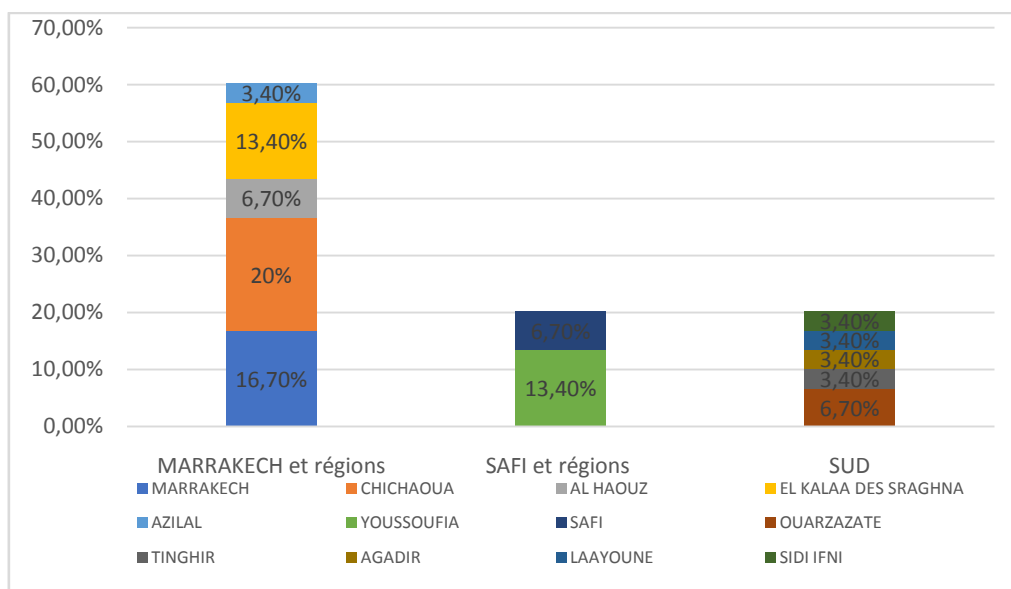


Figure 4 : La répartition des malades selon l'origine géographique.

6. La répartition selon la profession :

Dans notre série :

- 61,5% des patients inclus travaillaient dans le domaine d'agriculture.
- 23% sans profession, dont la totalité des femmes.

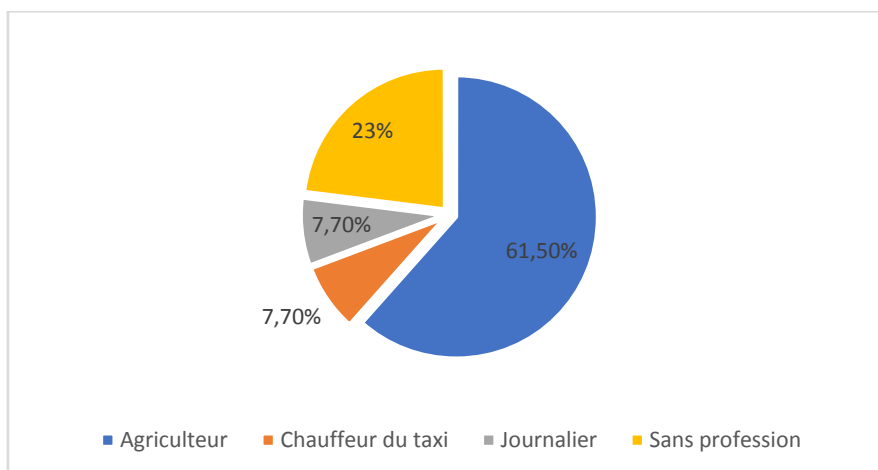


Figure 5 : La répartition des patients selon leur profession.

7. Les antécédents :

a. Les facteurs de risque :

+ Le phototype :

Le phototype IV était le plus prédominant dans notre série avec 21 cas soit 70%, suivi du phototype III dans 20% des cas.

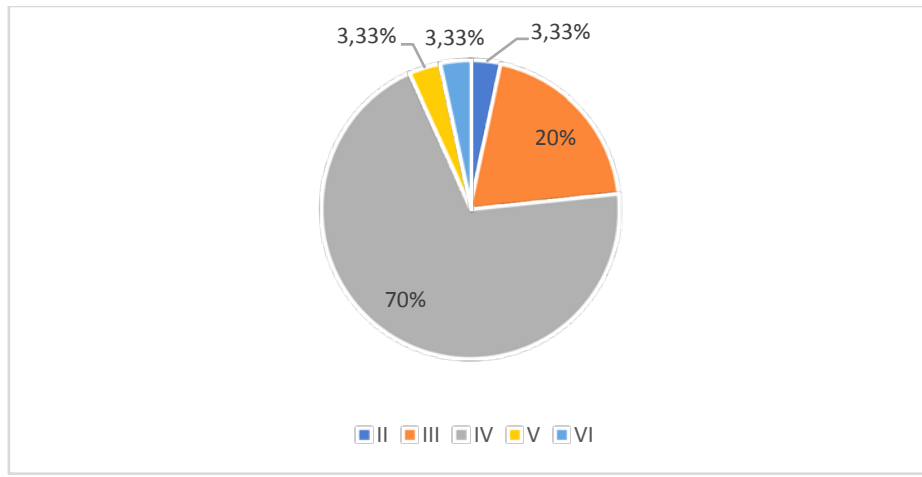


Figure 6 : La répartition des patients en fonction du phototype.

✚ 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 était retrouvée de façon importante chez 73,4% de nos patients liée à l'activité professionnelle exercée en plein air (**Figure7**).

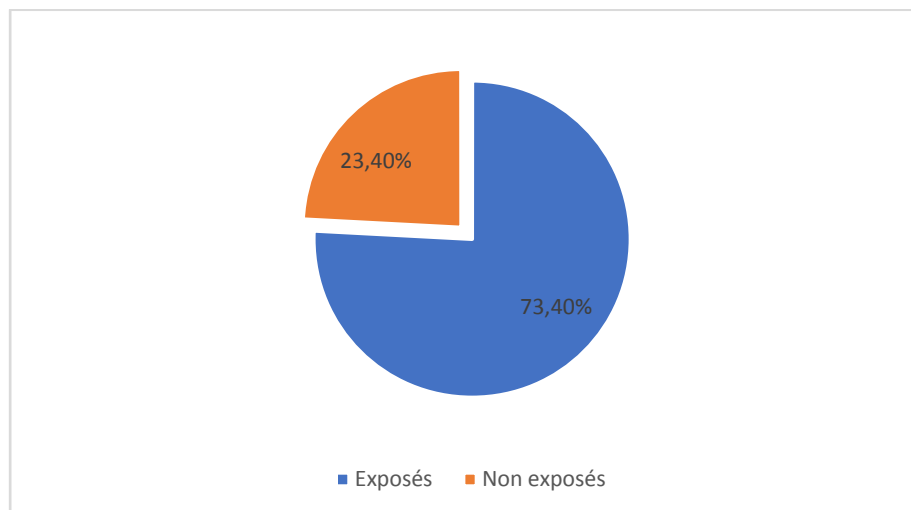


Figure 7 : La répartition des patients selon la photo-exposition.

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

✚ Les antécédents toxiques :

La toxicomanie a été notée chez 60% des patients de notre série.

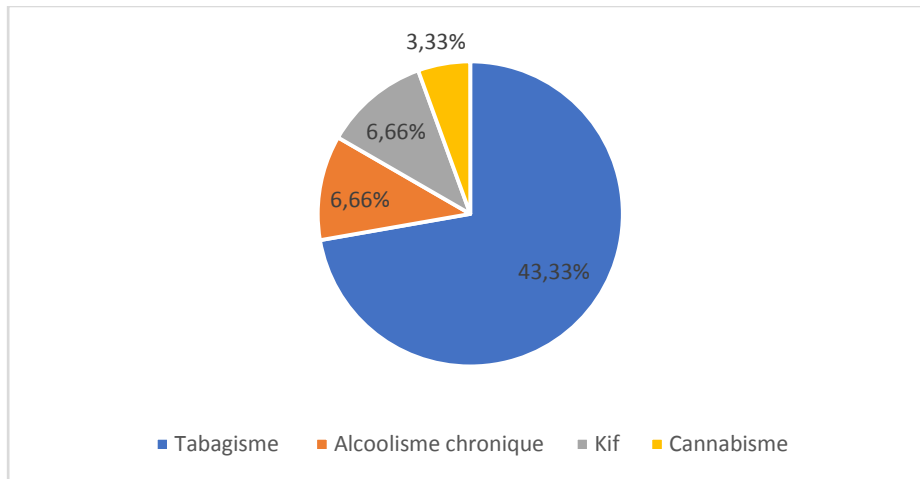


Figure 8 : La toxicomanie dans notre série.

✚ Mauvais état bucco-dentaire :

Le mauvais état bucco-dentaire a été noté chez 24 patients sous forme de caries dentaires et de parodontopathies (Figure 10).

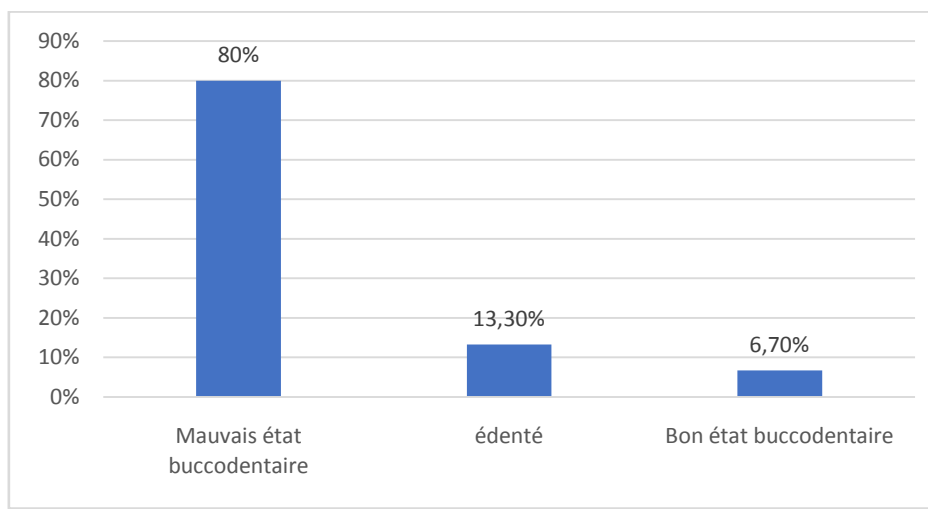


Figure 9 : L'état bucco-dentaire des patients de notre série.



Figure 10 : L'état bucco-dentaire d'une patiente de notre série.

✚ **Les états précancéreux :**

Les cancers sur des lésions préexistantes sont survenus dans 7 cas soit 23,4%. Il s'agissait d'une génodermatose à type de xeroderma pigmentosum chez 4 patients (Figure12), 2 patients avaient un lupus érythémateux chronique (Figure13), et une lésion pigmentée chez une patiente.

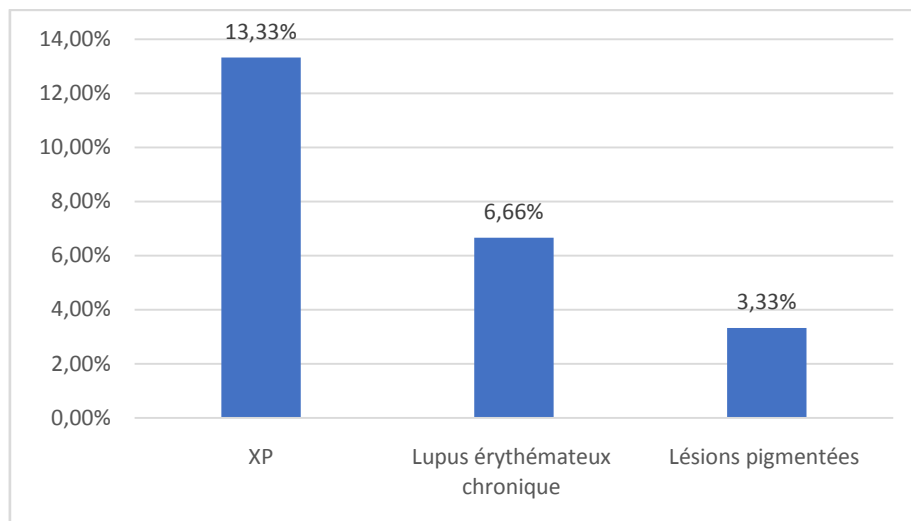


Figure 11 : Les lésions précancéreuses de nos patients.



Figure 12 : Patient de notre série suivi pour XP ayant une tumeur de la lèvre inférieure.



Figure 13 : Patiente de notre série présentant une tumeur de la lèvre supérieure sur lupus érythémateux chronique.

b. Les antécédents carcinologiques:

- 6 patients avaient des antécédents personnels de cancer cutané.
- 4 avaient des récurrences de tumeurs des lèvres : **(Figure14)**
 - Récidive 1 mois après une biopsie exérèse et suture en W d'une tumeur de la lèvre inférieure, évoluant depuis 2 ans, chez un malade suivi pour XP. Les limites latérales étaient lésionnelles.
 - Récidive 3 ans après une exérèse et suture directe de la perte de substance d'une tumeur médio-labiale supérieure chez un patient ayant XP.
 - Récidive d'une tumeur de la lèvre inférieure après exérèse et reconstruction par double lambeau de Karapandzic, avec curage ganglionnaire fonctionnel bilatéral, dans une autre structure sanitaire. La tumeur a été classée pT2N0M0, et les limites postérieures étaient lésionnelles.
 - Récidive 16 ans après l'exérèse d'une tumeur de la lèvre supérieure.

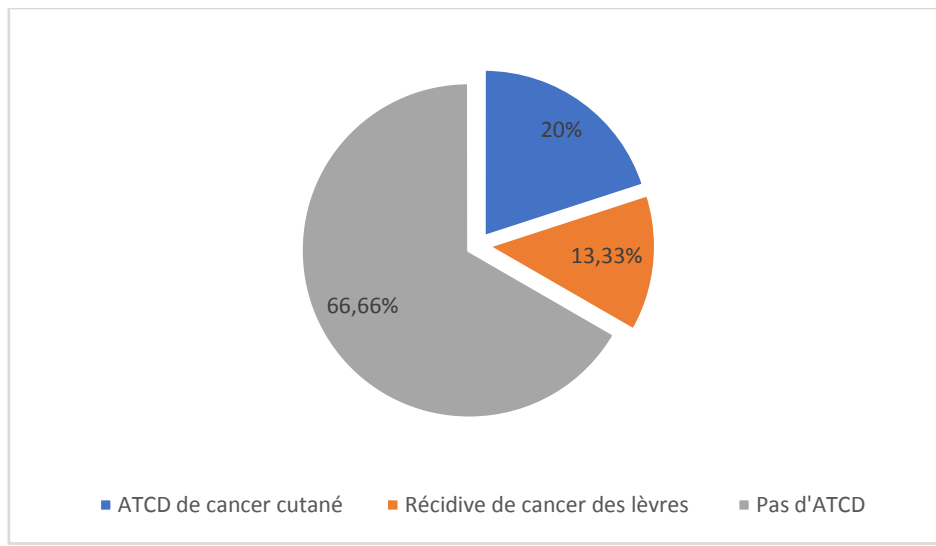


Figure 14 : Les antécédents carcinologiques de nos patients.

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

c. Les autres tares associées :

- Quatre patients étaient suivis pour HTA.
- Deux patients étaient diabétiques.
- Un patient connu porteur d'une cardiopathie, et découverte d'un foramen oval perméable chez un autre patient lors de l'hospitalisation.
- Un malade était suivi pour BPCO, et un autre pour goitre multinodulaire (Figure15).

Ils ont tous bénéficié d'un avis spécialisé avant la prise en charge chirurgicale.

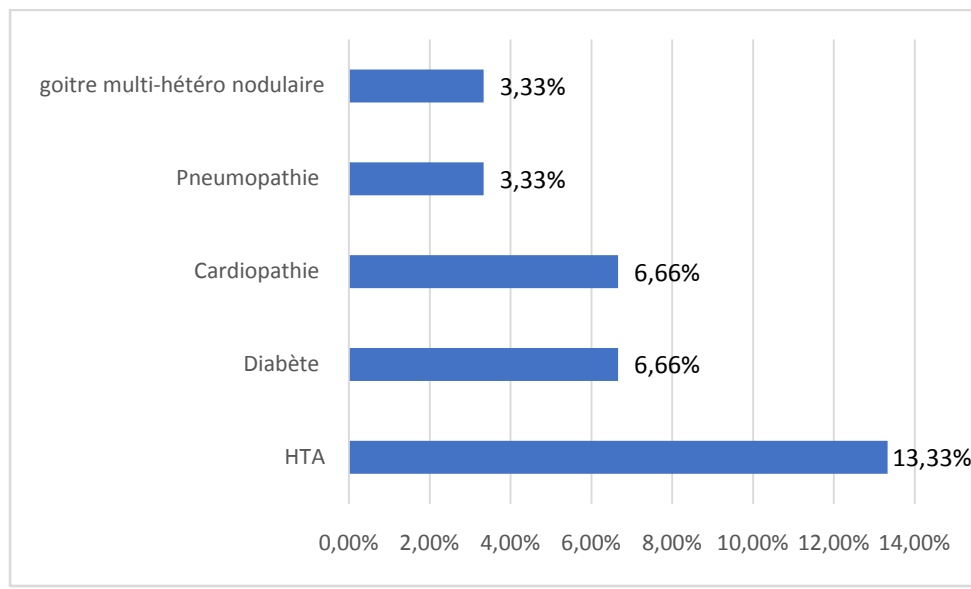


Figure 15 : Les différentes tares associées de nos patients.

d. Les cas similaires dans la famille :

Un seul des patients recrutés avait un cousin atteint de xéroderma pigmentosum avec des antécédents de cancers cutanés.

II. Le profil clinique

1. Délai de consultation :

Le délai entre l'apparition de la lésion tumorale et la consultation était compris entre 3 mois et 4 ans avec une médiane de 18 mois, sauf pour deux patientes qui ont consulté après 10 ans d'évolution.

- 2 patients ont consulté avant 3 mois
- 5 patients ont consulté entre 3 mois et 6 mois.
- 23 patients ont consulté après 6 mois

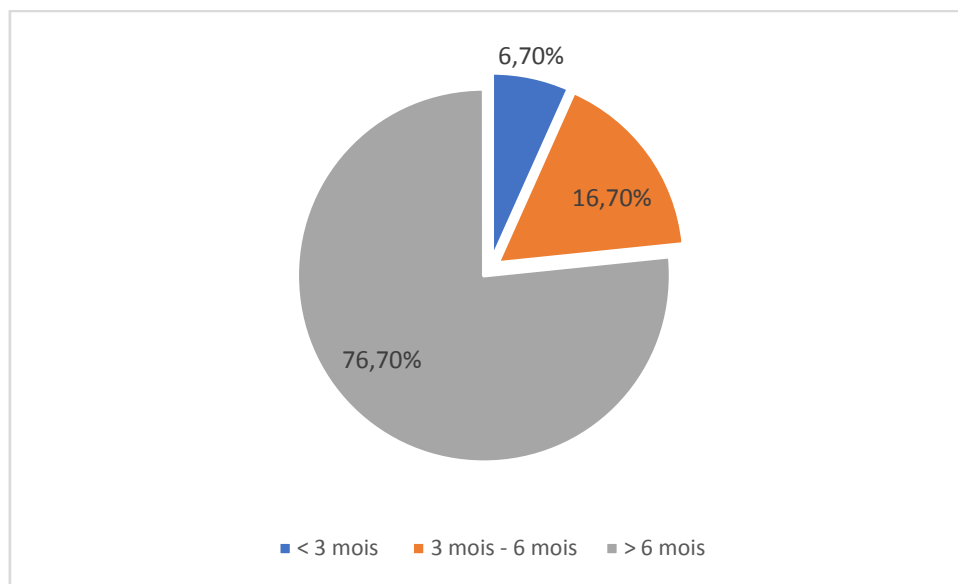


Figure 16 : Délai de consultation des patients.

2. Motif de consultation :

Tableau 1 : Motifs de consultation des malades.

Motifs de consultation	Nombre de cas
Tuméfaction	26
Ulcération	20
Saignement	15
Douleur	16
Issu du pus	4
Prurit	2
Echec du traitement médical et/ou traditionnel	11

3. L'examen clinique :

3.1. La tumeur :

a. Le siège de départ tumoral :

La localisation au niveau de la lèvre inférieure était la présentation la plus fréquente des tumeurs des lèvres dans notre série (53,4% des cas), suivie par la localisation au niveau de la lèvre supérieure (43,4% des cas), et par la localisation commissurale (3,4% des cas).

Tableau 2 : Siège de la tumeur.

Siège	Lèvre supérieure	Lèvre inférieure	commissure	Total
Nombres de cas	13	16	1	30



Figure 17 : Tumeur jugo-labiale transfixiante.

b. L'aspect macroscopique :

L'aspect macroscopique était dominé par les lésions ulcérobourgeonnantes dans 21 cas (**Figure 18**), suivies par les lésions bourgeonnantes dans 5 cas et enfin les lésions ulcérées chez 4 patients.

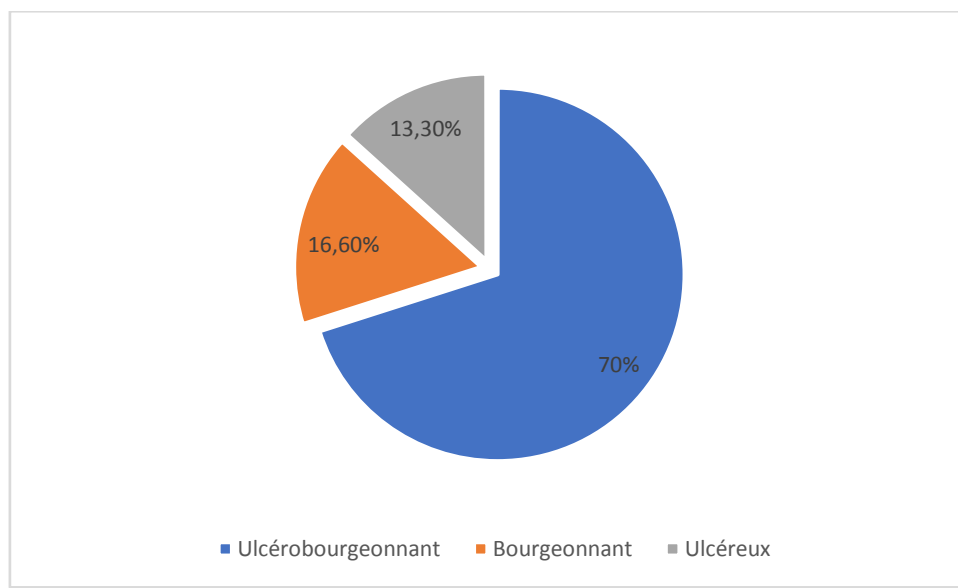


Figure 18 : L'aspect macroscopique des tumeurs de nos patients.



Figure 19 : Aspect ulcéro-bourgeonnant d'une tumeur de notre série.

c. La taille de la tumeur :

Dans notre étude, 50% des lésions tumorales étaient étendues aux structures de voisinage. La taille variait de 3 à 10 cm (Figure 20), avec une médiane de 4,2 cm.

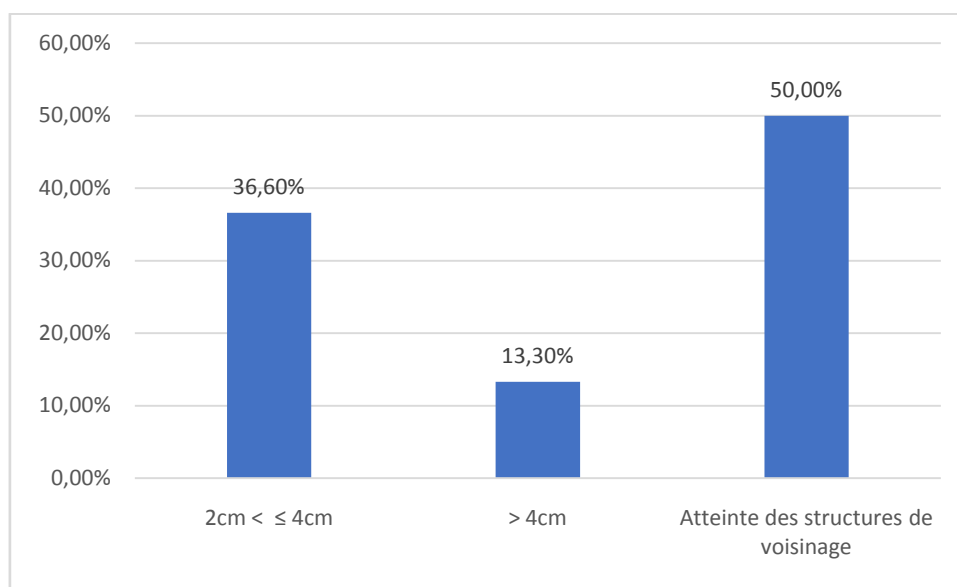


Figure 20: La taille des tumeurs dans notre série.



Figure 21 : Tumeur de 10 cm d'étendue chez un malade de notre série.

d. La mobilité de la tumeur :

80% des tumeurs de nos patients étaient fixes par rapport au plan profond.

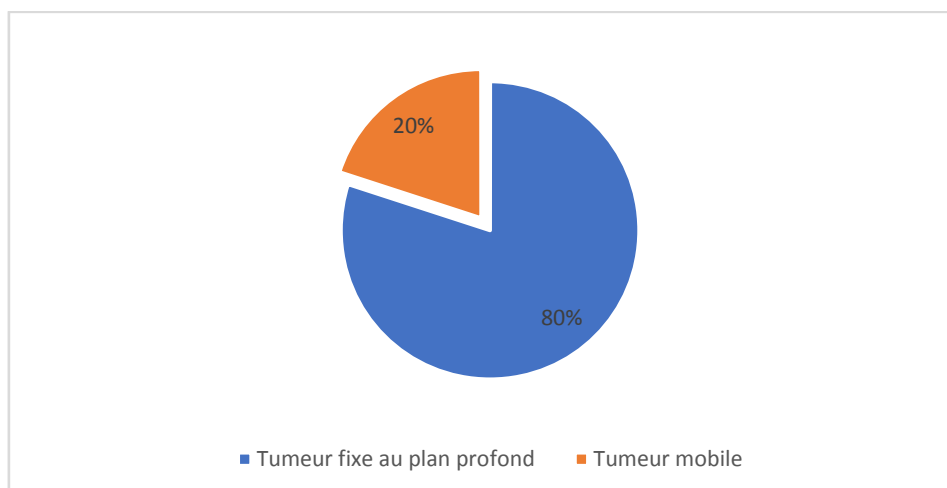


Figure 22: La mobilité des tumeurs de nos patients.

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

3.2. La sphère ORL :

Un avis spécialisé ORL était nécessaire chez les patients de notre série pour la recherche d'une extension locorégionale ainsi qu'une 2^{ème} localisation tumorale.

L'examen clinique de la sphère ORL dans notre série a objectivé une infiltration endobuccale chez trois patients, et une infiltration des fosses nasales chez deux malades.

3.3. L'extension tumorale :

a. Locale :

Tableau 3 : L'extension locale des tumeurs.

Structures de voisinage envahis	Nombre de cas
Lèvre opposée	7
La joue	7
L'aile de nez	7
Le menton	5
SNG	2
La mandibule	1



Figure 23 : Tumeur de la lèvre supérieure étendue à la lèvre opposée, la joue et l'aile du nez.

b. Régionale :

Lors de cette étude 10 patients atteints de carcinome épidermoïde avaient présenté des adénopathies cervicales cliniquement palpables, 6 avaient des adénopathies homolatérales et 4 cas avaient des adénopathies controlatérales.

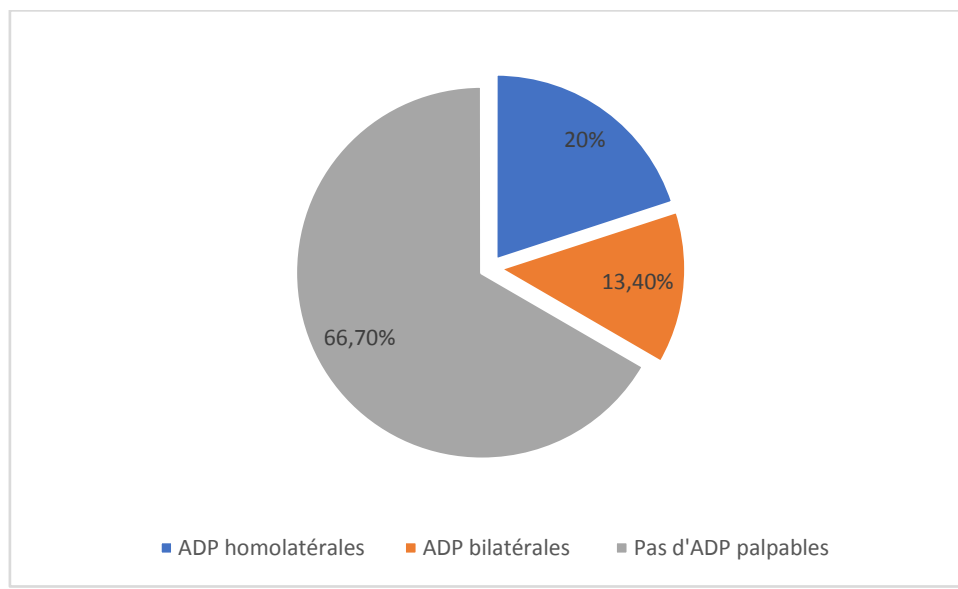


Figure 24 : L'extension ganglionnaire clinique chez nos patients.

c. A distance :

L'examen somatique de nos malades n'a trouvé aucun signe clinique évoquant une métastase à distance.

3.4. Les autres lésions tumorales associées :

Le reste de l'examen clinique a révélé d'autres localisations tumorales chez 6 patients soit 20% des cas, dont 4 sont suivis pour xéroderma pigmentosum :

Tableau 4 : les différentes lésions tumorales associées.

Localisation	Nez	Paupière	Canthus	Scalp	Oreille	Sourcil	Front
Nombre de cas	3	2	2	1	1	1	1

3.5. L'état général des patients :

76% des patients de notre série étaient en bon état général, tandis ce que 13,4% des cas ont présenté une altération de l'état général.

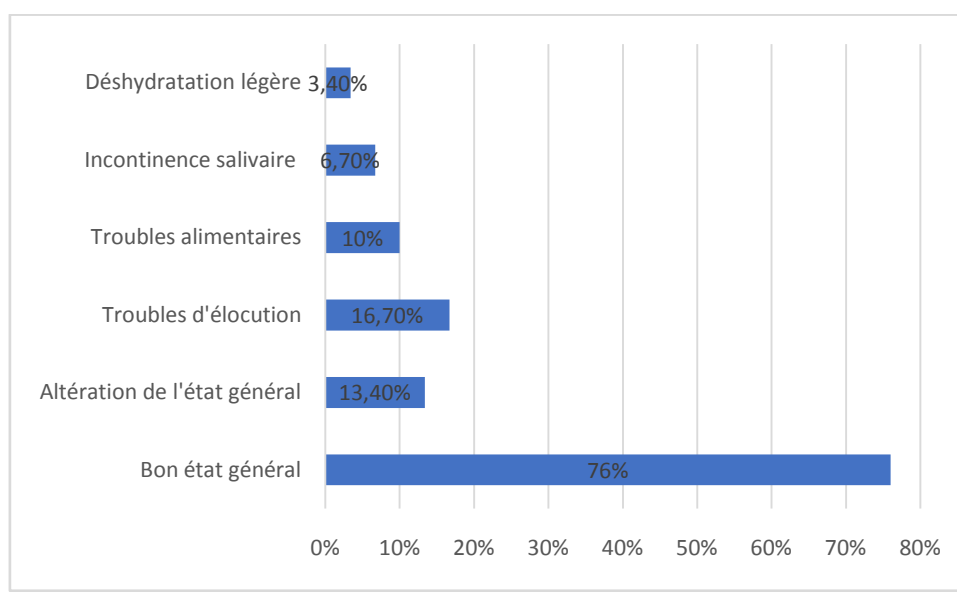


Figure 25 : l'état général des patients inclus dans l'étude.

III. Le profil paraclinique

1. La biopsie-diagnostique :

Tous nos patients avaient bénéficié d'une biopsie diagnostique préalable à l'exérèse carcinologique. Cette biopsie diagnostique avait révélé :

- Carcinome épidermoïde (CSC) : (23 cas) 76,6%.
- Carcinome basocellulaire (CBC) : (7 cas) 23,3%.

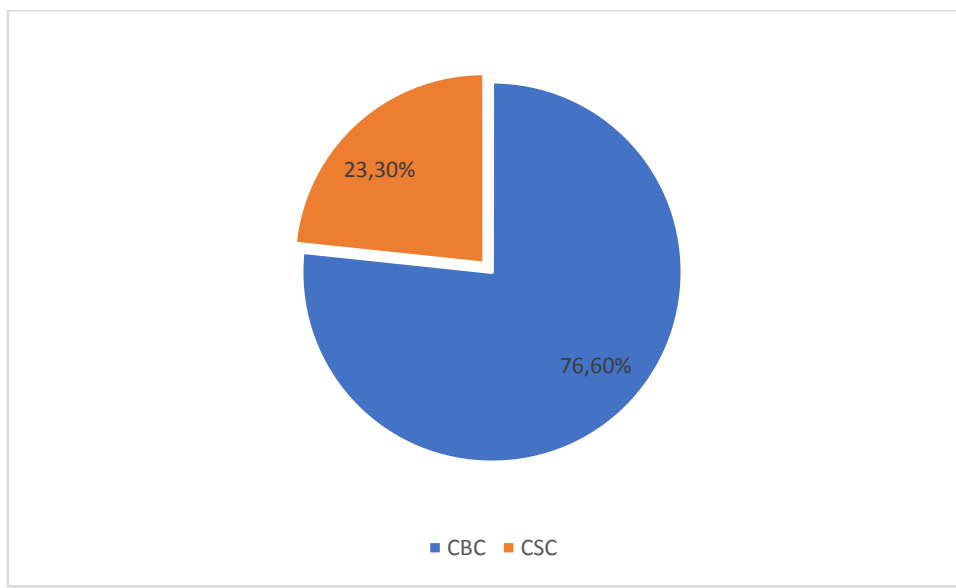


Figure 26 : La répartition des lésions selon le type histologique.

L'étude histologique avait confirmé la présence en majorité de cinq cas de CBC infiltrants, un cas sclérodermiforme, et un autre nodulaire avec invasion périnerveuse associée.

En revanche, les carcinomes épidermoïdes étaient infiltrants dans 15 cas, bien différencié dans 12 cas et moyennement différenciés dans 9 cas et peu différencié chez deux malades, avec une invasion périnerveuse associée à la présence d'embolies vasculaires chez un patient.

2. Bilan d'extension paraclinique :

Le bilan paraclinique fait à la recherche d'un envahissement local, locorégional et de métastase à distance était :

2.1. Echographie cervicale :

Elle a été réalisée chez 16 patients présentant un carcinome épidermoïde, elle a permis de confirmer la présence d'adénopathies cervicales chez 12 patients.

2.2. TDM cervico-faciale :

La TDM cervico-faciale a été effectué chez 16 patients de notre série, elle a permis de confirmer une extension ganglionnaire chez 11 malades, une infiltration des structures sous cutanées adjacentes chez 10 patients, une lyse osseuse dans 6 cas (**Figure 27 et 28**), et un envahissement des autres unités faciales dans 5 cas.

2.3. IRM cervico-faciale :

Réalisée chez deux malades, elle a permis de confirmer une lyse osseuse, avec perte du liséré graisseux de séparation au contact de la base de la langue chez un patient, ainsi qu'un envahissement ganglionnaire chez le second malade.

2.4. Radiographie thoracique :

Elle a été réalisée chez tous nos patients et n'a pas montré de localisation secondaire.

2.5. Echographie abdominale :

Trois patients de notre série ont bénéficié d'une échographie abdominale ne révélant pas de métastase à distance.

2.6. TDM thoraco-abdomino-pelvienne :

Elle a été réalisée chez 23 patients, ne montrant pas de localisation secondaire.

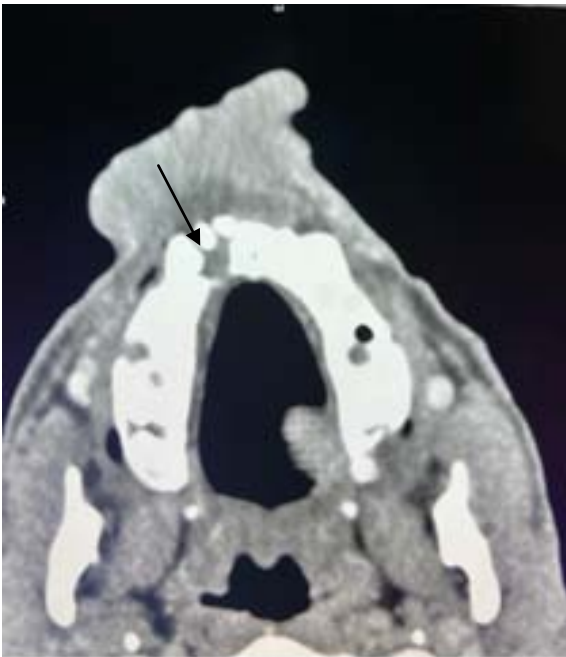


Figure 27 : TDM faciale d'une tumeur de la lèvre supérieure chez un patient de notre série révélant une lyse du maxillaire supérieur.



Figure 28 : TDM cervico-faciale montrant une ostéolyse élargie de la mandibule et de l'os alvéolaire d'une tumeur étendue de la lèvre inférieure dans notre série.

IV. La classification TNM

Au terme du bilan clinique et paraclinique, la tumeur a été classée selon la classification TNM de l'Union Internationale Contre le Cancer L' UICC de 2018 et nous a permis de dresser les tableaux ci-dessous (Tableau 5, 6 et 7).

1. La tumeur :

Tableau 5 : La classification TNM de la tumeur.

Taille de la tumeur	Nombre de cas
T1	0
T2	11
T3	4
T4	15
Total	30

2. Les adénopathies :

Chez les 23 malades ayant le carcinome épidermoïde.

Tableau 6 : L'extension ganglionnaire chez nos patients.

Adénopathies	Nombre de cas
N0	9
N1	1
N2a	-
N2b	6
N2c	7
N3	-

3. Les métastases :

L'ensemble de nos patients était classé M0.

Tableau 7 : La classification TNM des carcinomes épidermoïdes.

	N0	N1	N2a	N2b	N2c	N3
T1	-	-	-	-	-	-
T2	5	-	-	3	-	-
T3	1	1	-	-	2	-
T4	3	-	-	3	5	-

V. Le profil thérapeutique

1. Pré-opératoire :

1.1. Traitement médical :

Tous nos patients ont reçu des soins locaux, des antiseptiques buccaux, un traitement antalgique. L'antibiothérapie en préopératoire a été préconisée dans les tumeurs ulcérées, vastes et surinfectées, elle a consisté en une mono-antibiothérapie basée sur l'association amoxicilline-acide clavulanique.

1.2. Bilan pré-thérapeutique :

a. Clinique :

L'examen général apprécie l'état général du sujet et recherche des contre-indications à l'anesthésie générale (tares cardio-pulmonaires, sénilité).

b. Biologique :

Les examens biologiques habituels étaient systématiquement demandés à titre de bilan préopératoire à savoir :

- Hémogramme
- Bilan d'hémostase
- Groupage, rhésus
- Urée, créatininémie
- Glycémie à jeun

c. Radiologique :

Pour évaluer l'opérabilité de nos patients, on demandait systématiquement une radiographie thoracique ainsi qu'un électrocardiogramme chez les patients âgés, un complément par échographie cardiaque était jugé nécessaire chez 8 patients de notre série.

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

1.3. Consultation pré anesthésique :

Une consultation pré-anesthésique a été faite de façon systématique chez l'ensemble des malades.

1.4. Modes d'anesthésie :

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

La pluparts de nos patients ont été intubés par voie oro-trachéale, et seulement deux patients ont bénéficié d'une intubation naso-trachéale.

2. Chirurgie :

Le traitement chirurgical comportait un geste local et un geste ganglionnaire.

2.1. L'exérèse tumorale :

Le geste chirurgical sur la tumeur a pris en considération la taille de la tumeur, sa localisation ainsi que son extension locorégionale.

L'exérèse de la tumeur a été réalisée chez tous nos patients, les marges variaient de 5mm à 10mm. L'exérèse était carcinologique dans 19 cas de carcinomes épidermoïdes, et dans 6 cas de carcinomes basocellulaires.

Pour les patients présentant des tumeurs envahissantes des structures adjacentes, l'exérèse s'étendait à la commissure, aux régions avoisinantes, comprenant si besoin une résection mandibulaire ou maxillaire supérieure (**Tableau 8**).

Tableau 8 : L'étendue de l'exérèse dans notre série.

L'étendue de l'exérèse	Nombre des cas
Commissure	8 cas
Joue	8 cas
Aile de nez	8 cas
Menton	10 cas
Lèvre opposée	7 cas
Recoupe mandibulaire	5 cas
Recoupe maxillaire	1 cas
Recoupe de l'os propre de nez	1 cas
Recoupe du plancher buccal	1 cas
Recoupe gingivale	1 cas



Figure 30 : Exérèse d'un CE chez une patiente de notre série emportant la totalité de la lèvre inférieure.



Figure 29 : Exérèse d'un CE de la lèvre supérieure emportant le tiers moyen de la lèvre supérieure.



Figure 31 : Exérèse élargie d'un CSC emportant la totalité des lèvres, les 2/3 de la mandibule, la partie médiale de la joue, et la base de la langue.

2.2. L'évidement ganglionnaire :

Dans notre série, le curage ganglionnaire a été fait chez 14 de nos patients ayant le carcinome épidermoïde (**Tableau 9**).

Le curage triangulaire a été effectué dans 8 cas, tandis ce que le curage fonctionnel a été effectué chez 5 malades.

Le curage sous mentonnier a été réalisé chez un patient présentant une récurrence tumorale, ayant déjà bénéficié d'un curage fonctionnel.

L'évidement ganglionnaire était bilatéral chez les patients ayant des adénopathies bilatérales (4 cas), et les patients porteurs de tumeurs des lèvres étendues aux 2/3 et aux organes de voisinage (3 cas).

Tableau 9 : Les différentes caractéristiques du curage ganglionnaire.

	Nombre de cas	Type de curage	Latéralité de curage
Carcinome épidermoïde	3 cas	Triangulaire	homolatérale
	5 cas		Bilatérale
	3 cas	Fonctionnel	homolatérale
	2 cas		bilatérale
	1 cas	Sous mentonnier	homolatérale

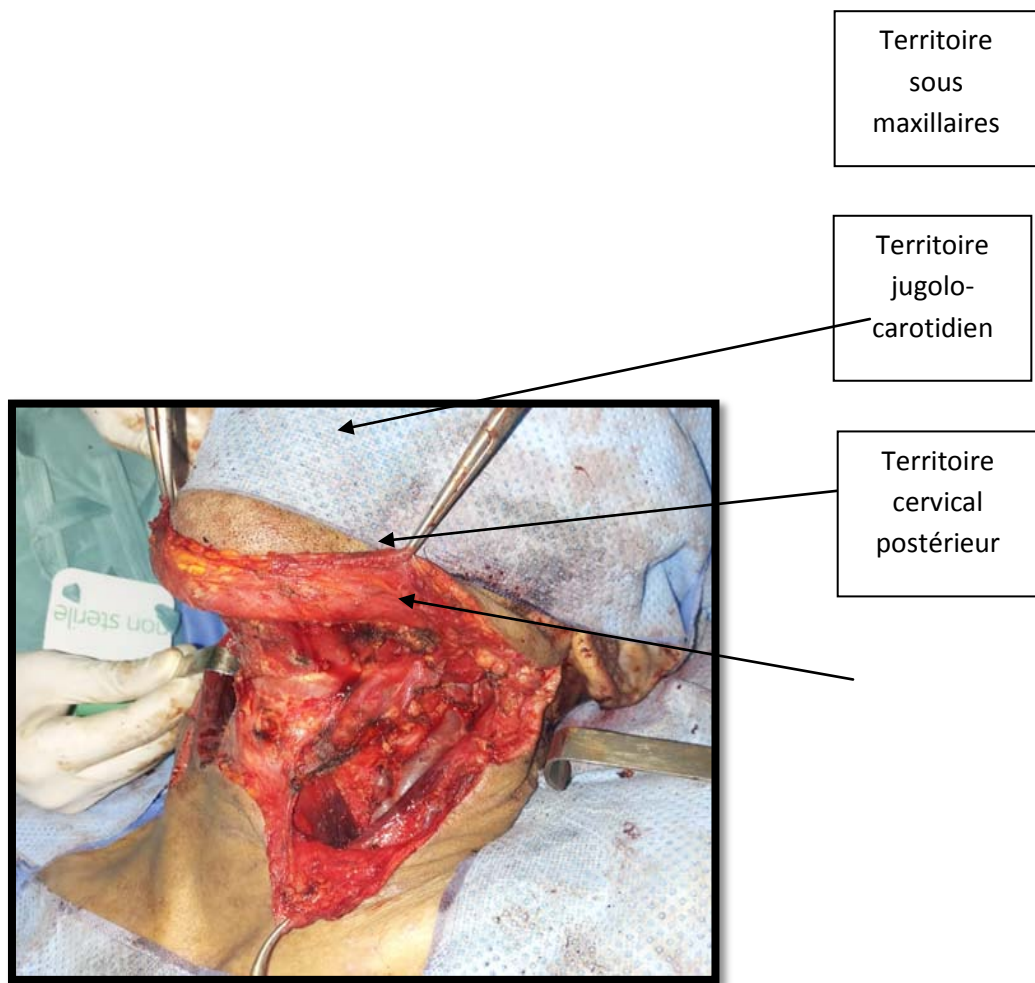


Figure 32 : Evidemment ganglionnaire cervical des différents territoires après décollement musculo-cutané du cou pour un CE classé T4N2cM0 dans notre série.

2.3. La parotidectomie :

Dans notre série, une parotidectomie superficielle a été réalisé chez un seul malade.

2.4. La reconstruction de la perte de substance :

Les reconstructions étaient réalisées dans le même temps opératoire chez tous nos patients après résection tumorale et curage ganglionnaire. L'attitude du service concernant

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

les techniques de couverture était influencée par la localisation et la taille tumorale, ainsi que l'étendue de la perte de substance. Plusieurs techniques ont été utilisées.

a. Reconstruction de la lèvre supérieure :

Tableau 10 : Reconstruction des tumeurs de la lèvre supérieure.

Technique de reconstruction		Nombre de cas	Stade
Greffe cutanée		2 cas	T2, T4
Lambeaux locorégionaux	Lambeau nasogénien	5 cas	T2, T4
	Lambeau d'Abbé	2 cas	T2, T4
	Lambeau muqueux d'avancement	3 cas	T2, T4
	Lambeau de Webster	3 cas	T2, T4
	Lambeau de Mustardé	3 cas	T2, T4
	Lambeau en éventail de Gillies	1 cas	T4





Figure 33 : A, CSCde la lèvre supérieure sur lupus érythémateux chronique. B, Tracé des lambeaux nasogéniens. C, Exérèse tumorale, curage ganglionnaire et levée des lambeaux. D, Aspect post-opératoire immédiat. E, Résultat à 3 mois.

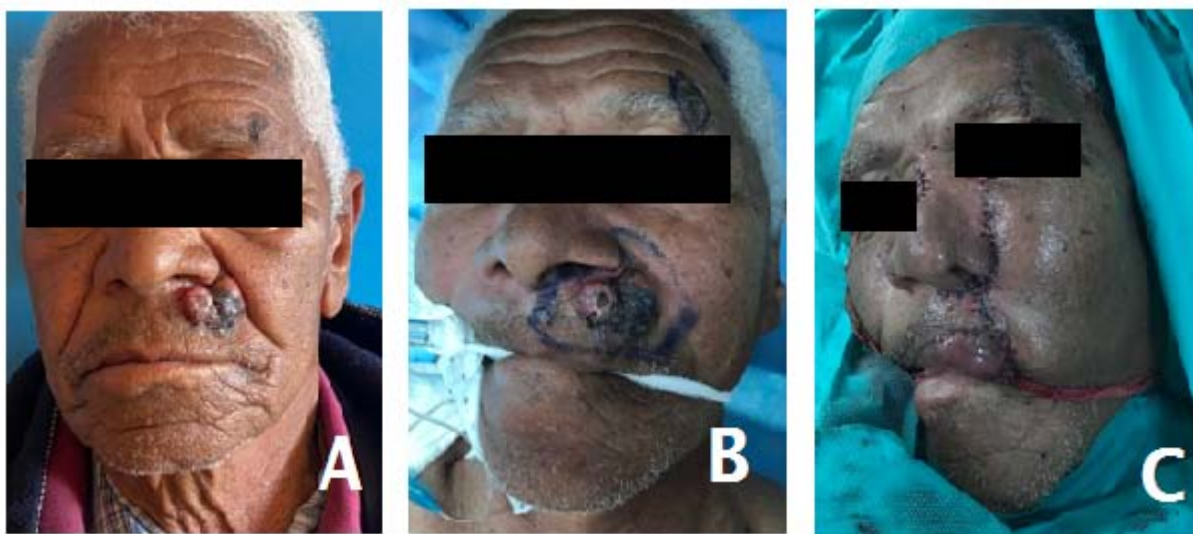


Figure 34 : A, CBC nodulaire de la lèvre supérieure. B, Tracé des limites d'exérèse. C, Exérèse et reconstruction par lambeau de Webster.

b. Reconstruction de la lèvre inférieure :

Tableau 11 : Reconstruction des tumeurs de la lèvre inférieure.

Technique de reconstruction	Nombre de cas	Stade
-----------------------------	---------------	-------

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

Suture directe, suture en W		2 cas	T2, T3
Greffon osseux costal		1 cas	T4
Lambeaux locorégionaux	Lambeau de Karapandzic	8 cas	T2, T3, T4
	Lambeau d'Estlander	2 cas	T2
	Lambeau muqueux d'avancement	2 cas	T2, T3
	Lambeau nasogénien	2 cas	T3, T4
Lambeaux à distance	Lambeau deltopectoral	3 cas	T4
	Lambeau grand pectoral	1 cas	T4

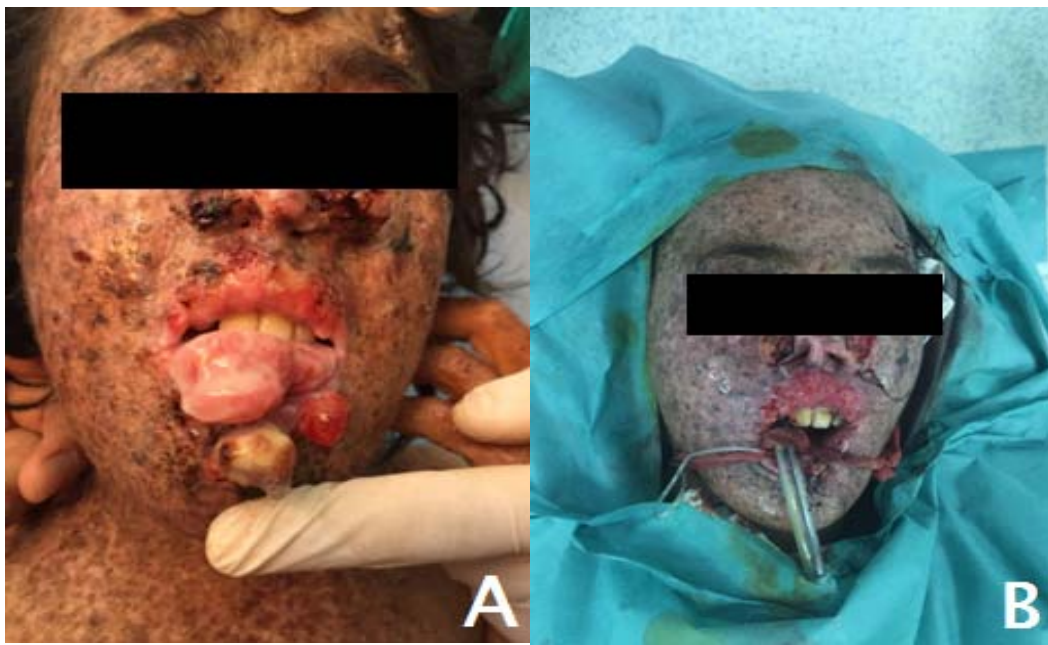


Figure 35 : A, Multiples lésions tumorales de la face sur XP. B, Résultat post-opératoire immédiat après vermillonectomie et couverture par lambeau muqueux d'avancement.



Figure 36 : A, CE de la lèvre inférieure. B, Perte de substance après exérèse tumorale et reconstruction du plan muqueux par un lambeau nasogénien. C, Incision et lever du lambeau delto-pectoral, et réalisation d'un rail cervical. D, Résultat à J4 post opératoire.

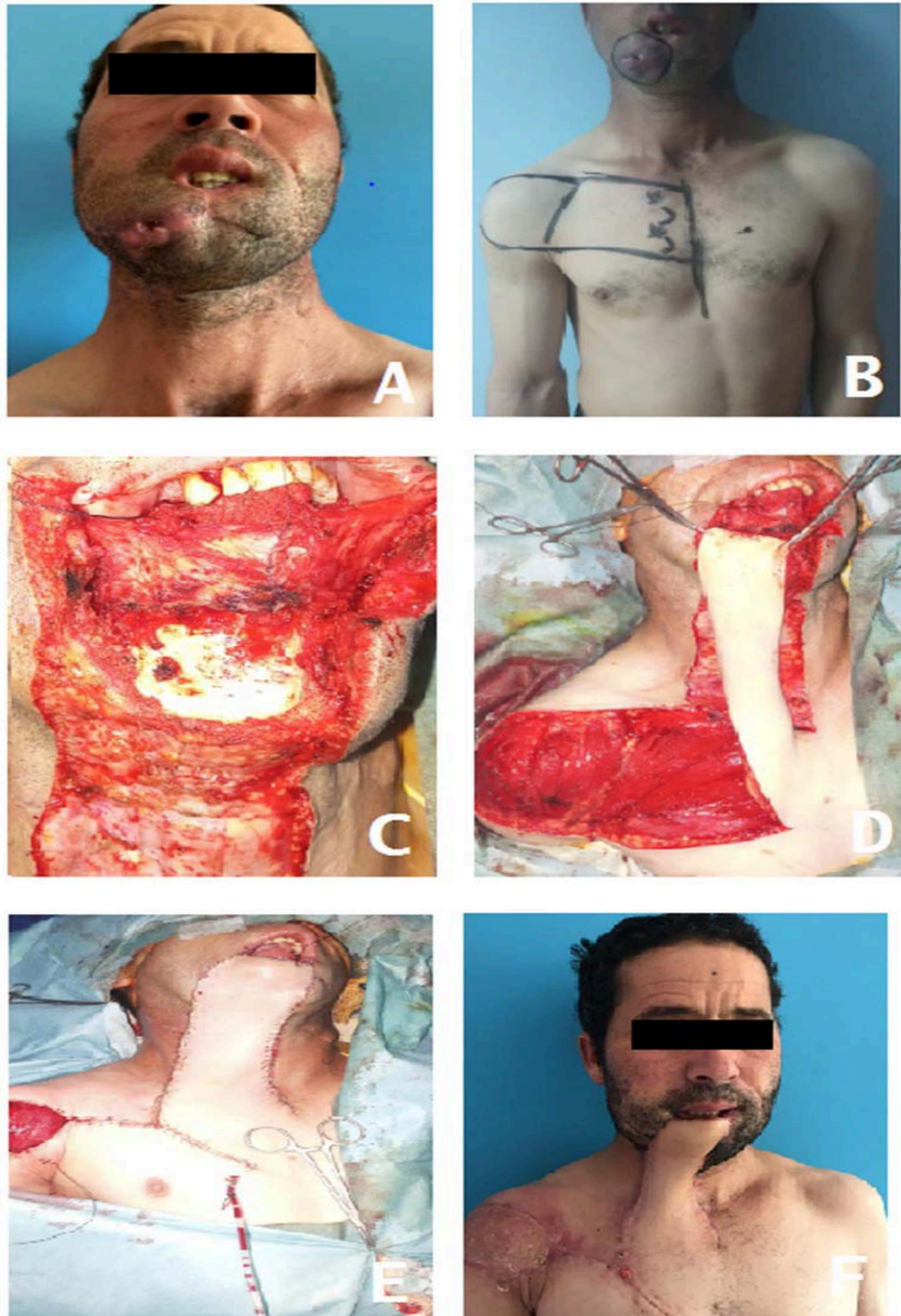


Figure 37 : A, Récidive d'un CSC de la lèvre inférieure. B, Tracé de lambeau delto-pectoral. C, Perte de substance après exérèse tumorale et réalisation d'un rail cervical. D, La levée du lambeau deltopectoral. E, Résultat post-opératoire immédiat. F, Résultat à 2 mois.

c. **Reconstruction de la commissure :**

Tableau 12 : Reconstruction de la tumeur commissurale.

Technique de reconstruction	Nombre de cas	Stade
Lambeau frontal externe	1 cas	T4

Ces modes de couverture ont été utilisés en association chez 8 patients de notre série :

Tableau 13 : Modes de reconstruction associés dans notre série.

Modes de reconstruction associés	Nombre de cas	Stade
Lambeau d'Estlander + suture en W	1 cas	T2
Lambeau muqueux avancé + suture directe	1 cas	T3
Lambeaux deltopectoral + nasogénien	1 cas	T4
Lambeaux deltopectoral + grand pectoral + greffon osseux costal	1 cas	T4
Lambeaux muqueux avancé + Mustardé	2 cas	T4
Lambeaux nasogénien + avancement jugal + greffe de peau totale	1 cas	T2
Double lambeau nasogénien + greffe de peau	1 cas	T4
Lambeaux muqueux avancé + nasogénien	1 cas	T2

3. Soins post-opératoires :

- Une sonde gastrique a été mise en place en peropératoire et maintenue pendant dix jours, permettant une alimentation entérale et la cicatrisation endo-buccale.
- Une antibiothérapie à base d'une association amoxicilline-acide clavulanique a été prescrite pendant une semaine.

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

- Des bains de bouche ont été préconisés trois fois par jours pendant une période de dix jours.
- Les redons aspiratifs ont été enlevés lorsqu'ils ramènent moins de 10cc/j dans les cas où un curage ganglionnaire a été fait.
- Les soins locaux des plaies opératoires ont été faits tous les deux jours et l'ablation des fils à J10 du post opératoire.

4. Les résultats histologiques définitifs :

L'étude des pièces opératoires a été réalisée par étude histologique ultérieure après fixation.

Tableau 14 : Résultat histologique définitif des carcinomes épidermoïde.

Résultats anatomopathologiques	Nombres de cas
Carcinome épidermoïde peu différencié	2
Carcinome épidermoïde moyennement différencié	8
Carcinome épidermoïde bien différencié	13
Limites saines	14
Limites lésionnelles	9
Métastase ganglionnaire	2

Tableau 15 : Résultat histologique définitif des CBC.

Résultats anatomopathologiques	Nombres de cas
Carcinome basocellulaire infiltrant	5
Carcinome basocellulaire sclérodermiforme	1
Carcinome basocellulaire nodulaire	1
Limites saines	5
Limites lésionnelles	2

5. La radiothérapie :

La radiothérapie était associée à la chirurgie dans 6 cas soit 20%, en fractionnement 2Gy/séance, et 5 séances/semaine, la dose totale était adaptée selon les cas :

- Un malade a reçu 70Gy sur le lit tumoral, et 54Gy sur les aires ganglionnaires pour une tumeur récidivante classée pT2N0M0, ayant des limites d'exérèse profondes lésionnelles, avec présence d'emboles vasculaires à l'examen anatomopathologique.
- 70Gy sur le lit tumoral pour une tumeur classée pT4N0M0 ayant des limites profondes lésionnelles.
- 54Gy sur le lit tumoral pour une tumeur classée pT3N0M0 avec des marges lésionnelles.
- 70Gy sur le lit tumoral d'une tumeur classée pT3N0M0 ayant des marges tumorales avec présence d'engainement périnerveux à l'examen anatomopathologique.
- L'indication a été posé également pour deux patients, ayant des tumeurs classée pT3N0M0 et pT4N0M0 avec des limites d'exérèse tumorales, mais ils ne se sont pas présentés au service d'oncologie.

6. La chimiothérapie :

Dans notre série, l'indication de la chimiothérapie adjuvante a été posée chez un patient de 36 ans, ayant une tumeur récidivante classée pT2N0M0, avec des marges profondes tumorales, et présence d'emboles vasculaires à l'examen anatomopathologique. Une chimiothérapie concomitante à la radiothérapie, à base de Cisplatine à la dose de 100 mg/m²/21j, en 8 séances.

Au total :

La chirurgie seule a été préconisée dans notre série pour 24 cas, soit 80%. La chirurgie associée à la radiothérapie seule a été indiquée dans 5 cas, soit 16,7%. La chirurgie associée à la radio-chimiothérapie concomitante dans un cas soit 3,3%.

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

La réparation des pertes de substances faisait appel à des sutures directe et en W en association avec d'autres modes dans 4,8% des cas, des greffes cutanées dans 4,8% des cas, des greffes osseuses dans 2,4% des cas, des lambeaux locaux régionaux chez 75,6% des malades, ou à distance (12,2%).

VI. L'évolution

La surveillance est un volet capital de la prise en charge du patient après la séquence thérapeutique.

1. Les paramètres de surveillance :

Les paramètres recherchés lors des consultations étaient focalisés sur :

- ✚ Dans l'immédiat : recherche de complications secondaires à la chirurgie.
- ✚ A moyen terme : recherche de récurrence tumorale locale, locorégionale et générale, ainsi que la recherche de troubles fonctionnels.
- ✚ A long terme : recherche de récurrence tumorale locale, locorégionale et générale et recherche des séquelles fonctionnelles et esthétiques.

2. Le rythme de surveillance :

Une consultation par mois pendant un trimestre, tous les deux mois pendant un semestre, tous les six mois pendant deux ans et puis une fois par an.

3. Résultat :

3.1 A court terme :

Neuf patients de notre série soit 30% ont présenté des complications post-opératoires.

Tableau 16: Complications post-opératoires.

Complications	Souffrance/nécrose de lambeau	Collection cervicale d'origine infectieuse	Lâchage de suture / Perte de substance
Nombre de cas	4 cas	2 cas	3 cas

Une reprise chirurgicale a été nécessaire chez 6 malades de notre étude.

Tableau 17 : Reprise chirurgicale.

Reprise chirurgicale	Reprise de lambeau	Reprise des marges lésionnelles	Suture secondaire
Nombre de cas	2 cas	1 cas	3 cas

- Deux cas des patients ayant présentés une souffrance de lambeau ont bénéficié d'une reprise chirurgicale pour redéploiement du lambeau chez un malade et une greffe cutanée chez l'autre.
- Les deux cas de collection cervicale ont été jugulés grâce à une antibiothérapie générale (amoxicilline-acide clavulanique + ciprofloxacine puis adaptée à l'antibiogramme) et des pansements adaptés.
- La suture secondaire a été effectuée chez trois malades, un cas de perte de substance et 2 cas de lâchage de suture d'origine infectieuse.



Figure 38 : Souffrance de l'extrémité distale du lambeau delto-pectoral chez un patient de notre série.

3.2 A moyen et long terme :

a. Les résultats carcinologiques :

✚ Dans notre série, deux des 30 patients pris en charge dans notre service ont présenté des récives :

→ Le premier patient a présenté une récive après un mois d'exérèse d'un CSC moyennement différencié et infiltrant, et de couverture par double lambeau de Karapandzic. Le malade avait alors bénéficié d'une TDM TAP révélant des métastases pulmonaires, une chirurgie de propreté a été indiquée dans ce cas avec couverture de la perte de substance après exérèse par lambeau deltopectoral. Le patient a été adressé par la suite au service des soins palliatifs pour un traitement symptomatique.

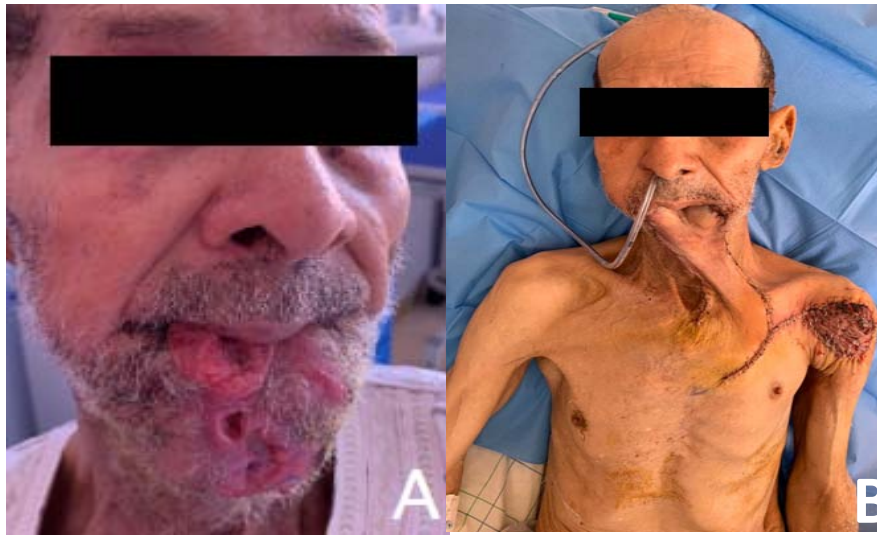


Figure 39 : A, Récidive d'un CE de la lèvre inférieure. B, Résultat à J14 post-opératoire après exérèse et couverture par lambeau delto-pectoral.

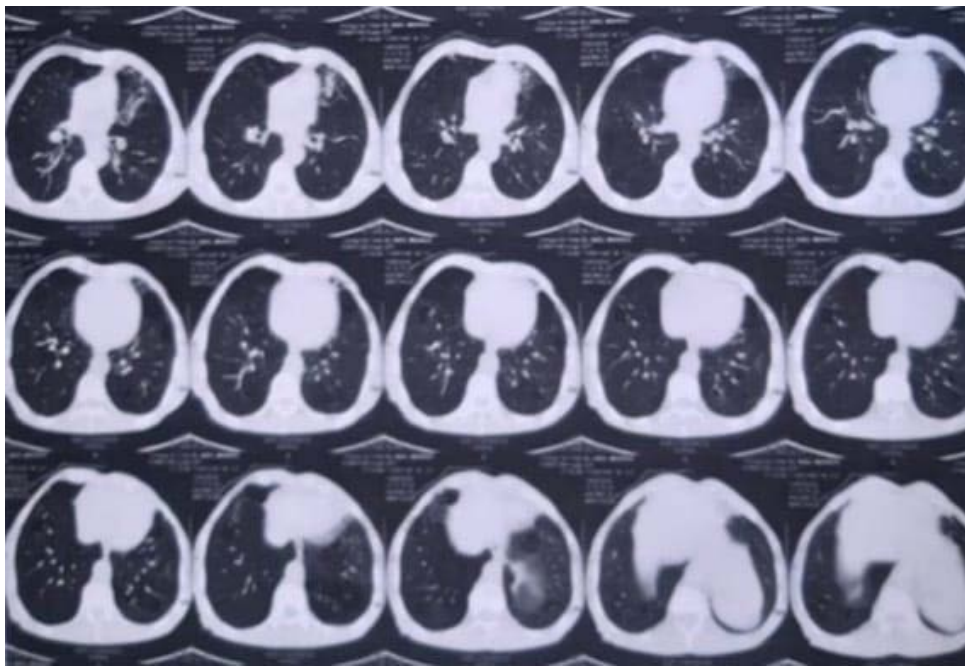


Figure 40 : Nodules et micronodules suspects sous pluraux bilatéraux découverts à la TDM thoracique du patient.

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

→ Le second patient a présenté deux récurrences à un mois d'intervalles d'un CE moyennement différencié et infiltrant classé pT3N+M0 avec présence d'engainement périnerveux et embolies vasculaires à l'examen anatomopathologique. Le patient avait donc bénéficié d'une reconstruction par lambeau deltopectoral, d'une radiothérapie à la dose de 70Gy sur le lit tumoral et 54Gy sur les aires ganglionnaires, et six séances de Cisplatine à la dose de 40mg/m²/7j. Vu la récurrence tumorale rapide chez ce patient, il a été transféré au service des soins palliatifs.

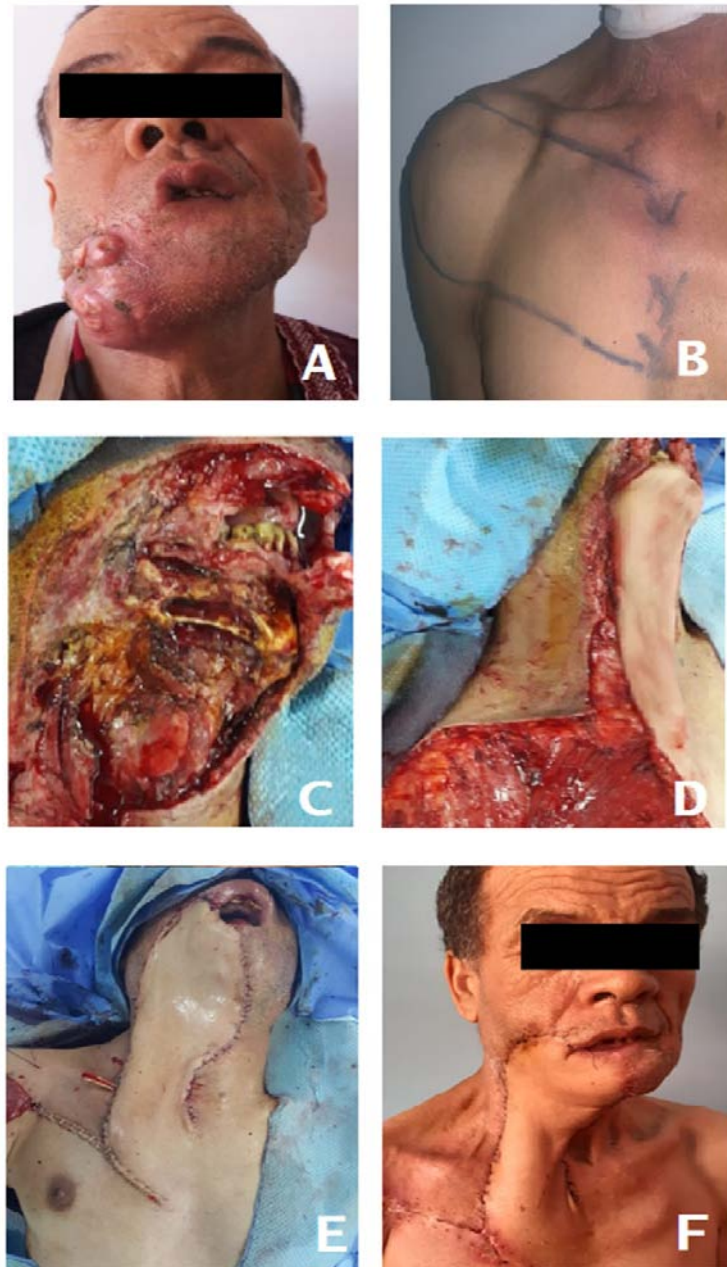


Figure 41 : Seconde récurrence d'un CSC. Tracé du lambeau delto-pectoral. C, PDS après exérèse large emportant la lèvre inférieure, la partie médiale de la joue et la partie latéro-mentonnière droite, avec un fragment mandibulaire. D, Transposition du lambeau delto-pectoral. E, Résultat post-opératoire immédiat. F, Résultat à un mois.

- ✚ Apparition de métastase ganglionnaire cervicale fistulisé chez un patient ayant un CE moyennement différencié et infiltrant, classé pT3NxM0 avec présence d'engainement périnerveux à l'examen anatomopathologique, après six mois de l'exérèse et couverture par double lambeau nasogénien et greffe cutanée. La chirurgie carcinologique dans ce cas a été jugée impossible vu le contact intime avec la carotide. Le patient a donc bénéficié d'une chirurgie de propreté et adressé au service d'oncologie pour une chimiothérapie palliative à base de Carboplatine AUC5.



Figure 42 : A, CE de la lèvre supérieure. B, Perte de substance après exérèse tumorale emportant le maxillaire supérieur et mise en place d'une sonde nasogastrique. C, Curage ganglionnaire. D, Couverture par double lambeau nasogénien avec greffe cutanée de la zone donneuse du lambeau.

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

- ✚ Un patient présentant une tumeur commissurale étendue classée pT4NOM0, ayant bénéficié d'une exérèse et couverture par lambeau frontal externe, avec des marges profondes lésionnelles à l'étude anatomopathologique, et d'une radiothérapie. Quatre mois après l'exérèse, il a présenté un nodule pulmonaire d'allure suspect de 7,3mm découvert lors d'une TDM TAP de contrôle, une chimiothérapie a été donc indiquée à base de 5 séances de Cisplatine à la dose de 40mg/m²/7j.
- ✚ Apparition de nouvelles lésions tumorales chez 2 cas des patients suivis pour XP de notre série.

b. Les résultats fonctionnels :

Tableau 18 : les complications fonctionnelles à moyen et long terme de nos patients.

Complications	Nombre de cas
Limitation de l'ouverture buccale	12 cas
Microstomie	2 cas
Asymétrie de l'ouverture buccale	2 cas
Incontinence alimentaire	2 cas
Paralysie faciale périphérique	1 cas
Placard hypertrophique et rétraction labiale	1 cas

- 12 patients de notre série soit 40% ont présenté une limitation de l'ouverture buccale, mais ne gênant pas l'alimentation ni l'élocution.
- L'un des deux patients ayant présenté une microstomie associée à une limitation et asymétrie de l'ouverture buccale a bénéficié de deux cures commissuroplatie, celles-ci lui a permis une ouverture buccale satisfaisante.
- Une reprise chirurgicale pour greffe cutanée a été faite chez le patient ayant un placard hypertrophique avec rétraction labiale postopératoire avec des résultats satisfaisants.
- Une retouche chirurgicale a été effectuée chez un patient ayant une tumeur

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

commissurale étendue pour redéploiement du lambeau frontal externe, et reconstruction du plan musculaire par l'aponévrose du muscle fascia lata de la face latérale de la cuisse gauche.



Figure 43 : A, Chirurgie secondaire après lambeau frontal externe. B, Prélèvement du greffon du fascia lata. C, Rétablissement de la contuité du muscle orbiculaire et fixation au modiolus par greffon du fascia lata. D, Résultat post-opératoire immédiat. E, Evolution à court terme.

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

c. Les résultats esthétiques :

Les résultats esthétiques ont été jugés satisfaisants dans la majorité des cas traité par des lambeaux locorégionaux, tandis ce que les patients chez qui la reconstruction était faite par des lambeaux à distance ont gardé des séquelles inesthétiques.

d. La moyenne de survie dans notre série :

La moyenne de survie chez les 18 patients de notre série ayant réendus à la convocation était de 3,6 ans, avec un total de 3 décès.



DISCUSSION



Rappels :

I. Anatomie des lèvres

La fente buccale est circonscrite par deux replis musculo-membraneux, la lèvre supérieure et inférieure, très mobiles, qui recouvrent la portion antérieure convexe des arcades alvéolo-dentaires, s'unissant par leurs extrémités en formant les commissures labiales latéralement.

1. La région labiale :

C'est une région impaire et médiane, située à l'union de tiers moyen et tiers inférieur de la face, dont les limites cutanées sont définies par :

- En haut : une ligne horizontale passant par le seuil narinaire et le pied de la columelle
- Latéralement : les deux sillons nasogéniens.
- En bas : le sillon labio-mentonnier.

Concernant les limites muqueuses de la région labiale, on trouve

- En haut et en bas : les fonds des vestibules buccaux
- Latéralement : la ligne droite verticale passant par les 1ères prémolaires.

2. La morphologie labiale :

2.1. La face externe :

Chacune des lèvres comprend une partie à revêtement cutané dite lèvre blanche et une partie muqueuse dite lèvre rouge.

a. La lèvre blanche :

- Supérieure :

Elle présente une dépression médiane : le philtrum, bordée par les crêtes philtrales qui se poursuivent avec la racine de la columelle, elle est séparée de la lèvre rouge par un tracé linéaire net et saillant, qui dessine dans sa partie médiane un arc appelé arc de Cupidon, correspondant à la terminaison du philtrum (**Figure 44**).

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

- Inférieure :

Elle présente une dépression plus ou moins marquée, la partie externe étant plus mince et moins charnue que la partie médiane (**Figure 44**).

b. La lèvre rouge :

Elle comprend deux portions :

- Une portion externe semi muqueuse, ou lèvre sèche qu'on appelle vermillon, dépourvu de glandes salivaires.
- Une portion interne muqueuse ou lèvre humide, riche en glandes salivaires, elle est en continuité avec la muqueuse buccale.

c. Zone de jonction cutanéomuqueuse :

Elle est légèrement saillante et nette, elle sépare la lèvre blanche de la lèvre rouge. Cette ligne est incurvée à la partie médiane de la lèvre supérieure selon l'arc de cupidon, sous lequel siège le tubercule médian, qui répond à une légère incurvation inverse de la lèvre inférieure (**Figure 44**).

d. Commissures labiales :

Les deux vermillons s'amincissent latéralement pour constituer de chaque côté les commissures labiales, chaque commissure est bordée par une petite éminence cutanée sur laquelle se termine le sillon nasogénien.

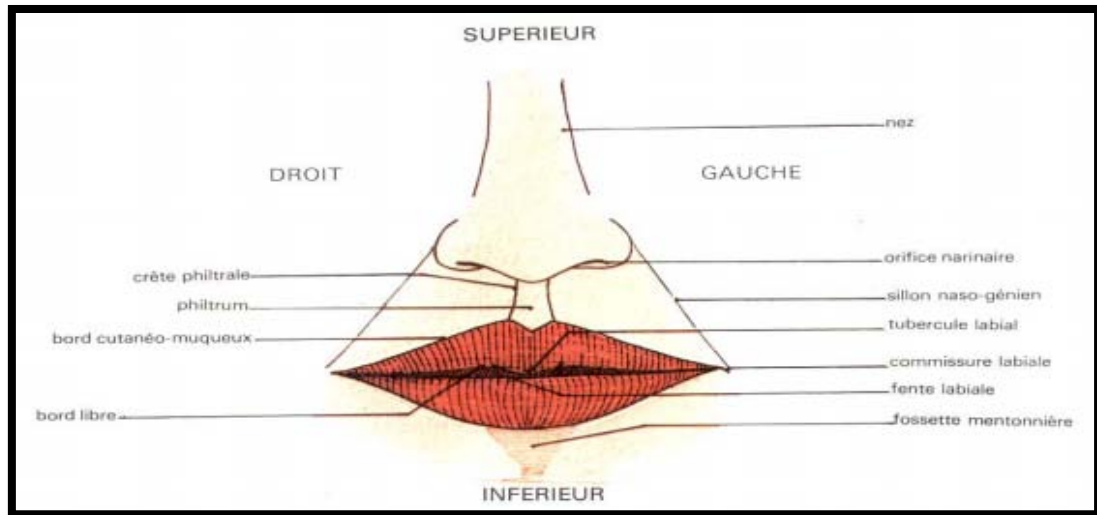


Figure 44 : Vue antérieure de la bouche montrant la configuration et les limites des lèvres (2).

2.2. La face interne :

Elle est muqueuse et constitue la paroi antéro-externe du vestibule buccal antérieur. Elle est reliée à la gencive correspondante par le cul-de-sac vestibulaire, avec un frein labial médian surtout marqué au niveau de la lèvre supérieure.

2.3. Les sous unités esthétiques (3) :

L'ensemble de ces reliefs anatomiques permet de décrire à :

- la lèvre supérieure : trois sous-unités esthétiques, une médiane entre les deux crêtes philtrales, et deux latérales représentées par les sillons nasogéniens.
- la lèvre inférieure : une seule sous-unité esthétique, le sillon labio-mentonnier.

2.4. Les lignes de Langer (4) :

Ce sont des lignes de tension situées dans la zone réticulaire (**Figure 45**), correspondant à un alignement de fibres collagènes du tissu conjonctif. Elles s'orientent toutes plus ou moins, dans la même direction pour assurer un certain tonus à la peau. Elles revêtent d'une importance particulière pour le chirurgien, puisque la cicatrisation ultérieure

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

sera d'autant meilleure que les incisions sont faites parallèlement, et non transversalement à ces lignes.

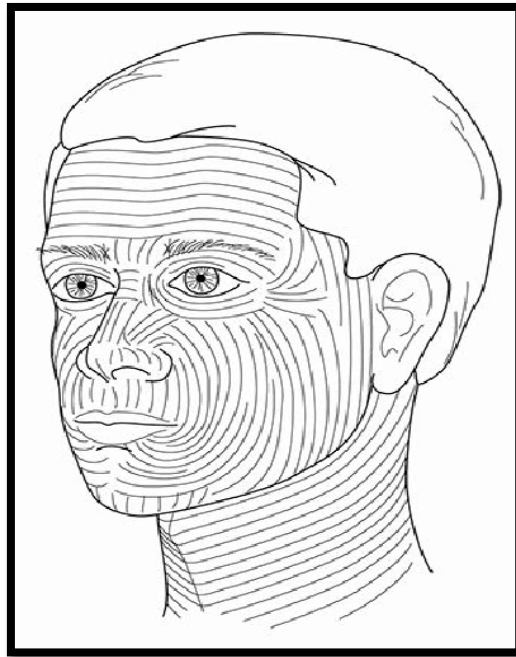


Figure 45 : Les lignes de Langer de la face (5).

3. Constitution anatomique :

Les lèvres se composent de quatre couches superposées, qui sont, d'avant en arrière : la peau, la couche musculieuse, la couche sous-muqueuse et la couche muqueuse.

3.1. La peau :

La peau des lèvres est remarquable par son épaisseur, sa résistance et surtout par son adhérence intime aux faisceaux musculaires sous-jacents. Elle est très riche en follicules pileux et présente de nombreuses glandes sébacées annexées à ces follicules.

3.2. Le squelette musculaire :

La structure musculaire des lèvres s'organise autour de l'orbiculaire et du Modiolus. On en distingue deux groupes : les muscles constricteurs et les muscles dilatateurs.

a. Les muscles constricteurs :

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

Ils sont essentiellement représentés par l'orbiculaire des lèvres (**Figure 46**) qui se dispose autour de l'orifice buccal, à la manière d'un anneau aplati, dont le grand diamètre se dirige transversalement d'une commissure à l'autre. Les fibres de chaque demi orbiculaire se prolongent dans le muscle buccinateur. Sa contraction rétrécit la fente orale et pince les lèvres. Ce muscle est le plus important dans la chirurgie des lèvres puisqu'il forme une sangle dont la restauration de la continuité doit être une priorité (6).

b. Les muscles dilatateurs :

Ils se répartissent en deux couches superficielle et profonde, rayonnant des lèvres vers les différentes régions de la face :

- Les muscles profonds (Figure 46) :
 - Le muscle élévateur de l'angle de la bouche, anciennement appelé muscle canin.
 - Le muscle buccinateur.
 - Le muscle abaisseur de la lèvre inférieure (le carré du menton).
 - Le muscle mentonnier (la houppe du menton).

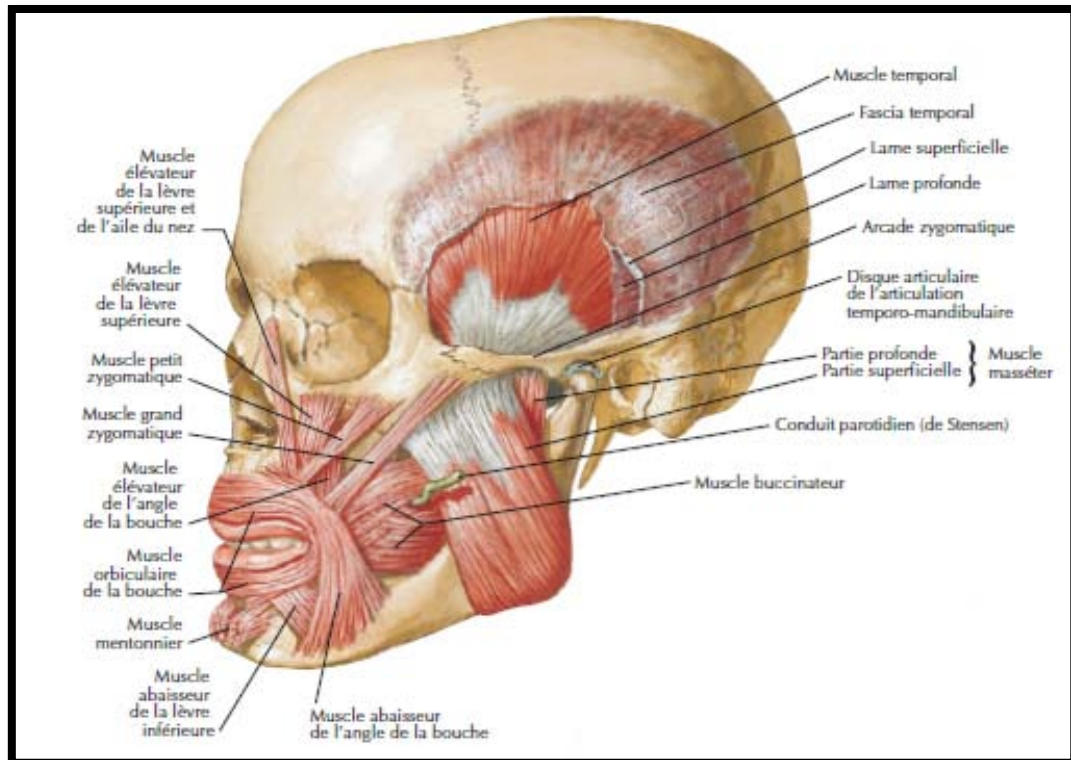


Figure 46 : Vue latérale du squelette musculaire des lèvres (7).

- Les muscles superficiels (Figure 47) :
 - Le muscle releveur propre de la lèvre supérieur.
 - Le muscle releveur commun de l'aile du nez et de la lèvre supérieure.
 - Le muscle petit zygomatique.
 - Le muscle grand zygomatique.
 - Le muscle risorius.
 - Le muscle abaisseur de l'angle de la bouche ou muscle triangulaire des lèvres.
 - Le muscle peucier du cou ou platysma.

La majorité des muscles dilatateurs convergent vers la commissure labiale, où ils s'entrecroisent et constituent le modiolus (Figure 47), adhérent au derme commissural, il a la

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

forme d'un cône aplati d'environ 1cm d'épaisseur dont la base repose sur la muqueuse et le sommet arrondi se trouve sous le panicule adipeux. Il permet la mise en tension des lèvres.

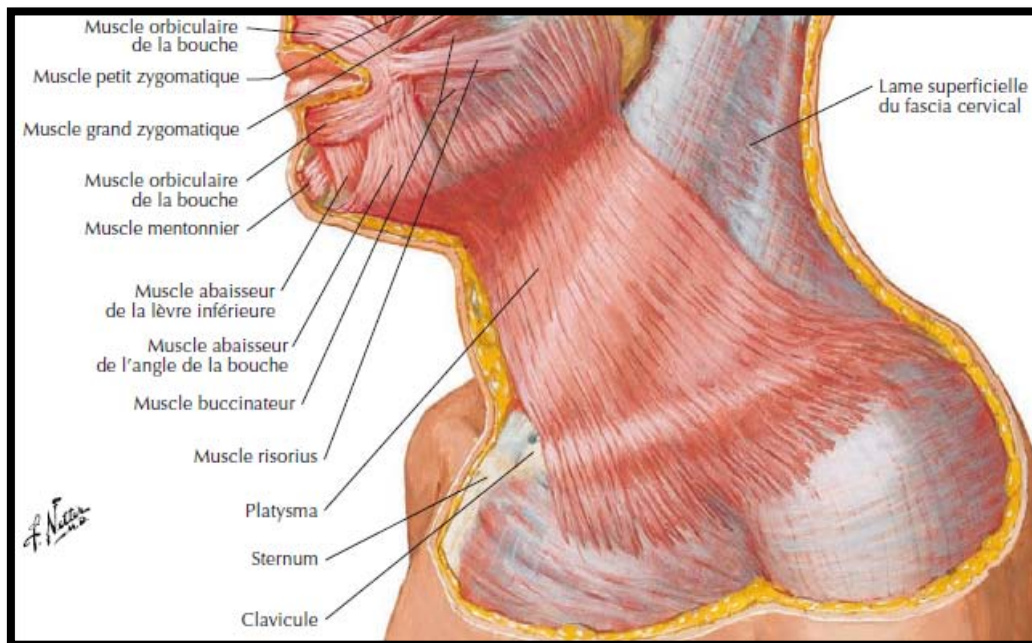


Figure 47 : Muscles des lèvres : vue latérale (7).

3.3. La couche sous-muqueuse : la couche glandulaire

Elle est formée de tissu conjonctif lâche avec des fibres élastiques fines et peu nombreuses, elle renferme dans toute son étendue une multitude de petites glandes labiales, appelées glandes salivaires accessoires, serrées les unes contre les autres, formant une nappe continue en arrière du muscle orbiculaire.

3.4. La muqueuse buccale :

Elle présente une surface bosselée due aux glandes sous-jacentes. Au niveau des commissures, elle se continue sans démarcation avec la muqueuse génienne, et au niveau du bord adhérent des lèvres, cette muqueuse se réfléchit pour tapisser le rempart alvéolaire et

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

devenir la muqueuse gingivale, sur la ligne médiane, au niveau des deux lèvres, la muqueuse forme un pli médian, le frein.

4. La vascularisation :

a. Les artères :

Les artères coronaires assurent l'essentiel de l'apport artériel, ils naissent près des commissures, et traversent le plan musculaire par sa face profonde pour s'anastomoser sur la ligne médiane avec les artères homologues controlatérales, cela crée alors le cercle artériel coronaire. Chacune des coronaires est située à 7 ou 8 mm du bord libre de la lèvre. Quelques variantes peuvent également être observées, ainsi d'après Ricbourg (8) :

- Dans 16% des cas, il n'existe pas d'anastomose médiane au niveau de la lèvre supérieure,
- Dans 12% des cas, il existe une seule artère coronaire inférieure

b. Les veines :

Le drainage de la lèvre supérieure se fait par de nombreux troncs, le tronc labial supérieur et le tronc philto-culomélaire qui forment par leur union le tronc labio-septo-collumélaire qui se jette de façon ascendante dans la veine faciale correspondante. Pour la lèvre inférieure, il se fait vers la veine faciale pour ses 1/5^{ème} externes alors que les 3/5^{ème} médians se drainent vers la veine jugulaire antérieure.

c. Le drainage lymphatique (9) :

La connaissance du drainage lymphatique conditionne la prise en charge, essentiellement en cancérologie pour le curage ganglionnaire souvent nécessaire dans les tumeurs malignes. L'anatomie lymphatique de la partie supérieure et inférieure devrait être considérée séparément en raison des schémas de drainage découlant de l'embryologie de développement des lèvres.

Les lymphatiques des lèvres naissent d'un réseau double et bilatéral, le réseau cutané et le réseau muqueux, qui s'anastomosent sur le bord libre des lèvres.

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

- La lèvre supérieure : Le drainage lymphatique de la partie latérale de la lèvre supérieure et de la commissure labiale s'effectue de façon homolatérale vers les ganglions pré-auriculaire ou infra-auriculaire, sous digastrique, sous-mentaux et sous-maxillaires. Le drainage de la partie médiane de la lèvre supérieure se fait au niveau cervical superficiel et dans la chaîne jugulaire supérieure (**Figure 48**).
- La lèvre inférieure : les 3/5^{ème} médians se drainent vers les ganglions sous-mentaux alors que les 2/5^{ème} externes commissuraux vers les ganglions sous-maxillaires et sous digastriques (**Figure 48**).

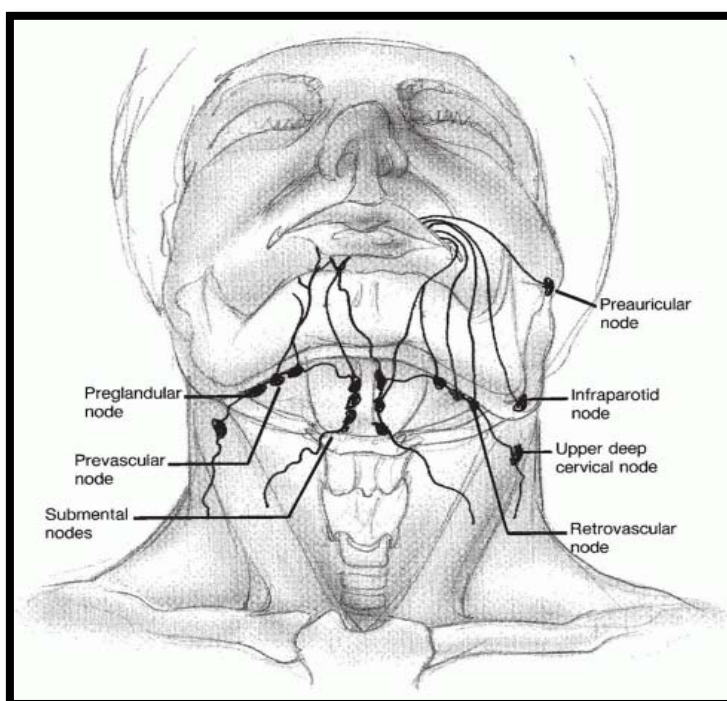


Figure 48 : Drainage lymphatique des lèvres (9).

5. L'innervation :

a. L'innervation motrice :

L'innervation motrice est assurée par les branches du nerf facial (**Figure 49**) :

- la branche temporo-faciale : par l'intermédiaire des rameaux buccaux supérieurs qui assurent l'innervation des muscles buccinateurs et la moitié

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

supérieure de l'orbiculaire, et par l'intermédiaire des rameaux sous orbitaires pour les muscles grand et petit zygomatiques, l'élévateur de l'aile de nez et de la lèvre supérieure, et le canin.

- la branche cervico-faciale : par l'intermédiaire des rameaux buccaux inférieurs pour les muscles risorius et la moitié inférieure de l'orbiculaire, des rameaux mentonniers pour le muscle abaisseur de l'angle, de la bouche, l'abaisseur de la lèvre inférieure, ainsi que la houppe du menton. Et le rameau cervical pour platysma.

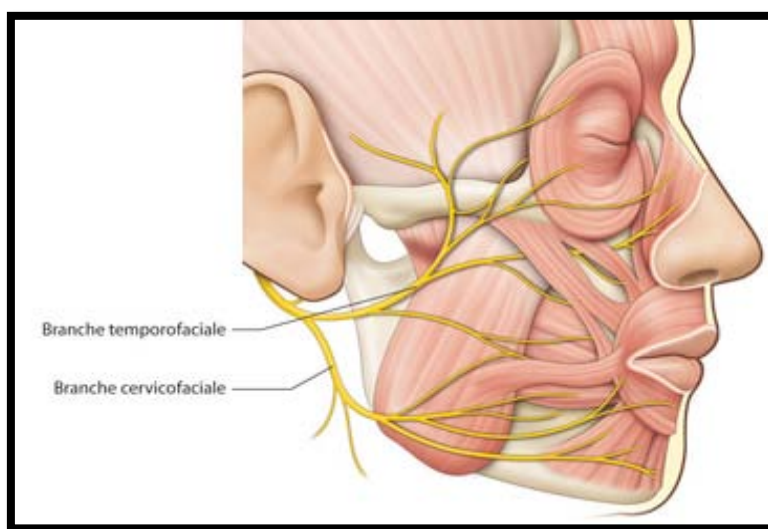


Figure 49 : Innervation motrice des lèvres(10).

b. L'innervation sensitive :

L'innervation sensitive est assurée par des branches du nerf trijumeau (V)

- Le nerf infra orbitaire (V2) assure l'innervation sensitive de la lèvre supérieure sur ses deux versants cutané et muqueux.
- Le nerf mandibulaire (V3) assure l'innervation sensitive de la lèvre inférieure par l'intermédiaire du nerf mentonnier.

II. Histologie des lèvres

On constate deux versants externes et internes séparés par le vermillon (11):

1. Le versant externe :

Revêtement du type cutané avec ses annexes.

Formé par un épithélium malpighien stratifié et kératinisé. Il renferme des follicules pileux, des glandes sébacées et des glandes sudoripares (**Figure 50**).

2. Le vermillon :

Il est tapissé par un épithélium kératinisé très fin, devenant progressivement épidermoïde du côté de la cavité buccale.

3. Le versant interne (muqueuse buccale) :

Constituée d'un épithélium de type épidermoïde reposant sur un chorion au sein duquel deux zones sont observables : le chorion papillaire superficiel et le chorion profond. Ce dernier abrite de petites glandes salivaires accessoires dont les canaux excréteurs viennent s'ouvrir dans la cavité buccale et le tissu sous muqueux conjonctif fibro-vasculaire de support (**Figure 50**).

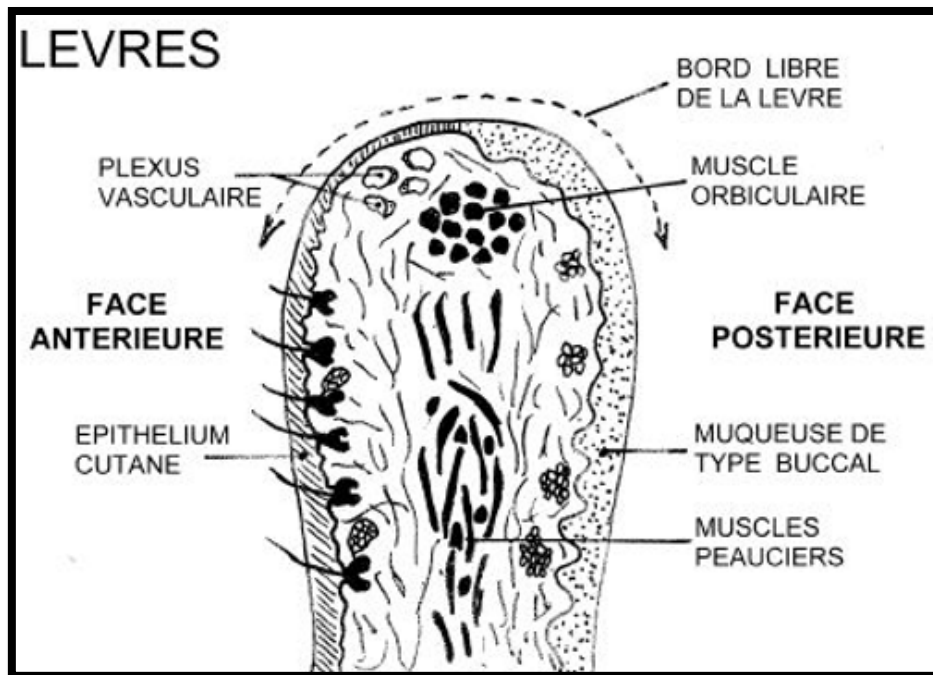


Figure 50 : Histologie du tissu labial (12).

III. Anatomopathologie :

1. Histologie des tumeurs :

1.1. Carcinome épidermoïde :

Le carcinome épidermoïde se définit histologiquement comme une prolifération de cellules de grande taille organisées en lobules ou en travées plus ou moins anastomosées, souvent mal limitées, de disposition anarchique. Une différenciation kératinisante sous forme de globes cornés est fréquente. Il existe de nombreuses mitoses et des atypies cytonucléaires. La tumeur envahit plus ou moins profondément le derme, voire l'hypoderme

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

au sein d'un stroma inflammatoire. Une invasion périnerveuse est à rechercher dans les tumeurs évoluées (60). Plusieurs formes cliniques peuvent être retrouvées :

- La forme plane : L'aspect lésionnel présente peu de relief, à sa périphérie, on distingue un fin bourrelet, un peu surélevé marquant les bords de la lésion. Elle se caractérise par l'extension rapide de la lésion.
- La forme fissuraire : Elle est apparentée comme son nom l'indique à une fissure, une crevasse, et est caractérisée par sa capacité d'infiltrer la néoplasie.
- La forme bourgeonnante (exophytique) : elle se présente sous forme d'un nodule en relief, bourgeonnant, de dimensions inconstantes, avec revêtements nécrotiques ou fibrino-leucocytaires jaunâtres en surface.
- La forme ulcéro-infiltrante (endophytique)
- La forme ulcéro-végétantes (endo- exophytique)

Plusieurs sous-groupes histologiques peuvent être distingués :

✚ Selon la différenciation du carcinome épidermoïde :

- Bien différencié
- Peu différencié
- Indifférencié

✚ Selon le degré d'infiltration et de franchissement de la membrane basale :

- Le carcinome in situ : est une modification de l'épithélium dont les cellules ont un noyau de forme et de taille inégales mais, fait fondamental, avec préservation de la membrane basale.
- Le carcinome micro-invasif : les cellules cancéreuses dépassent la membrane basale et envahissent alors le chorion.

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

- Le carcinome épidermoïde invasif : il se distingue par la pénétration de lobules ou travées carcinomateuses en plein chorion ou déjà dans les tissus adjacents. Un infiltrat inflammatoire plus ou moins important est présent dans le stroma (26).

1.2. Carcinome baso-cellulaire :

Les carcinomes basocellulaires sont constitués d'une prolifération de cellules basaloïdes naissant de l'épiderme ou des follicules pileux. Ces éléments ont un noyau ovalaire, un cytoplasme peu abondant. Ils sont relativement réguliers. Les atypies sont peu nombreuses. Ces cellules forment des cordons ou travées avec en périphérie un aspect palissadique des noyaux. Il existe fréquemment des artefacts de rétraction autour des plages tumorales. Le stroma est souvent riche en mucines et élastosique. (60,61)

Il existe plusieurs variétés cliniques du CBC (26,28) :

- Carcinome baso-cellulaire nodulaire : Il est le plus fréquent, il se traduit cliniquement par un nodule ferme, bien limité, translucide, parsemé de télangiectasies, parfois pigmenté.
- Carcinome baso-cellulaire sclérodermiforme : Il se présente sous la forme d'une plaque blanchâtre, dure, infiltrée en profondeur, souvent déprimée et rétractile, quelque fois parcourue de télangiectasies, elle peut s'ulcérer tardivement.
- Carcinome baso-cellulaire superficiel : la lésion est de grande taille avec des perles minuscules à la périphérie, associées à des érosions.
- Carcinome baso-cellulaire plan cicatriciel : elle comporte une zone centrale blanchâtre et atrophique. La bordure est nette, typiquement perlée.
- Carcinome baso-cellulaire infiltrant non sclérodermiforme : C'est une ulcération chronique infiltrée recouverte d'une croûte faussement rassurante.

1.3. Autres tumeurs épithéliales malignes (60):

a. Carcinomes glandulaires :

Ce sont les tumeurs rares au niveau des lèvres. Ils se développent aux dépens des glandes salivaires accessoires situées dans la muqueuse labiale : carcinome glandulaire,

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

tumeur muco-épidermoïde, surtout carcinome adénoïde kystique avec un risque de métastases pulmonaires.

b. Carcinomes développés aux dépens des annexes de la peau:

Ils sont des tumeurs malignes cutanées rares dérivant des glandes sudorales eccrines et apocrines, des follicules et des glandes sébacées. Tous sont envahissants localement et certains d'entre eux peuvent entraîner une dissémination métastatique locorégionale ou générale.

c. Tumeurs des glandes salivaires accessoires :

Cylindromes, tumeurs muco-épidermoïdes.

d. Tumeur de Merkel :

Est une tumeur rare au niveau des lèvres. Elle se présente souvent comme une tumeur rouge et violacée qui augmente rapidement de volume. Elle est d'un pronostic redoutable du fait de son risque de récurrence locale et de métastases ganglionnaires et viscérales.

e. Mélanomes : Les mélanomes du versant cutané

Ils apparaissent soit d'emblée soit précédés par un mélanome de Dubreuilh, véritable mélanome in situ dont le traitement chirurgical est nécessaire afin de prévenir cette évolution. Les mélanomes du versant muqueux sont plus rares et de pronostic plus péjoratif du fait d'un risque très élevé de métastases ganglionnaires ou viscérales.

f. Tumeurs malignes conjonctives : sarcomes

Les sarcomes des lèvres sont exceptionnels (rhabdomyosarcome embryonnaire, fibrosarcome, etc.). Des cas exceptionnels de métastases labiales de carcinomes viscéraux ont été décrits.

2. Localisation :

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

Les tumeurs des lèvres peuvent intéresser plusieurs régions différentes :

- La lèvre supérieure : elles peuvent toucher le versant cutané ou muqueux
- La lèvre inférieure : elles peuvent toucher le versant cutané ou muqueux
- Les commissures : donnant des anomalies de position commissurale, et empêchant la fonction labiale normale
- Régions voisines : à la fois la lèvre et régions voisines (pyramide nasale, les joues, le menton, la mandibule)

3. Etendue :

3.1. Selon la profondeur

Les tumeurs des lèvres peuvent toucher plusieurs plans anatomiques différents :

- Superficiels : atteignant uniquement le plan cutané et sous cutané, et qui ne posent pas de problèmes de réparation.
- Profonds : atteignant le plan profond vestibulaire ou encore osseux (arcade dentaire, maxillaire, mandibule).
- Transfixiants : emportant la totalité des plans superficiels et profonds.
- La lèvre dépassée : on distingue deux types de dépassement :
 - Le dépassement centrifuge périphérique : avec atteinte téguminaire et perturbation de la dynamique musculaire. Les bases osseuses sont intactes.
 - Le dépassement postérieur en profondeur : ils posent des problèmes de réparation statique (os et téguments) et dynamique (réanimation des parties molles).

3.2. Selon la taille :

Les pertes de substances résultantes de l'exérèse tumorale peuvent être classées selon la règle de tiers :

- Inférieure au tiers de la taille de la lèvre
- Egale au tiers de la lèvre
- Supérieure au tiers de la lèvre

IV. Le rôle physiologique des lèvres :

1. Rôle fonctionnel (13) :

a. Fonction végétative :

- Adaptation à l'allaitement maternel : Lors de la période d'allaitement, on retrouve une abondance de corpuscules tactiles labiaux, qui témoigne de la mise en jeu importante des lèvres dans la préhension du mamelon, ces particularités anatomiques régressent avec la croissance.
- Contenance salivaire : elle est en grande partie liée à la qualité de la lèvre inférieure, qui doit disposer d'une hauteur, d'une sensibilité et d'une contractilité satisfaisante pour s'opposer au bavage.
- Compétence labiale (contact bilabial efficace sans tension, ni distorsion) : il est le fruit d'une situation d'équilibre, elle finalise la compétence dentaire, qui dépend de la relation entre la forme et les dimensions de l'os. Elle nécessite donc la concordance entre les rapports des bases osseuses et des parties molles et l'information sensitive et sensorielle transmise à la sangle musculaire.

b. Fonction alimentaire :

Par la faveur de sa fonction de rétention, et de la présence de glandes salivaires accessoires. En outre, par la projection du bol alimentaire vers le pharynx grâce à la contraction des buccinateurs.

c. Fonction dans la vie de relation :

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

- Élocution et communication verbale : Les lèvres sont mises en jeu lors du langage, dans l'articulation des mots et la diction. Les mots, modulés par la langue et la cavité buccale, ne prennent leur ajustage final qu'à l'orifice par le mouvement des lèvres, d'ailleurs leur rôle est principal dans la prononciation de certaines consonnes (b, f, m, p, v).
- Mimique et communication non verbale : Le visage de l'homme exprime toutes les nuances de la pensée, chaque sentiment se manifeste par une expression qui se traduit par la déformation passagère d'une ou plusieurs parties de la face y est compris les lèvres.

d. Fonction par rapport à l'âge :

- Nouveau née : l'adaptation à la succion, la gestuelle labiale d'expression qui fait partie de l'expression faciale.
- Enfant : la découverte et l'expérience de nouveaux objets on les mettant dans la bouche (stade orale), la succion, des activités de phonation (la lallation)
- Adolescent : développement des fonctions masticatrice et phonatoire, la maturation de la déglutition infantile
- Sujet âgé : altération progressive de la compétence labiale par le vieillissement, majoré chez les édentés.

2. Rôle esthétique :

Situées au centre de la face, les lèvres sont également un des éléments essentiels de l'apparence. Leur altération, même minime, perturbe déjà au repos la beauté du visage.

Discussion

I. Le profil épidémiologie :

1. La fréquence :

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

Les lèvres sont occasionnellement le siège de nombreuses tumeurs malignes (1).

L'incidence exacte des carcinomes de la lèvre est difficile à évaluer car ils font l'objet d'une approche épidémiologique globale avec les cancers de la cavité buccale, du pharynx et du larynx, et les cancers de l'œsophage (1).

En France 1995, sur une période de 20 ans et un total de 21597 cancers des VADS (14926 chez l'homme et 6671 chez la femme), 410 localisations labiales ont été enregistrées (375 hommes et 35 femmes), ayant entraîné 104 décès (92 hommes et 12 femmes) (14).

L'étude d'AMAZZAL N (15) rapporte une incidence de cancers des lèvres de 6,5% par rapport aux autres cancers de la sphère ORL. BEAUVILLAIAN (16) rapporte une fréquence de 1,7% par rapport aux cancers de la bouche. Pour PERRINAUD (17), elle est de 12% par rapport aux tumeurs de la tête et cou.

Dans les localisations VADS, le cancer des lèvres est en 7^{ème} position chez l'homme et en 9^{ème} position chez la femme par ordre de fréquence. Il représente 6,6% des cancers buccaux en France (18).

Au Maroc, selon le Registre des Cancers de la Région du Grand Casablanca (2013–2017) (19), le cancer des lèvres et de la cavité buccale viennent en 2^{ème} position (26,6%) après celui du cavum (52,7%), dans les tumeurs des VADS.

2. L'âge :

L'âge moyen de nos patients était 58 ans, ce résultat est comparable à ceux de la littérature notamment les séries de Barthélémy et al (20), Zaraa et al (21), Tazi et al (22), Salgarelli et al, Casal et al (23), Ezzoubi et al (24), Biasoli et al (25), Sbai M (26) et FAIZ A (27), où l'âge moyen varie de 59 ans à 75 ans.

Tableau 19 : La moyenne d'âge selon les séries.

Série	Moyenne d'âge (ans)
Barthélémy et al (20)	60

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

Zaraa I et al (21)	63
Tazi N et al (22)	65
Casal D et al (28)	67
Salgarelli AC et al (23)	75
Ezzoubi M et al (24)	59
Biasoli et al (25)	60
Sbai M (26)	66
FAIZ A (27)	64
Notre série	58

3. Le sexe :

Les tumeurs malignes des lèvres prédominent chez les hommes (1).

Cependant, d'après Ligier K et al (29), l'incidence des cancers des lèvres est en augmentation chez les femmes en France, ceci serait expliqué par l'augmentation de leur consommation de tabac et d'alcool.

Dans notre série, on a noté une prédominance masculine, 80% contre 20% des femmes, avec un sex-ratio de 4 (**Tableau 20**). Ce qui concordait avec les données de différentes séries, notamment la série de Vukadinovic et al (15), Casal et al (28), Salgarelli et al (23), Ezzoubi et al (24), Biasoli et al (25) et SBAI M (26), où le sex-ratio varie de 2.6 à 10.

Tableau 20 : Le sex-ratio selon les séries.

Série	Nombre total des cas	Sex-ratio
Vukadinovic M et al (30)	233	5

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

Casal D et al (28)	228	10
Salgarelli AC et al (23)	158	5,3
Ezzoubi M et al (24)	100	7,3
Biasoli et al (25)	144	4,3
SBAI M (26)	40	2,6
Notre série	30	4

4. Les facteurs de risque :

a. L'exposition solaire :

L'exposition chronique au soleil est le principal facteur de risque de carcinome labial, d'autant plus au niveau du vermillon dont l'épithélium labial est mince, ce qui le rend particulièrement plus sensible. Ce risque est majeur pour les personnes à peau claire ayant vécu au grand air (31), augmentant avec la durée de l'exposition et l'âge, avec un effet seuil (1,32).

L'exposition solaire prolongée a été retrouvée chez 50% des patients dans la série de Zaraa et al (21), 45% dans la série de Tazi et al (22), 39.6% dans la série de Biasoli et al (25), 66,7% dans la série d'Amazzal (15), 60% dans la série de Lakhmiri (33), 30% dans la série de Sbai (26) et 81% dans la série de Faiz (27).

Dans notre série, 73,3% des patients avaient une notion d'exposition solaire prolongée.

Tableau 21 : L'exposition solaire dans les séries.

Série	Pourcentage
Zaraa et al (21)	50%

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

Tazi et al (22)	45%
Biasoli et al (25)	39.6%
Amazzal (15)	66,7%
Lakhmiri (33)	60%
Sbai M (26)	30%
FAIZ A (27)	81%
Notre série	73,3%

b. Le tabagisme :

La fumée du tabac contient plus de 4 000 substances chimiques dont plus de 70 sont reconnues pour causer, provoquer ou favoriser le cancer (34).

En France, c'est en 1954 qu'une première étude rétrospective (incluant des patients non-fumeurs atteint d'un cancer des VADS comme groupe témoin avec 4000 sujets dans chaque groupe), a permis d'établir une différence significative entre les deux groupes, et donc d'imputer le tabac comme facteur de risque (20).

L'intoxication tabagique a été retrouvée chez 80% des patients dans la série de Tazi et al (22), 85% des patients dans la série d'Ezzoubi et al (24), 77,3% dans l'étude d'Amazzal (15), 60,4% dans la série de Biasoli et al (25), 60% dans l'étude de Lakhmiri (33), et 45% des patients dans l'étude de Sbai M (26).

Dans notre étude l'intoxication tabagique a été retrouvée chez 13 patients soit 43%, tous de sexe masculin. La consommation variait entre 20 et 40 paquets/année.

Tableau 22 : Le tabagisme dans les séries.

Série	Pourcentage
Tazi et al (22)	80%

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

Ezzoubi et al (24)	85%
Amazzal (15)	77,3%
Biasoli et al (25)	60.4%
Lakhmiri (33)	60%
Sbai M (26)	45%
Notre série	43,3%

c. L'intoxication alcoolique :

L'alcool ne semble pas jouer un rôle carcinogène direct mais plutôt celui de potentialisateur du tabac. En induisant une atrophie de l'épithélium buccal, il favorise la pénétration ainsi que la solubilisation des métabolites carcinogènes du tabac. L'acétaldéhyde, premier métabolite de l'éthanol, a cependant été décrit comme agent cancérigène chez l'animal et souligne son possible rôle carcinogène (31,35).

Les deux facteurs n'ajoutent pas seulement leurs effets mais agissent en synergie comme l'ont montré les travaux de ROTHMAN et KELLER (36), aux USA partant de 1000 cas, ces auteurs ont montré que pour un risque de 1 chez le sujet qui ne fume pas et ne boit pas, le risque de cancer de la cavité buccale était de 1,23 chez l'éthylique non-fumeur, de 1,53 chez le fumeur non éthylique et de 5,71 chez le fumeur éthylique.

Tableau 23 : L'éthylisme dans les séries.

Série	Pourcentage
Tazi et al (22)	35%

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

Ezzoubi et al (24)	22%
Biasoli et al (25)	38.19%
Amazzal (15)	22,8%
Lakhmiri (33)	10%
Sbai M (26)	7,5%
Notre série	6,6%

d. Mauvais état buccodentaire :

La mauvaise hygiène buccodentaire est habituellement présente avec l'intoxication alcoolo-tabagique. En effet, la flore buccale bactérienne très développée en cas de mauvaise hygiène buccodentaire, facilite la dégradation de l'éthanol en acétaldéhyde et le passage de ces cancérigènes à travers une muqueuse buccale malade (37).

La mauvaise hygiène bucco-dentaire a été retrouvée chez 27,5% des patients dans l'étude de Sbai M (26), 30% des patients dans l'étude de Lakhmiri (33), 63% des patients dans l'étude de FAIZ (27), 68% des patients dans l'étude d'Amazzal (15), et 96% des cas dans l'étude de Tazi et al (22). Dans notre étude, elle a été retrouvée chez 80% des patients sous forme de caries dentaires et de parodontopathies.

Tableau 24 : La mauvaise hygiène bucco-dentaire dans les séries.

Série	Pourcentage
Sbai M (26)	27,5%

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

Lakhmiri (33)	30%
Faiz A (27)	63%
Amazzal (15)	68%
Tazi et al (22)	96%
Notre série	80%

e. Autres :

Les greffés d'organes sous traitement immunosuppresseur (1,38), Papilloma virus humain (39), les traumatismes locaux et les irritations chroniques (radiodermites, brûlures), les habitudes alimentaires, et la prédisposition génétique sont aussi considérés comme facteurs étiologiques, bien que dans la plupart des cas il y a probablement un effet synergique.

5. L'état pré-néoplasique :

a. Les dermatoses pré-néoplasiques congénitales :

- **Le xeroderma pigmentosum :**

C'est une photodermatose d'origine génétique, Elle se manifeste dès la première exposition solaire où l'enfant va développer des éphélides et des macules brunes sur les zones exposées. Sans protection le malade va développer des kératoses actiniques précoces, puis des carcinomes cutanés avec un décès vers la deuxième décennie(40) (**Figure 12, Figure 35**).

- **L'albinisme :**

Il réalise une leucodermie généralisée s'associant à des manifestations oculaires. Les albinos sont très sensibles à la lumière solaire, inaptés au bronzage et font de multiples cancers cutanés (41).

- **Le syndrome de Gorlin :**

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

Caractérisé par de multiples nævi typiques, qui apparaissent après la puberté. Chez 76% des patients ces nævi se cancérisent en CBC (42).



Figure 51 : Présentation clinique du syndrome de Gorlin (43).

b. Les dermatoses prénéoplasiques acquises :

Ils se présentent essentiellement sous formes de lésions blanches appelés leucoplasies, et érythémateuses dites érythroplasies, rarement des lésions pigmentées. Ces lésions sont fréquentes et posent des problèmes de diagnostic.

- **Les leucoplasies :**

Toute modification de la leucoplasie labiale (fissuration, érosion ou végétation) doit suggérer une transformation maligne. Ces leucoplasies sont regroupées sous le nom de chéilites (44).

- **Chéilite actinique :**

Elle survient après une exposition prolongée au soleil et aux intempéries (45,46). L'atteinte de la lèvre inférieure dans la région du vermillon est la plus fréquente. Cliniquement, elle se manifeste par une desquamation, des lésions kératosiques érythémateuses, atrophiques ou érosives et parfois des fissures chroniques sont notées. Selon les auteurs, le risque de dégénérescence en carcinome épidermoïde est estimé entre 5 et 10% (22).

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

- Chéilite tabagique :

Elle prend une forme particulière en pastille, latérale et en miroir. Elle se manifeste par des squames sèches, adhérentes, à bords décollés et noirâtres sur le versant externe de la lèvre et par des lésions blanchâtres sur le versant interne de la lèvre (16).

- Chéilite glandulaire : (Figure 52)

Elles regroupent trois entités, la chéilite glandulaire simple de Puente (48), la chéilite suppurée superficielle de Baelz et la chéilite glandulaire profonde ou apostémateuse de Volkman (49). Elles sont révélées par la macro chéilite de la lèvre inférieure le plus souvent, et la dilatation des orifices des glandes salivaires accessoires entourés d'un halo leucoplasique sur une muqueuse érodée, hémorragique ou croûteuse.



Figure 52 : Chéilite glandulaire (16).

- Chéilites en rapport avec une dermatose :

✓ Lichen plan :

C'est une atteinte inflammatoire chronique qui se présente sous forme d'un réseau, de stries blanches initialement, qui débordent le vermillon pour se prolonger sur le versant muqueux de la lèvre (44).

✓ Lupus érythémateux chronique : (Figure 13)

Affection érythémato-leucokératosique et atrophique, localisée surtout au niveau de la lèvre inférieure. Le plus souvent c'est un aspect de chéilite sèche, kératosique, débordant vers la muqueuse sous la forme d'un réseau blanchâtre (50).

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

✓ Candidose chronique :

Elles sont représentées par les candidoses hyperkératosiques, appelées également granulomes monoliasiques. Elles sont bourgeonnantes et indurées sur un fond érythémateux, de siège rétro-commissurale pouvant s'étendre sur la face interne des joues. La dégénérescence et l'association au carcinome verruqueux est assez fréquente justifiant des contrôles histologiques répétés (51).

• Les érythroplasies :

Ces lésions érythroplasiques sont plus rares, mais présentant un risque de dégénérescence plus élevé, notamment l'érythroplasie de Queyrat ou maladie de Bowen (1,38,52).

Dans la série de Zaraa et al (21), 26,6% des patients avaient une leucoplasie labiale, 10% des patients avaient une chéilite chronique et 3,3% des patients avaient un lichen érosif.

Dans la série de LAKHMIRI M (33), 20% des patients avaient une leucoplasie labiale.

Dans la série de SBAI M (26), 30% des patients avaient une chéilite actinique.

Dans la série de FAIZ A (27), 18% des patients avaient une chéilite actinique, et également 18% des cas avaient une chéilite tabagique.

Dans la série de Nfissi A (53), 26,7% des cas avaient des lésions mélanodermiques, et 6,7 avaient une chéilite actinique.

Dans notre série, les lésions précancéreuses ont été retrouvées dans 23,4% des patients. 13,4% avaient une XP, 6,7% avaient un lupus érythémateux chronique, et 3,4% avaient une lésion pigmentée (**Tableau 25**).

Tableau 25 : Les états pré-néoplasiques dans les séries.

Série	Pourcentage
Zaraa et al (21)	39,9%
Lakhmiri (33)	20%
Sbai M (26)	30%
Faiz A (27)	36%
Nfissi A	33,3%
Notre série	23,3%

II. Le profil clinique :

1. Délai de consultation :

Le délai de la consultation est un facteur pronostique des tumeurs évoluées des lèvres. Le retard diagnostique est une monnaie courante.

Dans la série d'Amari H (54) en 2000, le délai moyen de consultation était de 3,5 ans. Dans la série d'Amazzal N (15) en 2009, il était de 19 mois. Dans la série de Zaraa et al (21) en 2013, il était de 7,5 mois, et 7 mois dans la série de Sbai M (26) en 2018. Nos patients ont consulté en moyenne 18 mois après l'apparition de leur symptomatologie, en dehors des deux patientes qui ont consulté après 10 ans d'évolution.

Tableau 26 : Délai de consultation dans les séries.

Série	Délai de consultation
Amari H (54) 2000	42 mois
Amazzal N (15) 2009	19 mois
Zaraa et al (21) 2013	7,5 mois
Sbai M (26) 2018	7 mois
Notre série	18 mois

Les patients semblent donc consulter après plusieurs mois d'évolution, ceci serait dû à la banalisation de certains symptômes malgré leur persistance, à la négligence de certains

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

patients, et parfois le recours d'abord à la médecine traditionnelle, en outre l'éloignement des patients des structures sanitaires.

2. Motif de consultation :

Les patients consultent souvent pour (1) :

- Une tuméfaction et/ou une ulcération de la lèvre
- Des saignements
- Des douleurs
- Une gêne labiale lors de l'alimentation ou de la phonation
- Une gêne esthétique causée par une tumeur volumineuse.

Tableau 27 : Motif de consultation dans les séries.

	Amazzal (15)	Lakhmiri (33)	Sbai M (26)	Faiz A (27)	Notre série
Tuméfaction	68%	80%	55%	90,9%	86,6%
Ulcération	13,6%	20%	45%	36,3%	66,6%
Douleur	-	30%	-		53,3%
Saignement	13,7%	30%	22,5%	18,2%	50%
Issu du pus	13,7%	-	-	-	13,3%
Difficulté d'alimentation	4,6%	10%	-	-	10%
Trouble phonatoire	4,6%	-	-	-	16,6%
Echec du traitement médical et/ou traditionnel	-	30%	-	-	36,6%

3. Examen clinique :

3.1. La tumeur:

a. Le siège de la tumeur :

Un examen minutieux des deux lèvres doit être réalisé pour préciser le siège et l'extension locale de la tumeur.

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

D'après Ben Slama (1), le carcinome épidermoïde siège typiquement au niveau du tiers moyen de la lèvre inférieure. Cependant, d'après Descrozailles JM (55), il n'existe pas de localisation prédominante de la tumeur sur les lèvres.

La localisation au niveau de la lèvre inférieure a été retrouvée dans 92% des cas dans la série de Vukadinovic et al (30), 72,8% dans la série d'AMAZZAL N (15), 95,6% dans la série de Casal et al (28), 85% dans de la série de Biasoli et al (25), 80% dans la série de Zaraa et al (21), 70% dans de la série de LAKHMIRI (33), et chez 60% des patients dans la série de SBAI (26) (Tableau 28).

Dans notre étude, les tumeurs malignes étaient localisées au niveau de la lèvre inférieure dans 53,4% des cas, suivie par la localisation au niveau de la lèvre supérieure dans 43,4% des cas.

Tableau 28 : Localisation des tumeurs labiales dans les séries.

	Lèvre inférieure	Lèvre supérieure	Commissure labiale
Vukadinovic et al (30) (Belgrade 2004)	92%	6%	2%
Amazzal N (15) (Marrakech, 2008)	72,8%	9,1%	18,1%
Casal et al (28) (Lisbonne, 2010)	95,6%	2,6%	1,7%
Zaraa et al (21) (Tunis, 2013)	80%	3%	17%
Lakhmiri M (33) (Rabat, 2015)	70%	0%	30%
Biasoli et al (25) (Brésil, 2016)	85%	7%	6%
Sbai M (26) (Fes, 2018)	60%	10%	17,5%
Notre série	53,4%	43,4%	3,4%

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

b. L'aspect macroscopique de la tumeur :

On retrouve les trois formes cliniques classiques : ulcéreuse, ulcéro-bourgeonnante, et infiltrante.

La forme ulcérobourgeonnante se caractérise par une tumeur saillante, bourgeonnante, parfois ulcérée et surmontée de croûtes ou d'amas cornés. Les bords sont durs, épais, et la base est infiltrée. La lésion peut saigner au moindre traumatisme.

Dans la littérature on retrouve que cet aspect macroscopique est le plus fréquent (21,22,55), pareillement à notre étude où il représente 70% des cas.

c. La taille tumorale :

La taille de la tumeur est appréciée par l'inspection et la palpation qui permettent de préciser l'étendue en surface et l'infiltration en profondeur.

Chez Zaraa et al (21), 53,3% avaient des tumeurs supérieures à 2 cm dans le plus grand axe.

63% des patients de la série de Faiz A (27), avaient une tumeur mesurant entre 2 et 4 cm.

Dans la série d'Ezzoubi et al (24), 71% des cas avaient des tumeurs mesurant moins de 4 cm dans le plus grand axe.

Chez Lakhmiri M (33), dans plus de 60% des cas, le cancer mesure plus de 4 cm dans le plus grand axe.

Dans notre étude, qui a concernait les tumeurs malignes évoluées des lèvres, 50% des cancers mesurent plus de 3 cm, la taille variait de 2 à 10 cm avec une médiane de 4,2 cm.

3.2. L'extension tumorale :

a. Locale :

Les tumeurs malignes des lèvres peuvent s'étendre aux commissures labiales, aux sillons gingivo labiaux, à la gencive, aux joues et au menton. L'extension peut également se faire vers l'os mandibulaire et atteindre la base du crâne par infiltration du paquet vasculonerveux émergeant du trou mentonnier (56).

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

Une deuxième localisation au niveau des VADS doit toujours être recherchée. La cavité buccale, l'oropharynx, le larynx et l'hypopharynx doivent donc être minutieusement examinés.

Tableau 29 : L'extension locale des tumeurs labiales dans les séries.

Série	Nombre de cas	Extension locale
Nfissi A (53)	7	23%
Faiz A (27)	7	63%
Sbai M (26)	6	15%
Lakhmiri M (33)	3	30%
Notre série	15	50%

b. Régionale :

Les tumeurs malignes de la lèvre supérieure infiltrent les ganglions pré auriculaires, parotidiens, sous-digastriques, sous-mentaux, sous-maxillaires et sus-omo-hydiens. Celles de la lèvre inférieure envahissent les ganglions sous mentaux, sous-maxillaires, sous-digastriques et sus-omo-hyidiens.

Les carcinomes baso-cellulaires sont des tumeurs à malignité locale, ils ne donnent pas de métastases. Cependant, dans les carcinomes épidermoïdes, le risque d'extension lymphatique est corrélé à deux facteurs essentiels qui sont la taille de la tumeur et son degré de différenciation (57). L'existence de métastases ganglionnaires traduit un stade tumoral avancé.

Pour les carcinomes labiaux classés T1, l'atteinte ganglionnaire survient dans moins de 5% des cas. A partir du stade T2, le risque devient plus élevé, l'atteinte ganglionnaire survient dans environ 15% des cas (58).

L'envahissement ganglionnaire représente un élément capital pour classer la tumeur, préciser l'attitude thérapeutique, et pour évaluer le pronostic.

Tableau 30 : L'envahissement ganglionnaire dans les séries.

Série	Adénopathies
Vukadinovic et al (30) (Belgrade 2004)	26%
Amazzal N (15) (Marrakech, 2008)	41%
Zaraa I et al (21) (Tunis, 2013)	43,3%
Lakhmiri M (33) (Rabat, 2015)	40%
Sbai M (26) (Fes, 2018)	9%
Notre série	33,4%

3.3. Examen général :

L'examen général recherche des localisations à distance, principalement au niveau des poumons, du foie et des os, et permet d'évaluer l'état général à la recherche de contre-indications à l'anesthésie générale.

Il n'a pas objectivé de localisations secondaires à distance chez nos patients lors de la PEC chirurgicale initiale. Une étude rétrospective de Vahtsevanos K (59) sur 186 patients ayant un carcinome des lèvres a objectivé 4 cas de métastases à distance soit 2,1%, à localisation osseuse, pour des tumeurs classées T2-T4.

III. Le profil paraclinique :

1. L'étude histo-pathologique :

Le diagnostic positif des carcinomes repose sur l'examen clinique et se confirme par l'examen anatomopathologique.

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

Tous les patients de notre série ont bénéficié d'une biopsie préalable au traitement chirurgicale. Cette attitude a été motivée par le caractère évolué des tumeurs, et par le souci d'offrir aux patients une prise en charge adéquate.

L'étude histologique a révélé la présence d'un carcinome épidermoïde chez 76,6% de nos patients. Alors que le carcinome baso-cellulaire était retrouvé chez 23,3% des patients.

Ce résultat rejoint les données de la littérature. Les carcinomes épidermoïdes constituent 90% des tumeurs malignes labiales (1).

Tableau 31 : L'étude histologique des tumeurs labiales dans les séries.

	Carcinome épidermoïde	Carcinome basocellulaire
Amazzal N (15) (Marrakech, 2008)	83,3%	9,1%
Casal et al (28) (Lisbonne, 2010)	81%	19%
Tazi et al (22) (Casablanca, 2014)	95%	5%
Lakhmiri M (33) (Rabat, 2015)	100%	-
Biasoli et al (25) (Brésil, 2016)	100%	-
Sbai M (26) (Fès, 2018)	80%	20%
Faiz A (27) (Fès, 2021)	72%	28%
Notre série	76,7%	23,3%

Dans notre série, 40% des cas avaient un carcinome épidermoïde bien différencié. Dans la série de Zaraa et al (21), Casal et al (28) et Lakhmiri M (33), Biasoli et al (25), 63,3%, 70,8%, 100% et 43% des carcinomes épidermoïdes étaient bien différenciés.

2. La radiologie :

Le bilan d'extension est réalisé en fonction du type histologique, du stade, du siège tumoral et des signes d'appel cliniques.

2.1. Bilan d'extension locorégional :

a. L'échographie cervicale :

Elle est plus sensible et plus spécifique que le simple examen clinique dans la recherche d'un envahissement ganglionnaire cervical. Elle est par ailleurs non invasive, peu coûteuse et facilement reproductible mais dépend de l'opérateur.

Chez Lakhmiri M (33), l'échographie cervicale a été faite chez tous les malades, elle a permis de confirmer un envahissement ganglionnaire clinique dans 20% des cas et infra-clinique dans 20% des cas. Dans la série de Sbai M (26), elle a été réalisée chez les 32 patients présentant des carcinomes épidermoïdes, et elle a permis de confirmer la présence d'adénopathies dans 70% des cas. Dans la série de Zaraa et al (21), elle a été pratiquée dans 13 cas, objectivant des adénopathies dans 30% cas. Concernant notre étude, l'échographie cervicale a été réalisée chez 16 de nos patients, et elle a permis le repérage d'adénopathies dans 40% des cas (**Tableau 32**).

Tableau 32 : L'échographie cervicale dans les séries.

Série	Envahissement ganglionnaire
Lakhmiri M (33)	40%
Sbai M (26)	70%
Zaraa et al (21)	30%
Notre série	40%

b. La tomодensitométrie cervico-faciale :

La tomодensitométrie constitue un outil important pour la classification de la lésion et l'indication chirurgicale.

Elle n'est pas réalisée systématiquement, elle peut être proposée pour compléter les données de l'échographie concernant l'envahissement des aires ganglionnaires, ou pour les tumeurs étendues (supérieure à 2cm), essentiellement pour la recherche d'une extension osseuse, qui est suspectée devant la présence d'une lyse osseuse et /ou d'une perméation corticale, d'une réaction périostée, ou d'une ostéocondensation au contact de la lésion (1,16).

La TDM cervico-faciale a été effectuée chez 53,4% de nos patients. Elle a permis de confirmer une extension ganglionnaire dans 36,7% des cas, une extension de la tumeur aux structures osseuses dans 20% des cas. Une infiltration des structures sous cutanées adjacentes chez 33,4% des patients et un envahissement des autres unités faciales dans 16,7% cas.

Dans la série de Lakhmiri.M (33), la TDM a été faite chez 30% des malades. Elle a permis de montrer une atteinte osseuse dans 20% des cas et une extension ganglionnaire dans 10% des cas.

Dans la série de Sbai M (26), Elle a été effectuée chez 17,5% des patients, elle a permis de visualiser une extension aux structures osseuses dans 12,5% des cas, et de confirmer l'absence d'atteinte locorégionale dans 5% des cas

Dans la série de Faiz A (27), elle a été effectuée chez 63% des patients. Elle a permis de visualiser des adénopathies (sous-maxillaires et jugulo-carotidiennes) dans 9% des cas.

Dans la série de Zaraa et al (21) ainsi que la série d'Amazzal.N (15), la TDM a été pratiquée chez un seul patient, objectivant une lyse osseuse (**Tableau 33**).

Tableau 33 : La TDM cervico-faciale dans les séries.

Série	Atteinte ganglionnaire	Atteinte osseuse
Lakhmiri.M (33)	10%	20%
Sbai M (26)	12,5%	12,5%
Faiz A (27)	9%	0%
Zaraa et al (21)	-	3,4%
Amazzal.N (15)	-	4,5%
Notre série	36,7%	20%

c. L'imagerie par résonance magnétique faciale :

C'est l'examen de choix pour mieux préciser l'extension locale et locorégionale de la tumeur vers les tissus mous. C'est également un examen de qualité pour rechercher une infiltration de la médullaire osseuse mandibulaire (62). Cependant, c'est un examen coûteux, qui n'est pas toujours disponible, avec un délai d'accès relativement long.

Beylot-Barry M (63), recommande une exploration locorégionale radiologique par IRM à partir de T3 de la classification TNM des tumeurs des lèvres. Dans notre série, deux patients ont bénéficié d'une IRM cervico-faciale.

2.2. Bilan d'extension à distance :

a. La radiographie thoracique :

Les métastases pulmonaires sont les premiers sites métastatiques en importance pour les carcinomes épidermoïdes des lèvres. La radiographie pulmonaire est indiquée systématiquement dans la littérature (1,16).

Elle a été réalisée chez tous nos patients et n'a pas montré de localisation secondaire.

b. L'échographie abdominale :

Elle constitue un examen important pour la recherche de métastases hépatiques (1,16,38).

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

Elle a été effectuée dans 76,7% des cas dans la série de Zaraa et al (21), dans 20% des cas dans la série de Nfissi A (53), chez 9% des cas dans la série de Faiz A (27), et 10% des cas dans notre série, sans montrer de métastases viscérales.

a. La tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne :

Dans la série de Faiz A (27), le scanner thoraco-abdomino-pelvien a été réalisé dans 36% des cas ne révélant pas de métastase à distance.

Dans notre série, vu le caractère évolué des tumeurs des lèvres incluses dans l'étude, la TDM thoraco-abdomino-pelvien a été indiquée chez 76,7% des cas, sans montrer de métastase durant la PEC chirurgicale initiale.

IV. La classification TNM :

Au terme du bilan clinique et paraclinique, la tumeur sera classée selon la classification TNM de l'UICC (**annexe 2**). Cette classification sera complétée après chirurgie et examen histologique.

Tableau 34 : Regroupement en stades des tumeurs des lèvres.

Stade 0	T0 N0 M0
Stade I	T1 N0 M0
Stade II	T2 N0 M0 T3 N0 M0
Stade III	T4 N0 M0 tout T N1 M0
Stade IV	tout T tout N M1

Selon la classification TNM, 63,4% des tumeurs incluses dans notre étude ont été classés T3-T4. Ces résultats pouvaient être expliqués par :

- ✓ Le long délai de la consultation dans notre série (18 mois)
- ✓ L'éloignement de nos patients des structures sanitaires et leur négligence

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

- ✓ L'absence de sensibilisation de ces malades
- ✓ Le recours initial aux thérapeutiques traditionnelles.

Des résultats similaires ont été rapportés dans la série d'Amari H (54), de Nfissi A (53) et Lakhmiri M (33), où la tumeur a été découverte à des stades plus tardifs, classée T3-T4 dans 61,5%, 57% et 60% des cas.

Toutefois dans la série de Salgarelli et al (23), Tazi et al (22), Casal et al (28), Zaraa et al (21), Biasoli et al (25), et Ezzoubi et al (24), la tumeur a été classée T1-T2 dans 87,9%, 70%, 81%, 83,3%, 87% et 71% des cas (Tableau 35).

Tableau 35 : La classification TNM des tumeurs dans les séries.

	T1-T2	T3-T4
Amari H (54) (Rabat, 2000)	38,50%	61,50%
Ezzoubi et al (24) (Casablanca, 2005)	71%	29%
Nfissi A (53) (fès, 2009)	43%	57%
Casal et al (28) (Lisbonne, 2010)	81%	9%
Zaraa et al (21) (Tunis, 2013)	83,30%	16,70%
Tazi et al (22) (Casablanca, 2014)	70%	30%
Salgarelli et al (23) (Modène, 2015)	87,90%	12,10%
Biasoli et al (25)(Brésil, 2016)	87%	5%
Lakhmiri M (33) (Rabat, 2015)	40%	60%
Faiz A (27) (Fès, 2018)	70%	30%
Notre série	36,7%	63,4%

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

Les métastases ganglionnaires sont décrites dans le tableau suivant :

Tableau 36 : Les métastases ganglionnaires dans les séries.

Séries	N0	N1	N2	N3
Vukadinovic (30) (Belgrade 2004)	163	40	12	8
Amazzal N (15) (Marrakech, 2008)	11	5	2	2
Casal et al (28) (Lisbonne, 2010)	218	5	0	2
Lakhmiri M (33) (Rabat, 2015)	6	1	2	1
Sbai M (26) (Fès, 2018)	6	9	17	0
Notre série	9	1	13	0

On n'a pas objectivé de métastase à distance dans notre étude lors de la prise en charge chirurgicale initiale (M0).

Ceci est également le cas dans l'étude d'Amazzal N (15), Casal et al (28), Lakhmiri M (33) et Sbai (26). Cependant, Vahtsevanos et al (59) a objectivé dans une série de 186 patients, 2,1%, des cas de métastase à distance (M1).

V. Le profil thérapeutique :

1. Préopératoire :

1.1. Traitement médical :

Tous nos patients ont reçu des soins locaux, des antiseptiques buccaux, des traitements antalgiques et des antibiotiques en cas de tumeurs ulcérées, vastes et surinfectées à base d'amoxicilline et acide clavulanique. Ceci est également le cas dans la série de Sbai M (26), et de Lakhmiri M (33). En plus de la mise en état de la cavité buccale préalable au geste par détartrage, l'extraction des dents détruits, et soins des caries débutantes dans la série d'Amazzal N (15), et Faiz A (27).

Milic T (64) et al recommande une antibioprophylaxie systématique en une seule dose 24h avant le geste chirurgical à base de cefazoline 2g, ou cefotaxime 2g, ou clindamycine 600mg en association avec gentamicine à la dose de 1.7 mg/kg en IV.

1.2. Bilan pré-thérapeutique :

a. Clinique :

Comme indiqué dans la littérature (15,26,27,33), un examen général a été réalisé chez tous nos patients pour l'appréciation de l'état général, et pour la recherche de contre-indications à l'anesthésie générale.

b. Paraclinique :

Les examens biologiques habituels (hémogramme, bilan d'hémostase, groupage et rhésus, urée et créatininémie, glycémie à jeun), ainsi que la radiographie thoracique et l'électromyogramme, étaient systématiquement demandés dans notre série pour évaluer l'opérabilité de nos patients. De même dans la série d'Amazzal N (15), Sbai M (26), et Faiz A (27).

Un complément par échographie cardiaque était jugé nécessaire chez 8 patients de notre série. Son rôle est crucial, essentiellement dans la détection des dysfonctions ventriculaires gauches asymptomatiques comme le montrait l'étude de Stenberg et al (65).

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

c. Consultation pré-anesthésique :

Une consultation pré-anesthésique a été faite de façon systématique chez l'ensemble des malades de notre série, ceci est également le cas dans la série d'Amazzal N (15), et la série de Sbai M (26).

d. Type d'anesthésie :

Le type d'anesthésie locale ou générale est choisi en fonction du type d'intervention chirurgicale, de la taille de la tumeur et de l'état général du patient.

Les tumeurs de 1 à 2 cm (T1) de la lèvre sont traitées sous anesthésie locale, les tumeurs plus étendues du fait des techniques de réparation nécessaires, sont opérées sous anesthésie générale, ce qui est le cas de notre série regroupant des tumeurs évoluées des lèvres (Tableau 37).

Tableau 37 : Type d'anesthésie dans les séries.

Série	Anesthésie locale	Anesthésie générale
Faiz A (27)	9 cas	2 cas
Dhambri et al (66)	-	70 cas
Notre série	-	30 cas

2. Chirurgie :

La chirurgie est reconnue comme étant le traitement de choix des tumeurs des lèvres. Elle présente l'avantage de fournir une pièce d'exérèse permettant la confirmation histologique du diagnostic et la vérification de la qualité de l'exérèse, et d'obtenir un taux très élevé de contrôle local, et la guérison d'une grande majorité des patients.

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

- **Curatif** : assurer une exérèse carcinologique de bonne qualité pour éviter les récidives.

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

- **Fonctionnel** : assurer une bonne reconstruction des tissus réséqués.
- **Esthétique** : rétablir la fonction esthétique.

L'intervention chirurgicale est réglée, après bilan préopératoire, CPA et consentement éclairé du patient.

2.1. L'exérèse tumorale :

L'exérèse chirurgicale a été indiquée en première intention chez tous nos patients, pareillement à la série de Sbai M (26) et Lakhmiri M (33). Une chimiothérapie néoadjuvante a été indiquée chez un patient ayant une tumeur labiale volumineuse dans la série de Faiz A (27). Une radiothérapie préopératoire a été faite chez 2 des 228 patients ayant des tumeurs rapidement évolutives dans la série de Casal D et al (28), le reste des patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical en première intention.

L'exérèse doit être carcinologique, c'est-à-dire, complète d'emblée, pour limiter le risque de récurrence locorégionale et à distance. Les lésions tumorales malignes sont enlevées avec une marge de sécurité latérale et profonde en raison de la fréquence de leur extension microscopique, source de récurrence locale. Les limites d'exérèse varient selon la nature histologique de la tumeur, il est important de les respecter ; dans la mesure du possible, afin d'obtenir des limites carcinologiques infra cliniques saines, sans faire une exérèse excessive de tissu sain.

- Pour les carcinomes épidermoïdes (52): il est recommandé de respecter des marges latérales de 8-10 mm et des marges en profondeur proportionnelles aux marges latérales.
- Pour les carcinomes basocellulaires (67): il est recommandé de respecter des marges latérales de 3- 5 mm pour les formes non sclérodermiformes et 8-10 mm pour les formes sclérodermiformes. Les marges en profondeur doivent aller jusqu'à l'hypoderme.

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

Pourtant, pour les cas présentant des tumeurs malignes évoluées des lèvres, les marges d'exérèse sont reconsidérées, puisque la décision chirurgicale chez ces patients peut n'avoir qu'un caractère palliatif, dont l'objectif peut être simplement de restaurer une vie de relations. Ainsi dans notre série, les marges variaient de 5mm à 10mm. L'exérèse était carcinologique dans 63,3% des cas de carcinomes épidermoïdes, et dans 20% des cas de carcinomes basocellulaires. Dans la série de Sbai M (26), l'exérèse tumorale a été réalisée en respectant une marge de 1 cm pour les CE et 8 mm pour les CBC sclérodermiformes. Dans la série de Lakhmiri (33), l'exérèse tumorale a été réalisée en respectant une marge de 1 cm. Dans la série de Dhambri (66) et Nfissi A (53), les marges d'exérèse variaient de 8 à 10 mm pour les carcinomes épidermoïdes et de 3 à 5 mm pour les carcinomes basocellulaires.

L'étude histologique des marges d'exérèse orientées de la tumeur n'a pas montré d'envahissement dans l'étude de Lakhmiri (33). Tandis ce que, chez Chekrine T (68), Amazzal N (15), Casal D et al (28) et Sbai M (26), les limites d'exérèse étaient tumorales dans 25%, 2%, 3,1% et 5% des cas (**Tableau 38**). Concernant notre étude, les limites de résection étaient saines dans 19 cas (63,4%), et tumorales dans 11 cas (36,7%).

Tableau 38 : Limites lésionnelles dans les séries.

Série	Taux d'exérèse incomplète
Chekrine T (68)	25%,
Amazzal N (15)	2%
Casal D et al (28)	3,1%
Sbai M (26)	5%
Notre série	36,7%

Les marges d'exérèse sont améliorées par l'indication des zones les plus suspectes cliniquement par le chirurgien durant l'acte opératoire. La chirurgie micrographique de Mohs (69) propose l'ablation séquentielle de la tumeur guidée par l'analyse peropératoire des marges d'exérèse sur des coupes congelées. La totalité des berges latérales et profondes

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

sont ainsi visualisées, permettant d'obtenir un taux de guérison plus élevé avec une préservation maximale des tissus sains.

2.2. L'évidement ganglionnaire :

Il existe trois types de curage ganglionnaire :

- Curage triangulaire : Il intéresse les groupes ganglionnaires cervicaux sous-mentaux, sous maxillaires, sous-digastriques et sus-omohyoidiens ainsi que le groupe spinal supérieur. Il peut être uni ou bilatéral.
- Curage fonctionnel (radical modifié) : Il réalise une exérèse complète des éléments cellulo-ganglionnaires représentés par la chaîne jugulo-carotidienne, la chaîne spinale et la chaîne cervicale transverse, et conserve la veine jugulaire, le nerf spinal et le muscle sterno-cléido-mastoïdien. Cette intervention techniquement difficile nécessite une bonne connaissance de la topographie des lymphatiques.
- Curage radical complet : Il correspond au curage fonctionnel complété par l'exérèse de la veine jugulaire, du nerf spinal et du muscle sterno-cléido-mastoïdien.

L'attitude thérapeutique vis-à-vis des aires ganglionnaires est très discutée et modulée. Le choix se pose entre l'abstention et le curage. Il dépend du type histologique et de la taille de la tumeur.

Ainsi, pour les carcinomes baso-cellulaires, aucun curage ganglionnaire n'est réalisé. Pour les carcinomes épidermoïdes l'attitude est discuté cas par cas.

▪ Pour T1 T2 N0 :

ZITSCH (70), pratiquant des curages ganglionnaires systématiques pour tous les carcinomes épidermoïdes des lèvres, n'a retrouvé qu'un seul envahissement ganglionnaire histologique sur 40 N0. Pareillement au Califano L (71) qui n'a trouvé que 3 cas

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

d'envahissement ganglionnaire sur 80 patients N0. Ils préconisent donc une simple surveillance.

Sollamo E et al (72) considère la biopsie de ganglion sentinelle comme une technique fiable pour la stadification tumorale et pour l'orientation de geste ganglionnaire, validée pour des tumeurs T1 supérieure à 1cm et les T2 inférieures à 3cm avec un statut ganglionnaire N0.

- Pour T3 T4 N0 :

Concernant T3-T4 N0, la démarche thérapeutique est plus discutée.

COWEN (73), BUCUR (74) et FRERICH (75) proposent de faire une exploration sous-mento-sous-maxillaire complétée par un geste jugulo-carotidien, en cas de positivité à l'examen histologique réalisé en extemporané. Cette attitude est réservée pour les patients dont l'âge et l'état général le permettent, aux patients difficiles à surveiller et ceux pris en charge localement par la chirurgie, avec abstention devant les patients disciplinés et ceux dont l'état général est précaire.

Pour BEAUVILLAIN C (16), le curage ganglionnaire sus omohyoïdien s'impose et l'étude histologique des ganglions enlevés est réalisé pour savoir s'ils sont envahis ou non.

- Pour T1-T4 N+ :

Tous les auteurs sont en accord que devant la présence d'adénopathie palpable, l'adénectomie avec examen histologique extemporané guide l'attitude chirurgicale imposant un curage en cas d'envahissement ganglionnaire (52,76-78).

Si on note l'existence de métastases ganglionnaires N+, il faudra préciser le siège et le nombre des ganglions atteints, ainsi que l'état de leurs capsules pour évaluer le pronostic et adopter une radiothérapie complémentaire sur les aires ganglionnaires.

Ainsi chez nos patients, l'abstention-surveillance des aires ganglionnaires a été indiquée pour 9 patients dont la tumeur a été classée N0. Pour les tumeurs classées T2-T4,

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

N+, un curage ganglionnaire a été réalisé. Le curage était bilatéral chez les patients ayant des adénopathies bilatérales (4 cas), et les patients porteurs de tumeurs labiales étendues aux 2/3 et aux organes de voisinage (3 cas). Ceci est également le cas dans la série d'Amazzal N (15) et Nfissi A (53).

Dans la série de Sbai (26), l'abstention-surveillance des aires ganglionnaires a été indiquée pour 6 patients dont la tumeur a été classée (T1, T2) N0. Pour les tumeurs classées T1-T4, N+, un curage ganglionnaire a été réalisé. Le curage était bilatéral chez les patients porteurs de tumeurs labiales étendues.

Dans la série de Lakhmiri (33), l'abstention-surveillance des aires ganglionnaires a été indiquée pour 1 patient dont la tumeur a été classée T1N0. Pour les tumeurs classées T2-T4, N0 ou N+, un curage ganglionnaire a été réalisé. 90% des patients ont donc subi un curage alors que 40% d'entre eux avaient des adénopathies cervicales. Le curage était bilatéral chez les patients porteurs de tumeurs labiales étendues (Tableau 39).

Tableau 39 : L'attitude thérapeutique vis-à-vis des adénopathies dans les séries.

Série	Geste ganglionnaire	Nombre de cas	Stade TNM
Lakhmiri M (33)	Abstention-surveillance	1 cas	T1N0
	Curage ganglionnaire	9 cas	T2-T4, N0 ou N+
Sbai M (26)	Abstention-surveillance	6 cas	T1-T2, N0
	Curage ganglionnaire	26 cas	T1-T4, N+
Amazzal N (15)	Abstention-surveillance	5 cas	T1-T4, N0
	Curage ganglionnaire	15 cas	T1-T4, N+
Nfissi A (53)	Abstention-surveillance	13 cas	T1-T4, N0
	Curage ganglionnaire	10 cas	T1-T4, N+
Notre série	Abstention-surveillance	9 cas	T1-T4, N0
	Curage ganglionnaire	14 cas	T2-T4, N+

En pratique :

L'attitude adoptée en cas de T1 T2 N0 est univoque : c'est l'abstention et surveillance. Cette surveillance doit être rigoureuse au rythme d'une consultation tous les deux mois pendant deux ans.

Pour T3 T4 N0, la démarche thérapeutique dépend du chirurgien, alors que pour N1 N2 N3, Le curage doit être systématique.

2.3. La parotidectomie :

La parotide est considérée comme le site préférentiel des métastases ganglionnaires des carcinomes. La parotide est le siège d'un riche réseau lymphatique qui draine la région temporale et jugale. Lorsqu'une métastase parotidienne est dépistée, il est recommandé de réaliser une parotidectomie conservatrice du nerf facial complétée par une lymphadénectomie ciblée chez les patients N0 cliniquement, suivie d'une radiothérapie de l'aire parotidienne mais sans irradiation cervicale si la lymphadénectomie est négative (1).

Asarkar et al (79) recommande également la réalisation d'une parotidectomie superficielle avec une lymphadénectomie ciblée dans les cas de carcinomes à haut risque.

Dans notre étude, une parotidectomie superficielle a été réalisée dans 3,3% des cas.

2.4. La reconstruction de la perte de substance :

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.

Les procédés de reconstruction sont nombreux, il en existe plus de 200 (23). Ils sont choisis en fonction du siège, de la taille de la tumeur, et de la fiabilité des techniques et des particularités cliniques du patient.

Dans la littérature (26,27,33,53) on trouve que la reconstruction des PDS se fait dans le même temps opératoire que l'exérèse tumorale, pareillement à notre série.

2.4.1. Les moyens :

a. La suture directe, en V et W :

La suture directe doit être orientée de façon parallèle aux lignes de faible tension décrites par « Langer » en 1861. Toute traction excessive s'accompagne d'une distorsion inesthétique notamment au niveau des zones périorificielles ainsi que le risque d'élargissement cicatriciel. C'est pourquoi le décollement des berges de la perte de substance est fondamental et va permettre le glissement de la peau sur le plan profond, ce qui permet à la fois un bon rapprochement du plan dermo-graisseux et une diminution de la tension au niveau dermo-épidermique. Les sutures se font en deux plans profond et superficiel.

Concernant la suture en V et W, le geste consiste à faire une résection transfixiante en V ou en W par bistouri à lame pointue. La réparation de la perte de substance résultante est faite par des points simples, en respectant les trois plans de l'anatomie labiale normale (80).

Dans la série de Casal et al (28), Sbai M (26), Nfissi A (53), Salgarelli AC et al (23), Dhambri et al (66) et Amazzal N (15), ces types de reconstruction ont été utilisés dans 91,6%, 47,5%, 33%, 29,1%, 39%, 18,1% des cas. Cependant, dans notre série, ils ont été adoptés seulement dans 2 cas en association avec d'autres moyens de couverture, ceci est expliqué par le caractère évolué des tumeurs incluses.

b. La greffe de peau (81) :

Elle est définie comme une portion cutanée détachée de son site donneur et transférée sur un site receveur distant où la revascularisation sera assurée à partir du sous-sol avant l'autolyse du fragment cutané. On utilise essentiellement des greffes de peau totale, qui consistent à emporter toute l'épaisseur de la peau, l'épiderme et le derme avec ses annexes pilosébacées, découpées à la forme et aux dimensions exactes de la perte de substance à combler. La greffe doit être parfaitement appliquée et immobilisée sur la PDS à reconstruire.

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

Après dégraissage soigneux, elle est suturée bord à bord pour que la cicatrice périphérique soit de bonne qualité.

Dans notre série, les greffes cutanées utilisées (4,6%) étaient toutes des greffes à peau totale, associées avec d'autres lambeaux (**Figure 53**), pour mieux recouvrir la perte de substance engendrée après l'exérèse. Elle a été également utilisé chez 11,1% des patients dans la série de Rifaat M (82),

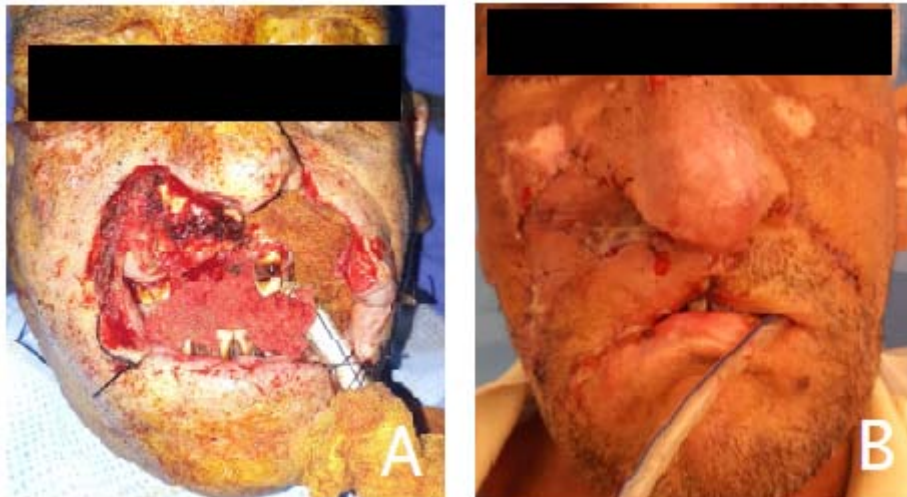


Figure 53 : A, Perte de substance après exérèse d'un carcinome épidermoïde de la lèvre supérieure. B, Couverture par double lambeau nasogénien avec greffe cutanée.

c. La greffe osseuse (83) :

Elle est destinée à reconstruire la charpente osseuse et consiste à prélever des fragments d'os à partir d'une côte, du crâne, ou de l'os iliaque. Certaines règles sont à respecter pour une prise optimale de la greffe :

- Le prélèvement doit se faire en évitant les agressions thermiques et chimiques (bistouris électriques, antiseptiques).
- la revascularisation doit être favorisée par une large surface de contact sans aucune interposition fibreuse et sans espaces morts, et la fixation doit être rigide.

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

- L'os spongieux doit être privilégié.

Un greffon osseux costal a été utilisé chez un malade dans notre série pour la reconstruction mandibulaire, en association avec le lambeau delto-pectoral et grand pectoral.

Bachlet et al (84) considère la reconstruction mandibulaire par les greffons costaux une excellente alternative des lambeaux libres de péroné. Dans une série de 54 patients qui ont bénéficiés tous d'une reconstruction par des greffes costales, 92,6% des greffons étaient viables.

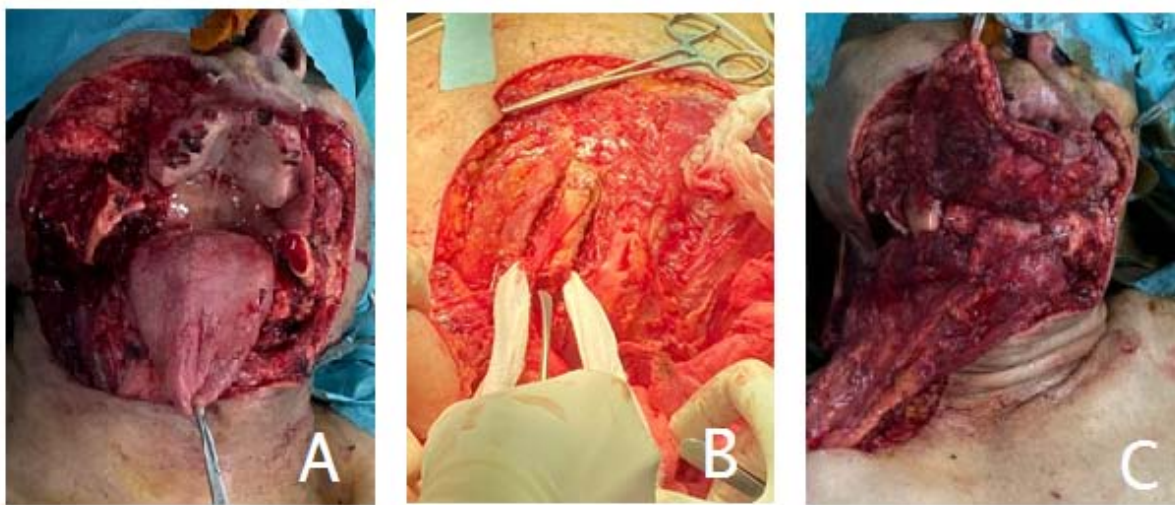


Figure 54 : A, Perte de substance après exérèse élargie d'un CE de la lèvre inférieure. B, Prélèvement de la 6ème cote. C, Reconstruction mandibulaire par le lambeau composite (côte et muscle grand pectoral).

d. La greffe muqueuse :

Les greffes muqueuses sont utilisées pour la réparation du vermillon et de la muqueuse endo-buccale. On peut pratiquer des greffons muqueux libres d'origine jugale, labiale ou palatine. Leur taille est limitée par la possibilité de fermeture primaire du site donneur (80).

e. Les lambeaux locorégionaux :

✚ Les lambeaux d'avancement :

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

- **Lambeau d'avancement de joue de Webster (80) :**

Il consiste en une excision cutanée d'un croissant péri alaire qui est nécessaire, ainsi qu'une excision juxta commissurale. Un décollement jugal large permet un enroulement de la joue le long de l'aile nasale et une suture sans tension. Il permet d'avoir moins de cicatrices résiduelles.

Ce lambeau a été pratiqué chez 3 malades soit 1,3% dans la série de Casal D et al (28), chez 2 patients de la série de Sbai (26) soit 5%, et dans un seul cas dans la série de Lakhmiri (33) soit 10%. Dans notre série, Il a été utilisé chez 3 malades soit 6,9%, pour la reconstruction de la lèvre supérieure.

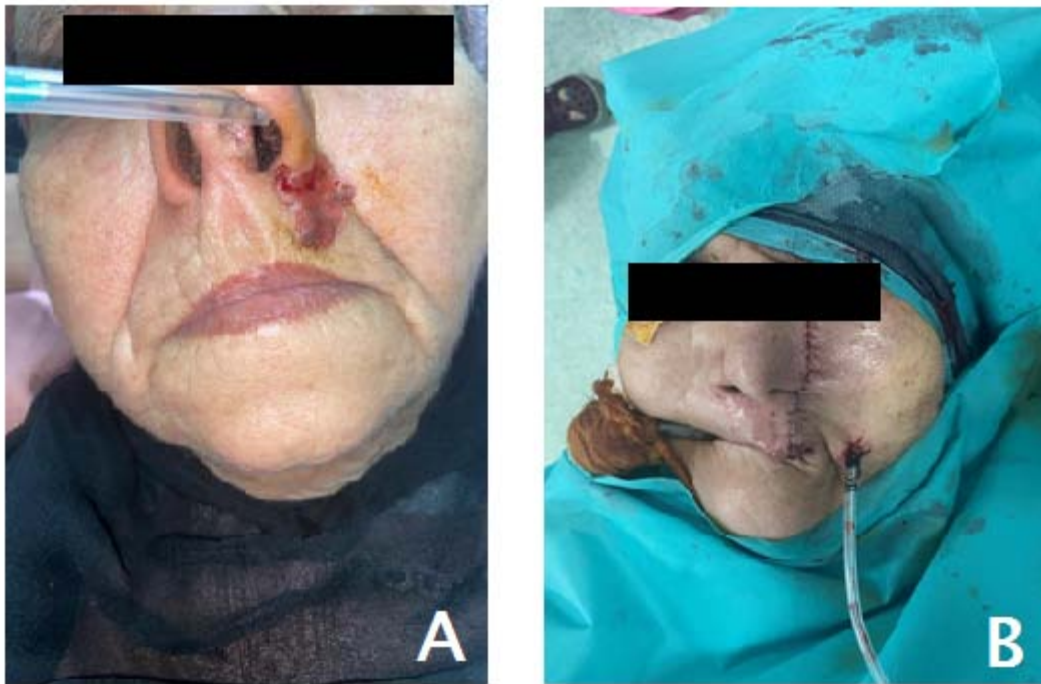


Figure 55 : A. Carcinome épidermoïde de la lèvre supérieure classé T4N0M0. B, Résultat post-opératoire immédiat après exérèse et couverture de la PDS par lambeau de Webster.

▪ **Lambeau nasogénien en ilot (85):**

Dessiné au niveau de la joue, l'incision latérale est placée légèrement en dehors du sillon nasogénien. L'incision médiane rejoint son sommet sur le sillon nasogénien. On commence par inciser les berges du lambeau, sa partie centrale laissée en place joue le rôle d'un pédicule sous-cutané, puis le lambeau est avancé et suturé en V-Y.

▪ **Lambeau de Mustardé (86):**

Indiqué pour les PDS para nasales. Le trait part du SNG ou canthus interne, horizontal dans une des rides de la patte d'oie, pour s'incurver vers le haut et croiser la queue du sourcil selon un angle d'environ 45°. Le trait est alors concave vers le bas, devenant horizontal pour croiser la patte des cheveux puis vertical prétragien. Le lambeau est alors mobilisé selon un mouvement d'avancement et de rotation (**Figure 56**), la zone de laxité utilisée étant pré-auriculaire voire basi-jugale.

Cette technique a été adoptée chez 7% des patients de notre série, et dans 0,4% des cas dans la série de Casal et al (28).



Figure 56 : A, CBC infiltrant de la lèvre supérieure. B, Tracé du lambeau de Mustardé. C, Perte de substance après exérèse tumorale. D, lever du lambeau. E, Avancement et rotation du lambeau. F, Résultat à court terme.

▪ **Lambeau de Camille Bernard :**

La technique consiste à réparer la PDS de la lèvre inférieure par deux lambeaux transfixiants de la joue. L'avancement est facilité par l'exérèse de deux triangles à base inférieure et à sommet péri-alair, opposés, situés de part et d'autre dans les plis nasogéniens. Chaque base est égale à la moitié de la perte de substance de la lèvre. Un lambeau muqueux triangulaire est ensuite pris à la partie interne de la joue en respectant l'artère faciale et le canal de Sténon. Ce lambeau est retourné, éversé et suturé à la base du

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

triangle de résection cutanée et reconstitue ainsi une nouvelle lèvre rouge (Figure 57). Les résultats fonctionnels de ce lambeau sont médiocres avec un recul de la lèvre inférieure, et une mauvaise occlusion et fuites salivaires (16).

Cette technique n'était pas pratiquée dans notre série. Néanmoins, elle a été adoptée chez 9,1% des cas dans la série d'Amazzal (15), 7,5% des cas dans la série de Sbai A (26), 10% des cas dans la série de Lakhmiri (33), et 2,8% des malades dans la série de Dhambri et al (66).

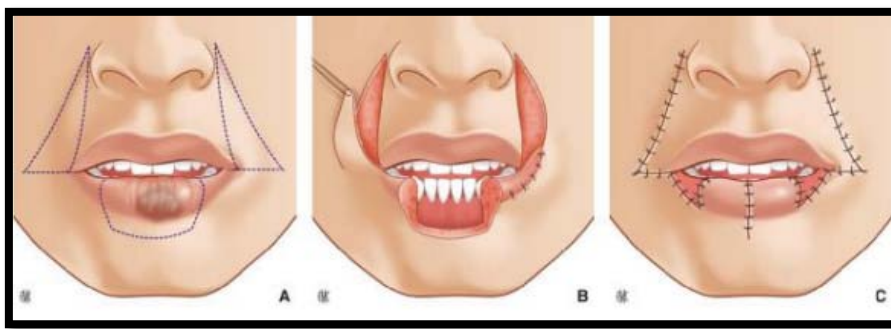


Figure 57 : A, Dessin de l'exérèse et des lambeaux, B, Décollement des lambeaux, C, Aspect final(85).

De nombreuses modifications ont été apportées à la technique de Camille Bernard concernant la forme, et la place des incisions et des excisions, notamment par Webster et Meyer.

La technique de Meyer (85) :

Elle délimite les triangles d'excision de façon à placer les cicatrices le long de la jonction cutanéomuqueuse.

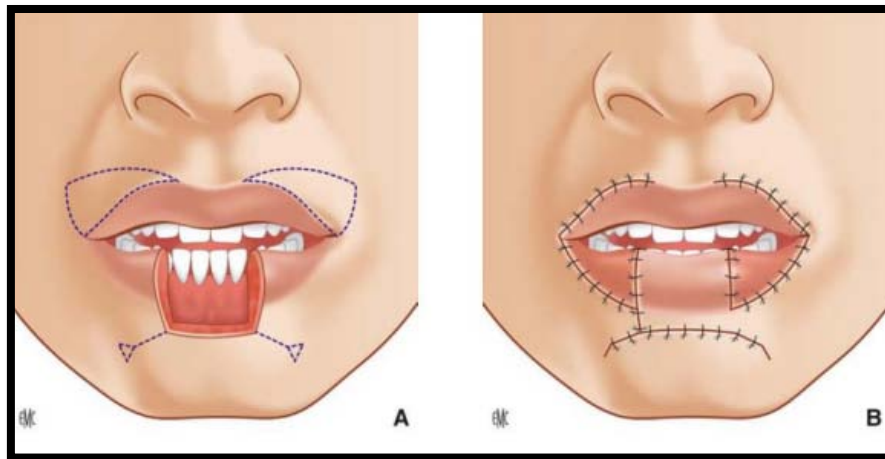


Figure 58 : Modification de Meyer sur le lambeau de Camille Bernard(85)

La technique de Webster :

Elle réalise quatre lambeaux cutanés de décharge, deux au niveau des sillons nasogéniens, et deux au niveau du sillon labio-mentonnier le long du galbe du menton (Figure 59). Elle modifie le tracé inférieur qui suit le pli séparant la lèvre inférieure du menton de manière arrondie, ce qui permet aux cicatrices de s'incorporer aux sillons naturels de la face et réduire les séquelles esthétiques. L'ensemble permet une meilleure avancée avec des sutures plus faciles (16).

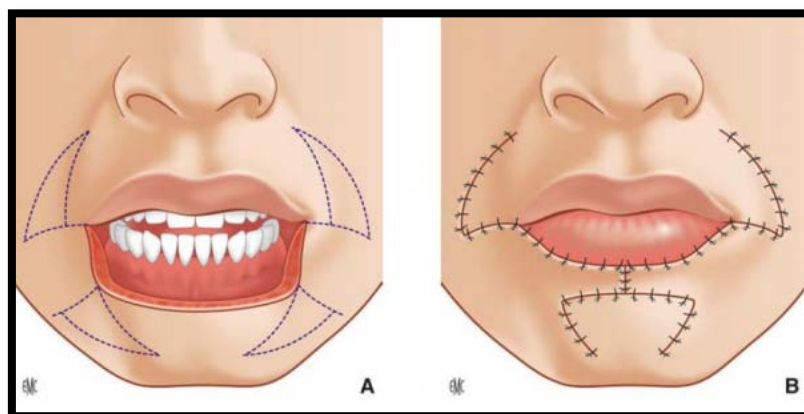


Figure 59 : Modification de Webster sur le lambeau de Camille Bernard (85).

▪ **Lambeau d'avancement muqueux :**

La muqueuse endo-labiale est souple et élastique, elle peut être entièrement avancée depuis le cul-de-sac vestibulaire, pour reconstruire la lèvre rouge après vermillonectomie (85).

Ce lambeau a été mis en profit de 11,6% des patients de notre série, de 2,8% des cas dans la série de Dhambri et al (66), et de 5,6% des cas dans la série de Rifaat M (82).

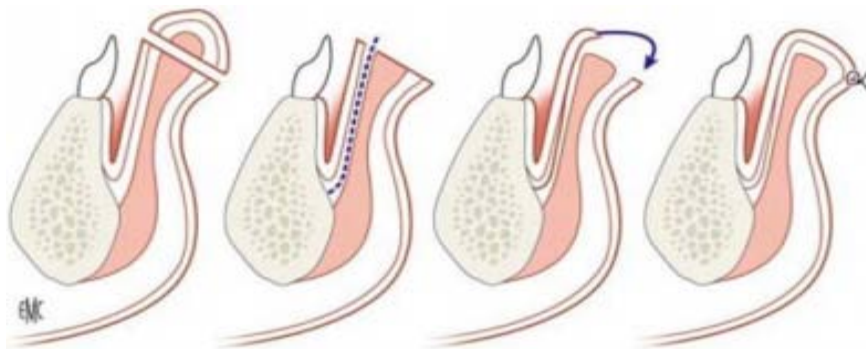


Figure 60 : Technique du lip shave après vermillonectomie (85).

✚ **Les lambeaux de rotation :**

▪ **Lambeau fan-flap ou éventail de Gillies :**

Il s'agit d'un lambeau péri-commissural emportant la totalité des téguments, le pédicule est inférieur. Le tracé de l'incision se fait dans les plis naturels, la berge supérieure est située dans la région péri-alaire, la berge inférieure est arciforme à concavité interne(80). Les lambeaux doivent glisser en dedans et être suturés plan par plan. Au niveau de l'extrémité externe de chaque berge, une plastie en Z est réalisée (**Figure 61**).

Dans notre série, ce lambeau a été utilisé dans 2,3% des cas. 13,6% des cas ont bénéficié d'une couverture par ce lambeau dans la série d'Amazzal (15), 5,9 % des malades dans la série de Moretti et al (87), et 11,1% des cas dans la série de Rifaat M (82).



Figure 61 : A, CE de la lèvre supérieure, étendu vers la base de la cloison nasale en haut. B, Résultat post-opératoire immédiat après exérèse et couverture par lambeau en éventail de Gillies.

▪ **Lambeau de Karapandzic :**

La technique de Karapandzic est simple, rapide à réaliser et donne des résultats fonctionnels et esthétiques acceptables. L'exérèse tumorale aboutit à une perte de substance quadrangulaire, le principe de la reconstruction est de prendre un lambeau d'avancement de joue. L'incision cutanée arciforme concave en dedans est réalisée. Elle commence à la base de la perte de substance et remonte vers la base du nez en restant à distance de la commissure labiale. Cette incision concerne tous les plans, avec un décollement minutieux préservant l'artère faciale, les coronaires labiales et l'innervation sensitivomotrice. La muqueuse de joue est respectée sauf sur les 2 premiers centimètres pour permettre une meilleure avancée du lambeau. Il est ensuite avancé et suturé pour combler la perte de substance (**Figure 62**), cette technique peut être uni ou bilatérale. Elle permet une

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

reconstruction des lèvres continent, sensibles, mais par contre donne une microstomie (88-90).

Ce lambeau a été utilisé dans la série d'Amazzal N (15), Sbai A (26), Rifaat M (82), Lakhmiri M (33), et Dhambri S (66) dans 22,2%, 20%, 38,8%, 10% et 11,4% des cas. Dans notre série, il a été met en profit de 18,6% des patients.



Figure 62 : A, CE de la lèvre inférieure. B, Perte de substance après exérèse emportant la totalité de la lèvre. C, Dissection et rotation des deux lambeaux da Karapandzic. D, Résultat à 1 an.

✚ *Les lambeaux de transposition :*

▪ **Lambeau d'origine jugal : naso-génien de Ginestet**

De provenance nasogénienne, ils sont taillés dans le sillon nasogénien emportant la totalité des téguments. Le pédicule est inférieur. Si la largeur de la perte de substance est importante, la longueur du lambeau nécessaire implique que sa position distale ne possède plus de doublure muqueuse (91) (**Figure 63**).

Ce lambeau a été utilisé dans la série de Moretti et al (87), Amazzal N (15), Lakhmiri (33), Casal D et al (28), Faiz A (27), et Dhambri et al (66), dans 17,6%, 31,8%, 10%, 4%, 9% et 2,8% des cas. Dans notre série il a été utilisé dans 16,2% des patients.



Figure 63 : A, CE de la lèvre inférieure. B, Perte de substance après exérèse tumorale emportant la totalité de la lèvre inférieure. C, Couverture par double lambeau nasogénien. D, Résultat à 4 mois.

- **Lambeau d'origine labial :**

- **Lambeau hétéro-labial (lip-switch flap) :**

C'est un lambeau triangulaire, de pleine épaisseur. Il est pédiculé sur l'artère coronaire labiale située en position sous muqueuse, à proximité de la ligne de jonction cutanéomuqueuse. Il transpose en une fois le vermillon, la lèvre cutanée, le muscle et la muqueuse, en préservant la fonction sphinctérienne.

Lambeau d'Abbé :

Il est classiquement prélevé au niveau de la lèvre inférieure avec un point de pivot médian, sa largeur étant de la moitié de celle du défaut à combler. Il est retourné à 180° pour être suturé plan par plan au niveau de la lèvre supérieure ; où il reconstruit le philtrum et la région para-philtrale. Il nécessite deux temps opératoires puisque le lambeau reste pédiculé sur la lèvre inférieure, et le sevrage s'effectue généralement à la troisième semaine post-opératoire.

Après le sevrage du lambeau, les nouvelles lignes cutanéomuqueuses doivent être soigneusement suturées pour éviter tout décalage inesthétique (**Figure 64**).

Ce lambeau préserve la fonction sphinctérienne avec des résultats esthétiques satisfaisants (33,34).

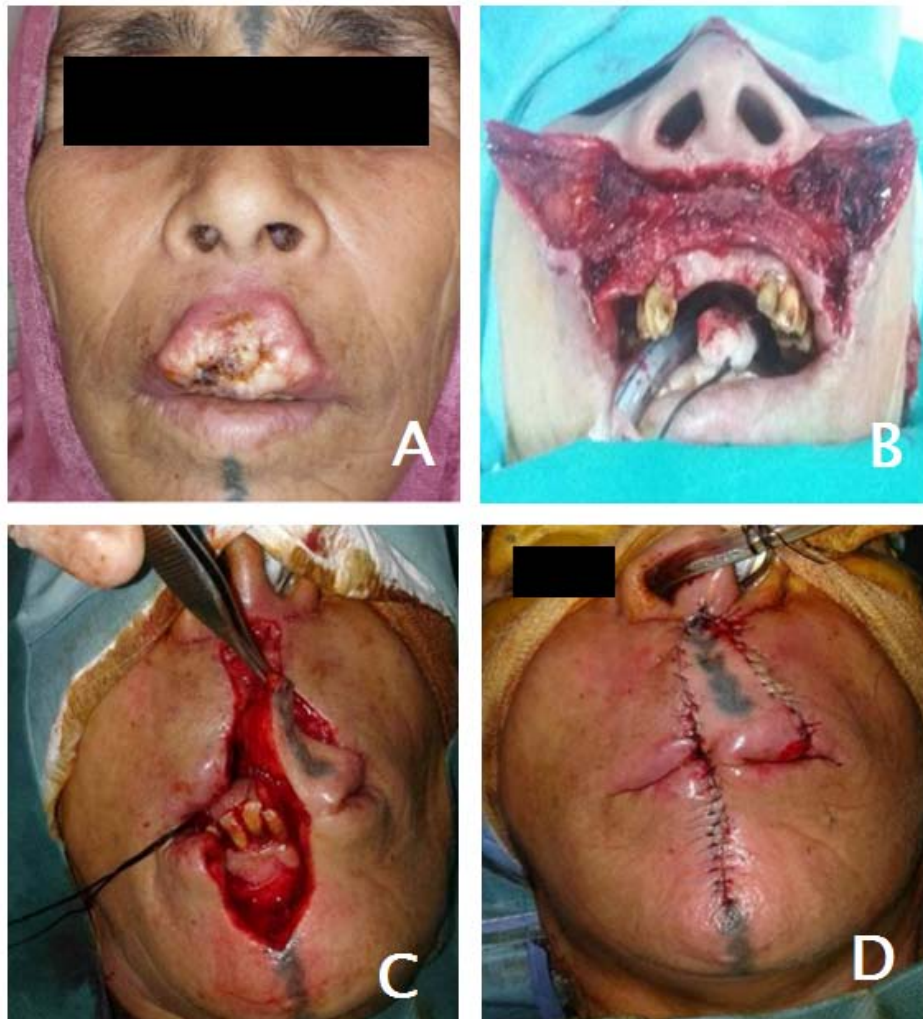


Figure 64 : A, CE de la lèvre supérieure. B, Perte de substance après exérèse tumorale du tiers moyen de la lèvre supérieure. C, Lever du lambeau d'abbé. D, Résultat post-opératoire immédiat.

Lambeau d'Estlander :

Prélevé de la lèvre supérieure ou inférieure, son point de rotation se situe à l'endroit de la néo-commissure (Figure 65). Il est réalisé en un seul temps, les suites post-opératoires sont plus simples que pour le lambeau d'Abbé. Il entraîne un déplacement du modiolus en dedans, avec un certain degré de microstomie et d'asymétrie commissurale, qui peuvent nécessiter secondairement une commissuroplastie.



Figure 65 : A, CE de la lèvre inférieure classé T2N0M0. B, Tracé du lambeau d'Estlander et perte de substance après exérèse en W. C, la levée du lambeau d'Estlander. D, Résultat post-opératoire immédiat.

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

Les lambeaux hétéro-labiaux ont été utilisés dans la série de Casal D et al (28), Salgarelli AC et al (23), Lakhmiri M (33), Rifaat M (82), Sbai A (26), Moretti et al (87), et Nfissi A (53) dans 0,4%, 5,8%, 10%, 11,1%, 2,5%, 26,4% et 26% des cas.

Dans notre série, 9,3% des malades ont bénéficiés de ces lambeaux.

➤ **Technique en escalier de Johanson :**

Les lambeaux sont taillés selon la forme des marches d'escaliers (**Figure 63**).

La perte de substance doit être prolongée de façon parallèle au bord libre de la lèvre, c'est la semelle de la première marche, suivie par deux ou trois autres marches qui sont taillées plus petites (environ 1cm), seules les deux premières, au maximum, sont transfixiantes (88). Ils sont utilisés de façon bilatérale pour des pertes de substance de pleine épaisseur intéressant plus d'un tiers de la lèvre, dans ce cas la hauteur des lambeaux correspond à celle de la lésion. Ces lambeaux peuvent aussi combler un déficit latéral avec une découpe asymétrique des marches d'escalier.

Cette technique n'a pas été pratiquée dans notre série. Cependant dans la série de Salgarelli et al (23), elle a été utilisée dans 44,3% des cas, et dans 2,8% des cas dans la série de Dhambri et al (66).

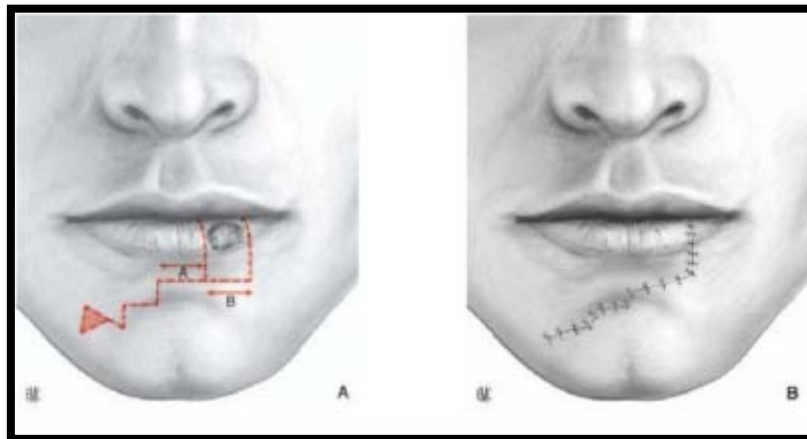


Figure 66 : Escaliers de Johanson (80).

✚ *Les techniques combinées :*

Les techniques que nous venons de décrire peuvent être combinées. Il existe des associations classiques et d'autres par habitudes. Par exemples, le lambeau de Camille Bernard peut être associé à une greffe ou à un lambeau muqueux pour reconstruire le vermillon, et le lambeau d'avancement de type Webster peut être combiné au lambeau hétérolabial de type Abbé pour reconstruire la lèvre supérieure (85).

f. Les lambeaux à distance :

✚ *Les lambeaux pédiculés :*

▪ **Lambeau delto-pectoral :**

Décrit par Bakamjian en 1965. Il peut recouvrir les pertes de substance étendues de la lèvre inférieure. Il est vascularisé par les perforantes issues de l'artère thoracique interne. Pour augmenter l'arc de rotation, le lambeau s'étend souvent dans la région deltoïdienne ; il est alors préférable d'autonomiser la portion située en dehors du sillon deltopectoral.

La berge supérieure suit le bord inférieur de la clavicule et sa berge inférieure lui est parallèle pour inclure les perforantes de l'artère thoracique interne. La dissection s'effectue sous les aponévroses deltoïdienne et pectorale (**Figure 67**).

Le sevrage a lieu après un délai d'au moins trois semaines. Le site donneur est greffé (85,94).

Ce lambeau a été utilisé dans 11,6% des cas dans notre série, et dans 4,3% des cas dans la série de Dhambri et al (66).

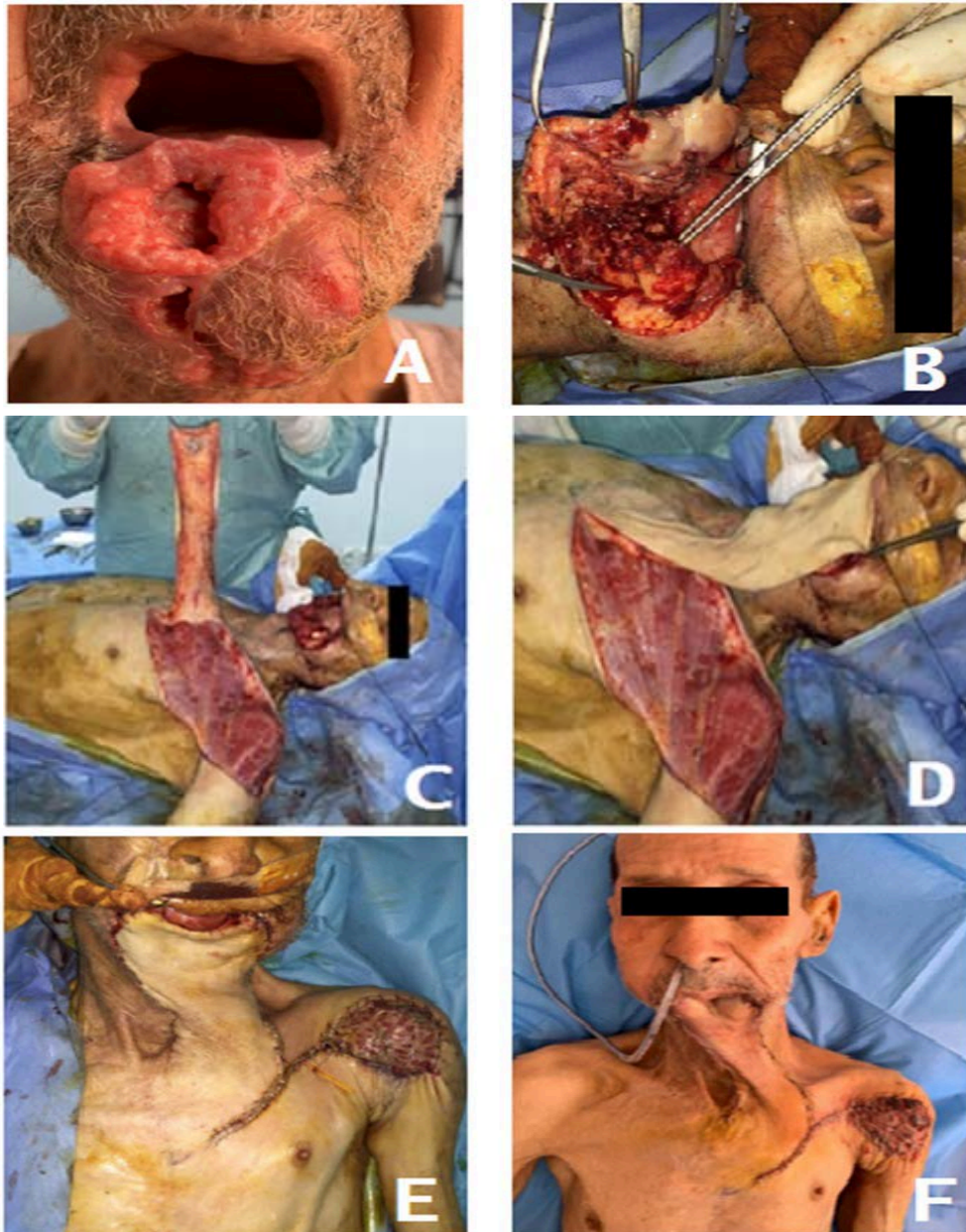


Figure 67 : A, Récidive d'un CE de la lèvre inférieure. B, Perte de substance après exérèse chirurgicale emportant la totalité de la lèvre inférieure. C, Dissection du lambeau delto-pectoral. D, Transposition et plicature du lambeau pour reconstruire le plan muqueux. E, Résultat post-opératoire immédiat. F, Aspect du lambeau à J4 post-opératoire avec sonde nasogastrique en place.

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

- **Lambeau du grand pectoral :**

Ce lambeau a un arc de rotation qui lui permet d'atteindre la région labiale sans difficulté, La palette cutanée est tracée le long de la ligne acromio-xiphoïdienne, allongée verticalement, la dissection commence au bord inférieur de la palette en sectionnant le muscle en regard de la 5ème côte, se poursuit ensuite sur la moitié inférieure de la berge interne de la palette pour relever la partie distale du pédicule. La découpe externe est alors pratiquée après avoir vu et palpé le pédicule (**Figure 68**). Le relèvement de la palette permet de suivre le pédicule jusqu'au niveau de la clavicule. Le muscle grand pectoral est le muscle le plus superficiel de la paroi thoracique antérieure, il offre une large surface cutanée (85).

Il a été utilisé dans la série de Casal D et al (28), Salgarelli AC et al (23), Sbai M (26), et Dhambri et al (66) dans 0,9%, 0,6%, 17,5% et 5,7%.

Dans notre série, un seul malade a bénéficié de ce lambeau comme moyen de reconstruction en association avec le lambeau delto-pectoral et un greffon costal.

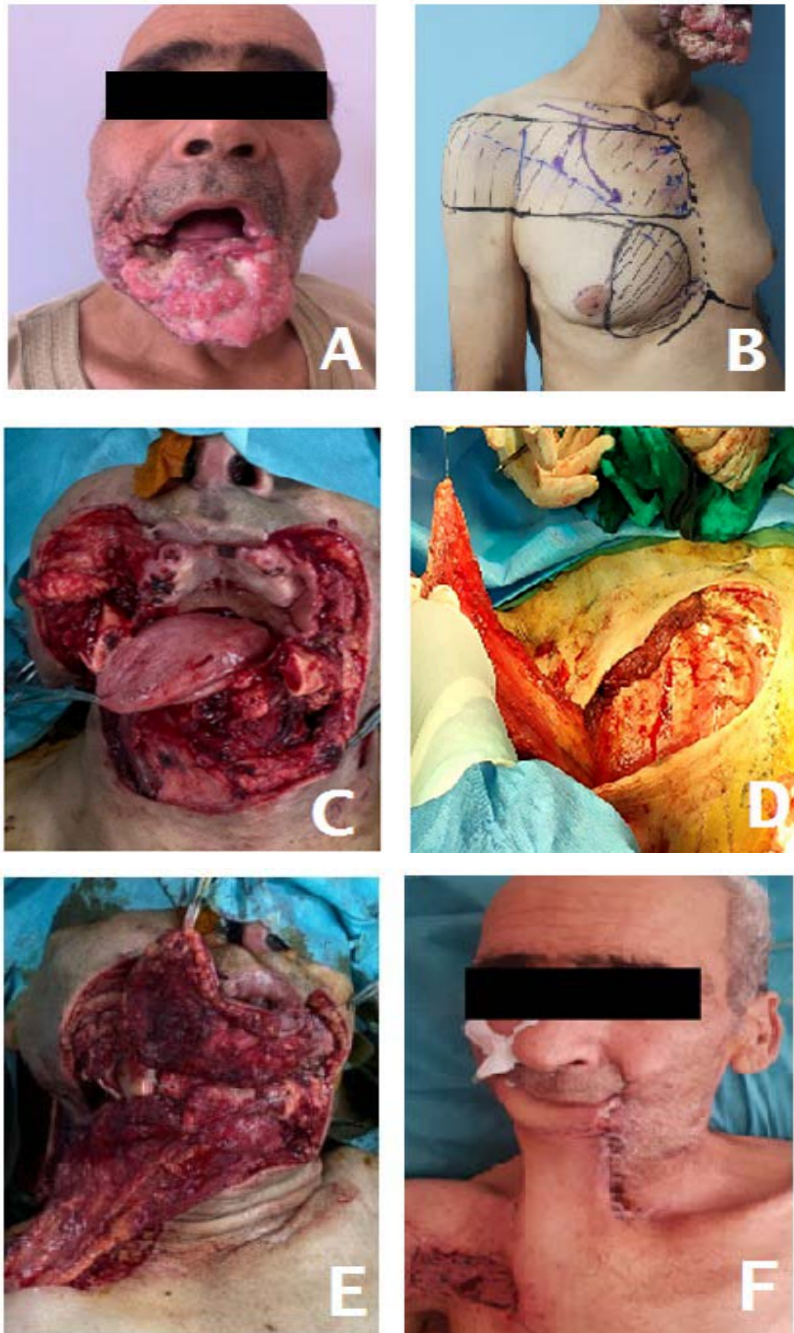


Figure 68 : A, CE infiltrant de la lèvre inférieure. B, Tracé du lambeau grand pectoral et delto-pectoral. C, Perte de substance dépassée après exérèse emportant la totalité des lèvres et 2/3 de la mandibule avec la base de la langue. D, Levée du lambeau grand pectoral. E, Reconstruction mandibulaire par lambeau composite. F, Résultat à 1 mois.

▪ **Lambeau de scalp de Dufourmental :**

Ce lambeau peut être uni ou bi pédiculé. Son prélèvement est réalisé soit au niveau de la région pileuse crânienne ou la région frontale glabre. Prélevé au niveau du cuir chevelu, ce lambeau permet une poussée pileuse qui va cacher les imperfections de ce lambeau à savoir sa rigidité et son épaisseur chez l'homme (95,96).

Ce lambeau n'a pas été utilisé dans notre série. Cependant, dans la série d'Amazzal, il a été utilisé chez un seul malade.

▪ **Lambeau frontal externe :**

Lambeau cutanée axiale, basé sur l'artère temporale superficielle. Très utile pour la reconstruction des pertes de substances jugo-labiales, la conception de ce lambeau englobe toute la zone frontale en dessous de la ligne des cheveux jusqu'au bord supérieur des sourcils, Le lambeau est soulevé, puis modelé selon les dimensions nécessaires pour couvrir la PDS (97).

La coloration et la texture cutanée ont fait du front un site donneur privilégié pour la reconstruction. La quantité de peau disponible permet la réparation de vastes pertes de substance (**Figure 69**).



Figure 69 : A, CE labiojugale. B, Perte de substance transfixiane après exérèse large. C, Reconstruction par lambeau frontal plicaturé. D, Résultat post-opératoire immédiat.

Ce lambeau a été utilisé dans la série de Rauchfuss A (98) pour la reconstruction des PDS latéro-nasales, dans l'étude de cas de Krishnamurthy A (97) pour les PDS canthales, et

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

dans l'étude de cas d'Alotaibi et al (99) pour la reconstruction du plancher buccal. Dans notre série, ce lambeau a été utilisé pour la reconstruction d'une tumeur labio-jugale étendue.

Les lambeaux libres :

Leur intérêt se manifeste devant de vastes pertes de substance débordantes vers la région génienne adjacente, la commissure, la lèvre inférieure ou l'infrastructure osseuse sous-jacente. Ce sont des lambeaux avec des micro-anastomoses vasculaires réalisées le plus souvent, sur les vaisseaux faciaux. Les sites donneurs sont nombreux, mais le choix reste limité par la texture et l'épaisseur des lambeaux, on trouve :

▪ **Lambeau fascio-cutané : lambeau chinois**

Ils sont prélevés au niveau anté-brachial radial. Ils sont intéressants pour la finesse des téguments qu'ils apportent mais nécessitent cependant plusieurs temps de dégraissage et d'ajustement (96).

Cette technique n'a pas été pratiquée dans notre série. Cependant dans la série de Lakhmiri (33), elle a été utilisée dans un seul cas.

▪ **lambeau ostéo-fascio-cutané du péroné :**

Très intéressant en cas de perte osseuse étendue (100), sa palette cutanée, aponévrotique pure est entièrement indépendante par rapport au segment osseux.

Ce lambeau n'a pas été utilisé dans notre série. Pourtant dans la série de Moretti et al (87), il a été utilisé dans un seul cas, en association avec le lambeau de transposition cervicale.

g. La commissuroplastie :

Les commissuroplasties sont destinées à traiter les microstomies séquellaires de la chirurgie réparatrice des tumeurs des lèvres. Selon le type et l'importance de la lésion, différents procédés sont possibles. L'important est de reconstruire les trois plans de la lèvre (88,101,102).

- Plan cutané :

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

Il faut repérer un point commissural idéal, faire l'excision d'un triangle cutané ayant le point précédent pour sommet externe, et la jonction cutanéo-muqueuse pour base interne.

- Plan musculaire :

Au début, il faut libérer le muscle orbiculaire du plan muqueux, et assurer ensuite son dédoublement selon la technique de Préaux :

On réalise un clivage sagittal selon un tracé arciforme à concavité supéro-interne, permettant d'obtenir une bande musculaire interne appendue à la berge inférieure et une bande externe appendue à la berge supérieure. Les deux bandelettes musculaires sont suturées l'une à l'autre au point commissural. La suture est nouée sur un bourdonnet à la joue.

Le bord libre de la muqueuse conservée est attiré vers le sommet de la néocommissure. Sur la bride ainsi obtenue, une plastie en Z asymétrique est réalisée.

A partir du 15 ème jour postopératoire la mécano-thérapie progressive est débutée pour lutter contre la rétraction secondaire toujours importante.

Une commissuroplastie a été réalisée dans la série de Dhambri et al (66), Amazzal N (15), Faiz A (27), Lakhmiri M (33), et Sbai M (26), dans 11,4%, 9%, 9,1%, 10%, et 7,5% des cas. Dans notre série 3,3% des patients ont bénéficié d'une commissuroplastie pour la correction d'une microstomie.



Figure 70 : Commissuroplastie.

2.4.2. Les indications

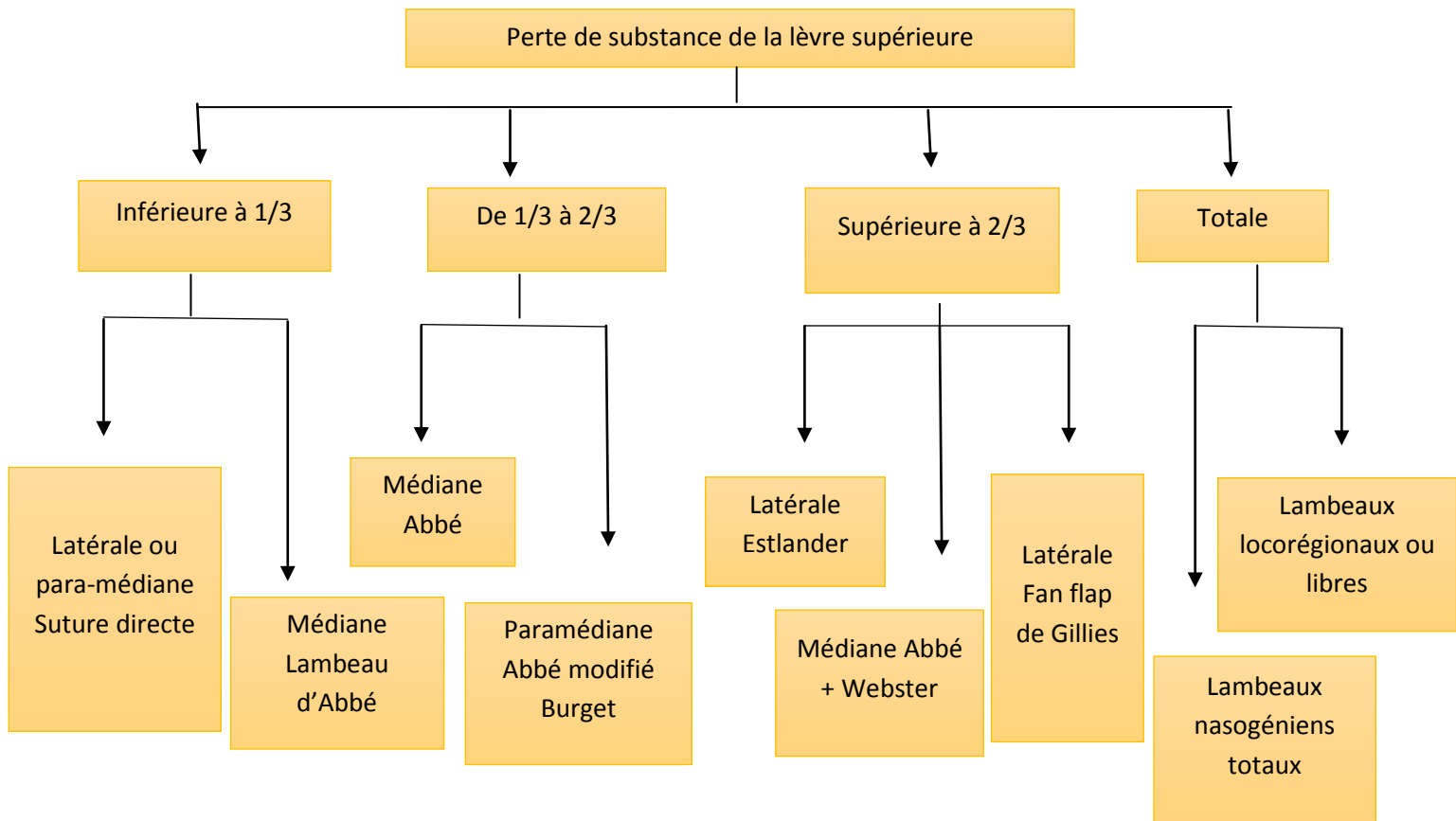


Figure 71 : Arbre décisionnel : Conduite à tenir devant une perte de substance de la lèvre supérieure (85).

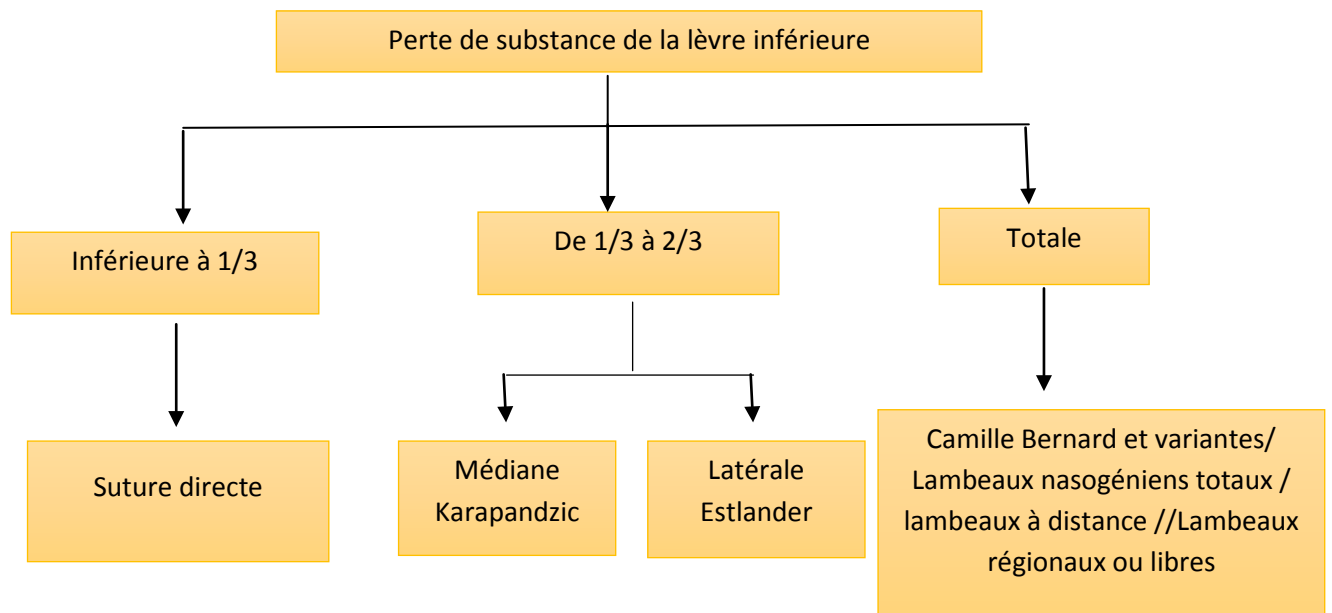


Figure 72 : Arbre décisionnel : Conduite à tenir devant une PDS de la lèvre inférieure (85).

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

Au total :

Tableau 40 : Les modes de reconstruction dans les séries.

Série	Sutures	Greffe cutanée/osseuse	Lambeaux Locorégionaux	Lambeaux à distance
Rifaat M (82) 2006	16,7%	11,1%	72,2%	-
Amazzal (15) (2008)	18,1%	-	81,9%	-
Nfissi A (53) (2009)	33%	-	60,3%	6,6%
Casal et al (28) (2010)	91,6%	-	7,3%	0,9%
Moretti et al (87) (2011)	38,2%	-	53%	8,8%
Salgarelli AC et al (23) (2015)	29,1%	-	70,2%	0,6%
Lakhmiri M (33) (2015)	20%	-	70%	10%
Sbai M (26) (2018)	47,5%	-	35%	17,5%
Dhambri et al (66) (2020)	39%	-	51%	10%
Notre série	4,6%	6,9%	72,1%	16,2%

Dans la série de Casal D et al (28) et Sbai M (26), la couverture de la perte de substance a été faite essentiellement par des sutures ce qui laisse supposer que les patients ont consulté à un stade tumoral débutant ou moyennement avancé. Toutefois, dans la série de Rifaat M (82), Amazzal N (15), Nfissi A (53), Salgarelli AC et al (23), Moretti et al (87) et Lakhmiri M (33), les tumeurs étaient assez évoluées et les résultats sont comparables à notre série où la couverture a été faite essentiellement par des lambeaux locorégionaux.

Le lambeau de Karapandzic était le lambeau locorégional le plus utilisé dans notre série (18,6% des cas). Ceci est également le cas dans la série de Rifaat M (82), et Sbai M (26) où il a été utilisé chez 38,8% et 20% des malades. Dans la série d'Amazzal N (15) et Moretti et al (87), les lambeaux nasogéniens ont été réalisés chez 17,5% et 17,6% des cas. Chez

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

Nfissi A (53) et Dhambri et al (66), les lambeaux hétéro-labiaux ont été effectués dans 26% et 27% des cas.

Concernant les lambeaux à distance, dans notre série, le lambeau deltopectoral était le plus utilisé (11,6% des cas). Pourtant dans la série de Sbai M (26), Nfissi A (53), et Dhambri et al (66), le lambeau du grand pectoral a été utilisé chez 17,5%, 6%, et 5,7% des patients. Par contre, chez Lakhmiri M (33), c'est le lambeau chinois qui a été utilisé pour 10% des cas.

3. Soins post opératoires :

Une sonde gastrique a été mise en place en peropératoire et maintenue pendant dix jours, Une antibiothérapie à base d'une association amoxicilline-acide clavulanique a été prescrite pendant 7j, des bains de bouche ont été préconisés pendant une période de dix jours. Des redons aspiratifs dans les cas où un curage ganglionnaire a été fait, les soins locaux des plaies ont été faits tous les deux jours et l'ablation des fils à J10 du post opératoire, pareillement à la série d'Amazzal N (15). Sbai M (26), Dhambri et al (66), et Lakhmiri M (33). L'ablation des fils a été faite à J7, et J14 pour les sutures intrabuccales dans la série de Salgarelli et al (23), et l'antibiothérapie a été administrée pendant seulement 4j.



Figure 73 : Sonde nasogastrique mis en place en peropératoire d'un malade de notre série.

4. Traitement complémentaire :

Actuellement, on admet que le standard de référence reste la résection chirurgicale avec contrôle des marges de résection. Toutefois, 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

4.1. Les moyens :

4.1.1. La radiothérapie :

a. La curiethérapie :

Elle est faite sous anesthésie locale, à l'aide de fils de soie, de tubes plastiques ou de gouttières vectrices, à des doses de 65 à 70 Gy pendant 5 à 7 jours. Le choix de la technique dépend de la taille de la tumeur et de sa localisation. Le malade est hospitalisé en chambre plombée (103).

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

Dans de nombreux centres européens (104), le cancer de la lèvre constitue une indication majeure de curiethérapie. Quelle que soit l'extension du cancer, sauf s'il y a une atteinte mandibulaire. Un évidement ganglionnaire cervical est indiqué si la tumeur est volumineuse et infiltrante, et bien sûr si l'examen met en évidence une adénopathie.

Wang (105), aux États-Unis, a rapporté d'excellents résultats avec une radiothérapie externe suivie de curiethérapie pour des cancers classés T2-T3.

Au Maroc, l'étude de Chekrine T et al (68) faite au centre d'oncologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca, a rapportée de très bons résultats et incite à adopter la curiethérapie comme principal traitement locorégional des carcinomes localisés classés T1 et T2 (106).

Aucune curiethérapie n'a été faite dans notre série. Ceci serait dû au caractère évolué des tumeurs de notre série, ainsi que les difficultés de disponibilité.

b. La radiothérapie externe :

Elle 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, généralement elles varient de 40 Gy en 10 à 16 séances pour les tumeurs inférieures à 5 cm, à 45-60 Gy en 15 à 60 séances pour les tumeurs volumineuses (107).

Quand une radiothérapie est décidée, une mise en état de la cavité buccale est indispensable ; une consultation chez le dentiste, l'extraction des dents délabrées, assainissement des foyers infectieux et réalisation de fluoroprophyxie.

Dans notre série, la radiothérapie était associée à la chirurgie dans 7 cas soit 23,3% ayant des limites d'exérèse lésionnelles.

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

Elle a été indiquée pour les grosses tumeurs difficiles à traiter, et en complément thérapeutique lors d'un envahissement ganglionnaire ou d'une exérèse lésionnelle dans la série de Zaraa I et al (21), de Casal D et al (28), de Biasoli et al (25) et de Sbai M (26).

Tableau 41 : La radiothérapie dans les séries.

Série	Radiothérapie
Zaraa I et al (21)	33,4%
Casal D et al (28)	13,7%
Biasoli et al (25)	5.56%
Sbai M (26)	10%
Notre série	23,3%

4.1.2. La chimiothérapie :

Le traitement de référence des carcinomes de la cavité orale reste la chirurgie, éventuellement suivie d'une irradiation. Cependant, une orientation thérapeutique plus conservatrice, associant une chimiothérapie d'induction et radiothérapie, représente un bénéfice en termes de qualité de vie. Elle peut justifier le choix sous certaines conditions d'une chimiothérapie néoadjuvante lors de la prise en charge des carcinomes localement évolués des lèvres, diminuant le nombre de mandibulectomies et d'irradiations postopératoires (108).

Dans notre série, une chimiothérapie adjuvante a été indiquée dans 4 cas soit 13,3% à base de Cisplatine dans 3 cas et Carboplatine chez un seul malade.

Dans la série de Faiz A (27), l'indication de la chimiothérapie néoadjuvante a été posée chez un seul patient.

4.2. Les indications :

4.2.1. Carcinome épidermoïde (109) :

a) La radiothérapie :

Il peut s'agir d'un traitement adjuvant en cas d'exérèse incomplète et en présence d'envahissement ganglionnaire histologique, ou dans de rares cas d'un traitement de première intention chez les patients âgés ou à risques (patients inopérables).

b) La chimiothérapie :

La chimiothérapie est réservée aux formes inopérables d'emblée, en association éventuellement à la radiothérapie, ou pour les formes métastatiques.

La chimioréduction pré-opératoire des carcinomes épidermoïdes de grande taille est intéressante.

4.2.2. Carcinome basocellulaire (110) :

a) 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). En dehors de ça elle est indiquée dans les cas de :

- CBC avec exérèse incomplète
- CBC récidivant
- CBC 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.

b) La chimiothérapie :

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

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, elle permet parfois des remissions ou des réductions de taille avant un autre traitement. Elle repose sur l'utilisation de cisplatine et de doxorubicine.

VI. L'évolution :

La surveillance est un volet capital dans la prise en charge du patient après la séquence thérapeutique.

Elle vise à :

- Rechercher une récurrence ou une deuxième localisation
- Dépister l'apparition de métastases
- Prendre en charge les éventuelles séquelles et complications tardives.

1. Les complications (85) :

1.1. De la chirurgie des lèvres :

▪ Le saignement et l'hématome :

Outre l'infiltration d'anesthésique local adrénaliné, il faut s'efforcer de réaliser l'hémostase de façon très minutieuse à la pince bipolaire. Au niveau des lèvres, ces hématomes sont volontiers volumineux et impressionnants pour le patient et l'entourage qu'il faut savoir rassurer. L'hématome est souvent précoce, s'il est important et en particulier s'il met les tissus et les sutures en tension, il faut l'évacuer chirurgicalement.

▪ L'infection :

Du fait de la proximité de la cavité buccale et de ses germes, une antibiothérapie per et post-opératoire adaptée est justifiée (type amoxicilline- acide clavulanique) ainsi que les bains de bouche après chaque repas et au coucher. L'infection va favoriser la désunion et la

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

rétraction cicatricielle, qui sont un facteur péjoratif pour le pronostic esthétique. Toute collection doit être drainée rapidement avec réalisation de prélèvements bactériologiques profonds qui permettront de mettre en place une antibiothérapie adaptée.

- La fistule et l'orostome :

La fistule réalise un trajet avec un orifice qui s'ouvre dans la bouche ou sur le versant cutané de la lèvre. L'orostome est une communication large entre la cavité buccale et le milieu extérieur. Ces complications sont les plus fréquentes dans les étiologies néoplasiques, surtout après irradiation. Elles sont également favorisées par l'infection et peuvent survenir après désunion ou nécrose d'une suture simple ou d'un lambeau.

- Les anomalies de la cicatrisation :

- La cicatrice invaginée :

Il faut veiller à éverser les berges lors de la suture cutanée et ne pas hésiter à surcorriger. La suture correcte du plan musculaire prévient la formation d'une encoche au niveau de la cicatrice. Les déformations du bord libre peuvent être évitées ou corrigées en réalisant une plastie en « Z ».

- La cicatrice hypertrophique :

Les lèvres cicatrisent volontiers de façon hypertrophique sur leur versant cutané. Il faut savoir détecter précocement cette évolution et la traiter par massage des cicatrices et parfois injection intra cicatricielle de corticoïdes retards.



Figure 74 : Cicatrice hypertrophique et rétractile avec rétraction labiale supérieure.

- La désunion cicatricielle :

Elle est favorisée par l'œdème, l'infection et la tension au niveau des sutures. En fonction de sa localisation et de son importance, elle est laissée en cicatrisation dirigée ou fait l'objet d'une reprise chirurgicale.

- La rétraction cicatricielle (Figure 74) :

Elle est favorisée par un retard de prise en charge, et l'atteinte des commissures. Une fois la cicatrisation obtenue, des massages peuvent être réalisés par un kinésithérapeute. Des conformateurs peuvent être portés pour lutter contre ce phénomène de rétraction. Dans certains cas, il faut réaliser une correction chirurgicale.

- Le décalage de la ligne cutané-muqueuse :

Il survient le plus souvent à la suite d'une erreur technique qui doit fréquemment faire l'objet d'une reprise chirurgicale à cause de son caractère très inesthétique.

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

- Les troubles fonctionnels :

- L'incontinence labiale :

L'incontinence labiale est plus fréquente en cas d'atteinte de la lèvre inférieure. Elle se traduit par des fuites salivaires et s'accompagne parfois de troubles de l'élocution. Elle survient quand la lèvre est insensible, trop lâche et quand la réparation du plan musculaire fait défaut.

- La microstomie :

La microstomie est liée à l'atteinte des commissures, soit primaire, soit par un mécanisme de rétraction cicatricielle. Elle peut également être la conséquence des lambeaux réalisés pour la réparation labiale. En fonction de son importance et de la gêne réelle (alimentation, langage), elle peut être traitée chirurgicalement par une commissuroplastie.



Figure 75 : Microstomie chez une patiente dans notre série.

- L'anesthésie séquellaire :

L'anesthésie est la conséquence d'une lésion directe de petits filets nerveux. Le plus souvent transitoire, il faut en avertir les patients avant la chirurgie.

1.2. Des lambeaux (111) :

▪ Les complications du site donneur :

Essentiellement les hématomes et séromes, trouvés le plus souvent dans les prélèvements profonds. Si mal drainés, ils peuvent se surinfecter, dans ce cas une reprise chirurgicale et une antibiothérapie adaptée sont indiquées. La désunion peut concerner le site donneur, notamment dans les cas des lambeaux au hasard qui utilisent l'élasticité de la peau.

▪ Les complications du site receveur :

La plus redoutée des complications est la souffrance vasculaire, pouvant conduire à la nécrose partielle ou totale. Elle est due soit à un manque d'apport artériel, ou à un manque de drainage veineux. Parfois, elle est mixte, associant les deux critères précédents. Les hématomes font également parties des complications du site receveur, ainsi que l'infection et la désunion



Figure 76 : Souffrance de l'extrémité distale du lambeau delto-pectoral chez un malade de notre série.

Figure 77 : Souffrance de l'extrémité distale du lambeau de Mustardé chez un patient de notre série.

Figure 78 : Nécrose de l'extrémité distale du lambeau delto-pectoral d'un cas de notre série.

1.3. Récidive :

▪ Récidive local :

Le taux de récurrence locale varie selon les séries et les modalités de traitement entre 9% et 34% (112). Le traitement des récurrences locales après radiothérapie fait appel à la chirurgie de rattrapage puisqu'une deuxième irradiation à dose curative n'est pas envisageable. Il s'agit d'une chirurgie difficile à mener en territoire irradié avec des tissus scléreux et mal vascularisés. Les suites opératoires sont souvent lourdes avec nécrose, surinfection, difficulté de cicatrisation et il est préférable d'apporter des tissus bien vascularisés à l'aide de lambeaux prélevés en dehors de zone irradiée.



Figure 80 : Seconde récurrence d'un CE chez un patient de notre série.



Figure 79 : Résultat postopératoire après 1 mois.

▪ Récidive ganglionnaire :

Une des principales causes d'échec du traitement des cancers des lèvres est la récurrence ganglionnaire. Les récurrences ganglionnaires en terrain irradié sont traitées par chirurgie avec des résultats décevants. Il est souvent difficile d'obtenir des exérèses satisfaisantes sur le plan carcinologique. Lorsqu'il n'y a pas eu



d'irradiation, la récurrence ganglionnaire est prise en charge selon le même schéma que pour les adénopathies initiales. Elle s'observe dans 5 à 12% des cas chez les malades N0. L'existence de métastases ganglionnaires occultes est l'une des raisons qui expliquent ces récurrences ganglionnaires. L'incidence de ces métastases occultes varie dans la littérature

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

entre 30% et 70% (112). Les échecs de la chirurgie peuvent à nouveau être traités par chirurgie, habituellement suivie de radiothérapie ou par radiothérapie exclusive.

- Métastase à distance :

Les métastases à distance des cancers des lèvres sont rares ne dépassant pas 2% (59). Elles sont habituellement pulmonaires, plus rarement hépatiques ou osseuses.

2. Résultats :

2.1. Résultats carcinologiques :

La première complication redoutée dans les tumeurs malignes des lèvres est la récurrence tumorale.

Aucune récurrence ni métastase à distance n'a été retrouvée dans la série de Lakhmiri M (33) et Faiz A (27), après une évolution allant de 1 à 2 ans. Néanmoins, dans la série de Salgarelli AC et al (23), Casal D et al (28), Vukadinovic et al (30), Biasoli et al (25), et Amazzal N (15), des récurrences locales ont été observées chez 0,6%, 12,80%, 10,80%, 4% et 4,6% des patients. Dans notre série, des récurrences locales ont été observées chez 6,7% des cas (Tableau 42).

Dans l'étude de Vukadinovic M et al (30), 4,5% des cas ont présentées des métastases régionales. Et dans l'étude de Sbai M (26), un seul malade a présenté des métastases ganglionnaires (soit 2,5%). Dans notre étude, 6,7% des patients ont présentés des métastases pulmonaires découvertes lors du suivi, et un seul malade (soit 3,3%) a présenté des métastases ganglionnaires (Tableau 42).

Tableau 42 : Résultats carcinologiques dans les séries.

Série	Récurrence locale	Métastase
Vukadinovic M et al (30) (Belgrade, 2004)	10,8%	4,5%

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

Amazzal N (15) (Marrakech, 2008)	4,6%	0%
Casal D et al (28) (Lisbonne, 2010)	12,8%	0%
Salgarelli AC et al (33) Modène, 2015)	0,6%	0%
Lakhmiri M (33) (Rabat, 2015)	0%	0%
Biasoli et al (25) (Brésil, 2016)	4%	0%
Sbai M (26) (Fes, 2018)	0%	2,5%
Notre série	6,7%	10%

2.2. Résultats esthétiques et fonctionnels :

Les résultats sont évalués par des critères objectifs fonctionnels et esthétiques et par la satisfaction du patient.

Selon Ayachi et al (113), les techniques de réparation par sutures directes et par lambeau d'Abbé donnent de bons résultats sur le plan fonctionnel et esthétique. Les techniques de réparation en escaliers, de Webster, d'Estlander et de fan flap de Gillies donnent un résultat fonctionnel satisfaisant aux dépens d'une rançon cicatricielle importante. Les lambeaux à distance permettent de reconstruire une perte de substance étendue mais s'avèrent insatisfaisants sur les plans fonctionnel et esthétique. Le but essentiel dans la réparation labiale est d'offrir la meilleure réhabilitation fonctionnelle et esthétique.

Dans la série de Salgarelli AC et al (23), les résultats fonctionnels et esthétiques étaient satisfaisants sauf pour 1 patient traité par lambeau du grand pectoral qui a présenté des séquelles inesthétiques et fonctionnelles.

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

Dans la série d'Ezzoubi M et al (24), le résultat fonctionnel était satisfaisant dans 92% des patients opérés. Le résultat esthétique était excellent dans 60 % des cas et bon dans 30 % des cas.

Dans la série d'Amazzal N (15), un patient a présenté une limitation de l'ouverture buccale. Deux patients ont présenté une microstomie. Ils ont eu une commissuroplastie bilatérale, celle-ci leur a permis une ouverture buccale satisfaisante.

Dans la série de Lakhmiri M (33), les résultats esthétiques et fonctionnels étaient globalement satisfaisants en dehors d'un cas de reconstruction par lambeau chinois qui a présenté une rétro- chéilite inférieure et d'un autre cas de reconstruction par lambeau du grand pectoral qui a présenté une limitation de l'ouverture buccale.

Dans la série de Sbai (26), les résultats esthétiques et fonctionnels ont été jugés acceptables dans la majorité des cas. Les lambeaux locorégionaux ont donné une satisfaction supérieure aux lambeaux à distance qui étaient inesthétiques. L'incontinence labiale a été notée chez 17,5% des patients et la microstomie chez 15% des cas.

Dans la série de Dhambri et al (66), les séquelles fonctionnels étaient dominés par la microstomie dans 70% des cas, l'incontinence alimentaire dans 12,8%, l'exposition gingivale inférieure dans 15,7%. Le résultat esthétique a été jugé bon, moyen, ou mauvais respectivement chez 54,3%, 32,9%, 12,8% des patients.

Dans notre série, vu le caractère évolué des tumeurs, 40% des malades ont présenté une limitation de l'ouverture buccale ne gênant pas l'alimentation ni l'élocution, 6,7% des cas ont présenté une incontinence alimentaire postopératoire, une asymétrie de l'ouverture buccale a été noté dans 6,7% des cas, et également 6,7% des patients ont présenté une microstomie. Les résultats esthétiques ont été jugés satisfaisants dans la majorité des cas

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

traité par des lambeaux locorégionaux, tandis ce que les patients chez qui la couverture était faite par des lambeaux à distance ont gardé des séquelles inesthétiques.

3. La moyenne de survie :

Les tumeurs malignes des lèvres sont plutôt de bon pronostic quand elles sont diagnostiquées à un stade précoce. Le taux de survie à 5 ans est supérieur à 80% pour la majorité des auteurs et peut atteindre 96,7% (1).

Dans notre série, la moyenne de survie était 3,6 ans.

VII. La prévention :

1. Prévention primaire :

La prévention primaire passe obligatoirement par la diminution de l'exposition solaire qui doit commencer dès l'enfance. Il existe diverses façons pour se protéger des effets néfastes des UV. Rester à l'ombre est certainement la solution la plus efficace mais peu convaincante surtout pour certaines professions dans notre contexte. La protection vestimentaire et le port de chapeaux ont également une valeur indéniable. L'utilisation des

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

crèmes solaires est largement répandue dans le monde entier comme mesure de prévention des cancers cutanés. En outre, la prévention primaire du cancer labial nécessite la lutte contre la consommation du tabac et de l'alcool ainsi que la remise en état de la cavité buccale (élimination des dents délabrées ou mobiles ou prothèses traumatisantes) (114).

2. Prévention secondaire :

La prévention secondaire vise la détection et l'exérèse des lésions précancéreuses, le traitement des dermatoses, ainsi que le traitement chirurgical adéquat des carcinomes labiaux.

▪ Traitement médical des lésions pré- néoplasiques (115) :

- Les poussées de lichen sont justifiables d'une corticothérapie, soit locale soit, en cas d'échec, générale.
- La vitamine A acide (rétinoïdes) peut être appliquée sur les lésions hyperkératosiques.
- La cryothérapie : son utilisation est limitée aux kératoses actiniques
- Le curetage- électrocoagulation
- Le Fluoro-uracile : pour le traitement des kératoses actiniques et des carcinomes in situ.

▪ Traitement chirurgical :

La prise en charge chirurgicale est la solution de choix car permettant une étude histologique de la lésion et de ses limites. Les kératoses actiniques bénéficient souvent du traitement chirurgical simple représenté par la vermillonectomie (80).

La PEC chirurgicale des tumeurs malignes des lèvres doit respecter des marges d'exérèse comme recommandé par BESSEDE JP (80), à fin d'éviter la survenue de récurrence.

3. La prévention tertiaire :

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



LIMITES ET RECOMMANDATIONS

1. Les limites :

Au cours de notre étude, 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.

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

- Le niveau socioéconomique bas des patients, une absence de couverture sanitaire et le manque de moyens impactent la PEC.
- Le délai de consultation très long des malades par l'ignorance, la banalisation des symptômes, et parfois par la difficulté d'accès aux soins. Ils ne consultent jusqu'au stade évolué de la tumeur.
- Le problème des rendez-vous, trop éloignés, constitue également un véritable obstacle au recrutement des malades, particulièrement pour le traitement adjuvant.
- Le refus de traitement par certains malades.
- Difficulté de la traçabilité des malades au long terme.
- Les perdus de vue.
- Les études portant sur les tumeurs évoluées des lèvres sont très rares. Le manque des publications sur ce sujet aussi bien au Maroc que partout ailleurs a été l'une des difficultés majeures auxquelles nous avons eu à faire face.

2. Les recommandations :

Au terme de ces difficultés entravées lors de l'étude nous recommandons :

- Aux internes et résidents de bien remplir les dossiers médicaux et les dossiers de suivi pour mieux faciliter les études ultérieures.
- Avoir un service d'archivage de qualité aidant à promouvoir la qualité des études scientifique médicale. Au mieux informatiser les dossiers.

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

- La sensibilisation des personnes à travers les médias, les réseaux sociaux, les caravanes, et également les enfants aux écoles, sur les facteurs de risque des tumeurs malignes des lèvres et les précautions qu'il faut adopter pour un mode de vie sain dès l'âge jeune. Notamment, l'éviction de l'exposition solaire chronique avec utilisation des moyens préventifs en cas de nécessité (écrans solaires, chapeaux...). L'éviction et sevrage des habitudes toxiques qu'elle soit le tabagisme, l'alcoolisme, et le cannabisme. Ainsi que le traitement des caries dentaires et des parodontopathies pour une bonne hygiène bucco-dentaire. Cette sensibilisation doit cibler une population à haut risque bien définie, à savoir, les sujet illettrés, ceux travaillant dans le domaine d'agriculture, les tabagiques et ceux prédisposés (XP, lupiques, albinos, les greffés d'organe sous immunosuppresseurs).
- La mise en place par le gouvernement des mesures anti-tabac, des services d'addictologie, et des politiques sanitaires pour la prévention de ces tumeurs.
- L'accélération de projet de généralisation de l'assurance maladie obligatoire pour faciliter l'accès aux soins chez les couches sociales défavorisées et réduire le nombre des malades refusant une intervention à cause de leur indigence.
- Mettre en œuvre des programmes de formation continue des médecins généralistes à propos des lésions précancéreuses et leurs PEC.
- Dans notre contexte, l'éducation de la population et la généralisation de l'information concernant la présentation clinique de la maladie avec l'explication des modalités d'accès directement aux soins en cas d'apparition des symptômes suspects, permettront un diagnostic précoce pour améliorer la PEC et la survie de nos patients (moins de séquelles et un bon pronostic).

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.


- Organisation des réunions de concertation pluridisciplinaire associant les chirurgiens, les oncologues, les radiothérapeutes et les anatomo-pathologistes pour discuter cas par cas des tumeurs évoluées pour une décision collégiale.
- Sur le plan thérapeutique, préconiser la chirurgie micrographique de Mohs lors de l'exérèse tumorale.
- Faciliter l'accès au soin et réduire les délais d'attente notamment du traitement adjuvant, en facilitant les procédures administratives, et en augmentant la capacité d'accueil des patients dans les services d'oncologie et de la radiothérapie,
- la nécessité d'une surveillance post-thérapeutique stricte à long terme. Il est aussi primordial de sensibiliser les patients sur l'importance d'une observance et d'un suivi régulier et prolongé.
- L'Assurance d'un suivi psychologique des malades atteints de cancers tout au long du parcours de la maladie.
- Amélioration du suivi multi service (Chirurgie plastique-ORL-onco-radiothérapie-psychiatrie),
- Mettre en place un véritable registre des cancers régional et national afin de pouvoir apprécier de façon exhaustive le profil épidémiologique du cancer des lèvres.
- Et finalement, nous considérons les résultats de notre travail comme des résultats préliminaires nécessitant d'être mieux étayés à l'avenir par de 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'ORL et d'anatomopathologie pour avoir un nombre non négligeable de patients. Tout cela pour bien évaluer l'épidémiologie réelle des tumeurs malignes évoluées des

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

lèvres, leur aspect anatomo-clinique, évolutif et thérapeutique, ainsi que leur prise en charge et prévention.



CONCLUSION



Les tumeurs malignes évoluées des lèvres restent un problème majeur dans notre contexte.

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

Le diagnostic repose essentiellement sur la clinique et l'histologie par biopsie dans la plupart des cas. Un recours à l'imagerie : échographie, TDM ou IRM permet de rechercher une extension aux structures sous-jacente et des métastases à distance.

La prise en charge peut être lourde pour des patients âgés, ayant des tares associées, avec un niveau socio-économique bas, consultant au stade de tumeurs évoluées.

Les réunions de concertation pluri-disciplinaire reste un pilier primordial pour ces tumeurs, à fin favoriser un traitement plus conservateur et une meilleure prise en charge globale du patient.

Ils existent de nombreux procédés de reconstruction allant de plus simples au plus complexes. Le choix du bon procédé dépend à la fois de la tumeur du patient et de la perte de substance résultante. L'objectif final est la guérison de la tumeur tout en obtenant une lèvre satisfaisante sur le plan fonctionnel et esthétique.

Le suivi post-thérapeutique régulier est essentiel afin de détecter et de traiter à temps toute complication ou récurrence tumorale.

La prévention reste le meilleur traitement, permettant de diminuer la survenue des lésions, ainsi que l'incidence des récurrences tumorales.



Résumé

Les cancers des lèvres sont parmi les pathologies assez fréquentes dans l'exercice du plasticien dans notre pays. Ces tumeurs dans leurs forme évoluée sont pourvoyeuses de séquelles esthétiques, fonctionnelles et engageant le pronostic vital ce qui définit leur

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

gravité et les difficultés de prise en charge tant pour l'exérèse carcinologique que pour la reconstruction.

Notre travail est une étude prospective et rétrospective sur 10 ans et 3 mois, portant sur 30 cas de carcinomes évolués des lèvres colligés au service de chirurgie plastique esthétique et reconstructrice du CHU Mohamed VI durant la période allant de Janvier 2012 au Mars 2022.

Il a consisté en une analyse épidémio-clinique, histologique, thérapeutique et évolutive de ces tumeurs dans notre structure.

L'âge de nos patients varie entre 12 ans et 82 ans avec une moyenne d'âge de 58 ans et avec une nette prédominance masculine (sex-ratio = 4). 36,6% des patients provenaient de Chichaoua et Marrakech, et la majorité des professions s'exposaient au soleil. Les principaux facteurs de risque étaient le tabagisme chronique, l'exposition solaire et le mauvais état bucco-dentaire. Le xéroderma pigmentosum était l'état précancéreux le plus retrouvé (13,4%).

Le délai moyen de consultation était de 18 mois. Le siège prédominant se situait au niveau de la lèvre inférieure à raison de 53,4%, l'aspect macroscopique des tumeurs était ulcéro-bourgeonnant dans la majorité des cas (70%). Le carcinome spinocellulaire était le type histologique le plus fréquent (76,6%). Les tumeurs étaient classées T3-T4 dans 63,4%, des adénopathies ont été trouvées dans 46,7% des cas

L'exérèse tumorale a été la règle chez tous nos patients en respectant une marge de sécurité adaptée au type histologique et la taille tumorale, ces marges ont été complètes chez 19 patients, incomplètes chez 11 patients. Un curage ganglionnaire a été réalisé chez 14 patients. Le procédé de réparation a été adapté au siège et à l'étendue du defect.

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

La reconstruction a fait appel à la suture directe chez 4,6% des patients, aux greffes cutanées dans 4,6% des cas, greffe osseuse dans 2,3% des cas, aux lambeaux locorégionaux chez 72,1%, et aux lambeaux à distance chez 16,2% des patients.

La radiothérapie adjuvante a été indiquée chez 7 patients, et la chimiothérapie adjuvante chez 4 patients.

L'évolution carcinologique a été marquée par deux cas de récurrence tumorale, 1 cas de métastase ganglionnaire et 2 cas de métastase pulmonaire, et aussi de nouvelles lésions apparues chez 2 patients atteints de xéoderma pigmentosum.

Sur le plan fonctionnel la limitation de l'ouverture buccale a été la complication la plus fréquente de nos patients.

Sur le plan esthétique, le résultat a été jugé acceptable dans la majorité des cas traités par fermeture directe ou lambeaux locorégionaux.

La moyenne de survie était de 3,6 ans.

La prévention passe par la lutte contre les facteurs de risque, le dépistage précoce et le traitement des états pré-néoplasiques.

ABSTRACT:

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

Lip cancer is one of the fairly common pathologies in the practice of plastic surgeons in our country. These tumors in their advanced form are the source of many aesthetic and functional after-effects; also, they are life threatening, which defines the severity and the difficulty of treatment; for both carcinological removal and reconstruction.

Our work is a prospective and retrospective study over 10 years and 3 months, covering 30 cases of advanced carcinoma of the lips collected in the department of plastic and reconstructive surgery of the CHU Mohamed VI, from January 2012 to March 2022.

It consisted in an epidemiological-clinical, histological, therapeutic and evolutionary analysis of these tumors in our structure.

The age of our patients varied between 12 and 82 years with an average age of 58 years, with a clear male predominance (sex-ratio = 4). 36.6% of patients came from Chichaoua and Marrakech, and the majority of professions were exposed to the sun. The main risk factors were chronic smoking, sun exposure and poor oral health. Xeroderma pigmentosum was the most common precancerous condition (13.4%).

The average period of consultation was 18 months. The tumor lesions sat on the lower lip level in 53.4% of the cases, they occurred mainly in ulcerative budding form (70%). Squamous cell carcinoma was the most common histological type (76.6%). Tumors were classified T3-T4 in 63.4%, lymph nodes were found in 46.7% of cases.

Tumor resection was indicated in all our patients, respecting a safety margin adapted to the histological type and tumor size; these margins were complete in 19 patients, incomplete in 11 patients. Lymph node dissection was performed in 14 patients. The reconstruction procedure was adapted to the location and extent of the defect.

Direct suture was used in 4,6% of patients, skin grafts in 4.6% of cases, bone grafts in 2.3% of cases, locoregional flaps in 72,1%, and distant flaps in 16,2% of patients.

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

Adjuvant radiotherapy was indicated in 7 patients, and adjuvant chemotherapy in 4 patients.

The carcinological evolution was marked by two cases of tumor recurrence, 1 case of lymph node metastasis and 2 cases of pulmonary metastasis, also new lesions appeared in 2 patients with xeroderma pigmentosum.

Mouth opening limitation was the most common functional complication of our patients.

Aesthetically, the result was considered acceptable in the majority of cases treated by loco regional flaps.

The average survival was 3.6 years.

Prevention involves combating risk factors, early detection and treatment of pre-neoplastic conditions.

ملخص:

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

يعتبر سرطان الشفا همنبينا لأمر اضاالمتداولة نسبيافيتخصصالجراحة التجميليةو الترميمية فيبلدنا .
تؤديهذا هالاور امفيمر احلها المتقدمة اللنتائج وخيمة منالناحية الجماليةوكذلكالوظيفية للشفا، كما انها قدتسببالوفاة، منهناتأتيخطر توص
عوبة علاجها سواء علمستو باستئصالها أو تقويمالمكانا المصاب بعد الاستئصال .
يشملبحثنا علىر اسمة مستقبلية واستذكارية لنحوثلاثين حالة تعانينالاور اما الخبيثة المتقدمة للشفا، و التيمعلاجها فيمصلحة جرا
حة التجميلومعالجة الحر وقبالمرکز الاستشفائيا لجامع محمد السادس علمدعشر سنوا تو ثلاثة أشهر، خلالافترة الممتدة منيناير
2012 إلمارس 2022.

تهدفهذ هالدراسة إلبتبانالمظهر السوسيو تشخيصي، التشر يحيو العلاجلهذ هالحالات المرضية المتطورة .
تتراو أعمار مرضانا بين 12 و 82 سنة، ويبلغمتوسط أعمارهم 58 سنة، معهيمنة نسبة الذكور
(حيثنا هز عدد الرجال المصابين 4 أضعاف عدد النساء). 36.6%
منالمرضيين حذرو نمثيشا و قومر اكش، غالبيةهميز اولو نمهنات جعلهمعرضة لأشعة الشمس .
تمثلتأبرز العواملا المسببة فيالتدخينالمزمنو التعرضالمستمر لأشعة الشمسو سوء صحة الفم .
يعتبر مرض جفافالجلد المصطبغ منبينا لأفاتا المسببة للسرطانالتيو جدت عند 13.4% منمرضانا .
بلغتالمددة الفاصلة بينظهور الأعراضو الاستشارة الطبية عندمرضانا 18 شهرا .
تواجدتا لأفاتا للسرطانية بكثرة علمستو بالشفة السفلية بنسبة 53.4%، وكانتلشكلقرحانتبر عمية فيمعظمالحالات (70%).
كانسرطانالخلايا الصبغية النوعالأكثر وجودا عندمرضانا (76.6%). 63.4% منالحالات تم تصنيفهمضمنصنف-T3
T4، كماالوظنضخمالغذاء للمفاوية عند 46.7% منالحالات .
خضعجميعالمرضيين لعملية استئصالالاور اما الخبيثة، معاحترامهوا مشالإستئصال، التيعادتسليمة عند 9 مريضاً، خلافا ل
11 مريضاً . كما تم إجراءتشرريحالعقد للمفاوية لدى 14 مريضاً .
فيما يخصالجراحة التقيومية فإنها تحدد حسبمكانتواجدا لاوراموكذلك حجمها .
إعتمدنا فيالجراحة التقيومية علىالغرز المباشرة لدى 4.6% منالمرضى، وترقيعالجلد لدى 4.6% منالحالات، والطعم
العظمي في 2.3% منالحالات، والسديلة المحلية في 72,1%، والسديلة المقطعة منبيلدى 16.7% منالمرضى .
تماستكمالالعلاجبالأشعة فيسبعحالات، اما العلاج الكيماي فيفقدكان ضروريا عنداربعة مرضى .

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

خلال فترة المتابعة، لوحظ ظهور الأورام مجدداً في حالتيه المرضية، وانتشار الورم في العقد اللمفاوية في حالتيه الواحدة، وحالتيه من الان
تشار الورم في الرئة، وكذلك كانت كاساتو إصابات جديدة بالنسبة لمرضى مناصبنا المصابين بجفاف الجلد المصطبغ.

من الناحية الوظيفية، كانت تقبيل فتحة الفم أكثر المضاعفات شيوعاً لدى المرضى.

من الناحية الجمالية، اعتبرنا النتيجة مقبولة في معظم الحالات التي عولجنا بها، ولجئنا إلى العرز المباشرة أو بالسديلة الموضعية المحلية.

متوسط العيش عند مرضانا هو 3.6 سنة.

تتمحور الوقاية ضد سرطاننا في علم مكافحة العوامل المسببة، والكشف المبكر عن حالاتنا مقابل الأورام ومعالجتها.



Annexe 1 : FICHE D'EXPLOITATION DES TUMEURS MALIGNES EVOLUEES DES LEVRES

IDENTITE :

- Nom et prénom :
- NE :
- DE :
- Age :

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

- Sexe : M F
- Origine géographique :
- Phototype : I II III IV V VI
- Profession :
- Situation familiale :
- Niveau socio-économique : bas moyen élevé
- N° du téléphone :

ANTECEDENTS :

PERSONNELS :

Facteurs de risque:

- Tabagisme chronique
- Alcoolisme chronique
- Cannabisme
- Exposition solaire
- Mauvaise hygiène buccale
- Albinisme
- Kératose actinique
- Leucoplasie muqueuse
- Lichen plan
- Maladie de Bowen
- Xéroderma pigmentosum
- Mélanose de Dubreuilh
- Candidose chronique
- Lupus érythémateux
- Prise médicamenteuses : Corticoïdes Immunosuppresseurs
- Cicatrice de brûlure
- Radiations ionisantes
- Carcinogènes chimiques
- Naevus congénitaux

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

- Microtraumatisme locaux

Autres :

FAMILIAUX :

- Cancer des lèvres
- Néoplasie familiale
- Xéroderma pigmentosum
- Albinisme
- Autres

HISTOIRE DE LA MALADIE :

- Date de début :

Tumeur primaire : Récidive :

- Délai de consultation :

Entre 0 et 6 mois Entre 6 mois et 1 an Plus de 1 an

- Lésion élémentaire :

Nodulaire Ulcérée Bourgeonnante Ulcérobourgeonnante

- De novo Sur lésion pré existante

- Siège :

- Evolution :

Rapide Progressive Rapidement progressive

CEG AEG

- Traitement traditionnel : Non Oui

- Signes exigeants une consultation :

- Tuméfaction
- Ulcération
- Surinfection
- Saignement
- Prurit

ANALYSE CLINIQUE ET PARACLINIQUE :

EXAMEN CLINIQUE :

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

Examen général :

- Conscient : Oui Non
- FR : Normal Polypnée Bradypnée
- FC : Normal tachycardie bradycardie
- Fièvre : Oui Non
- Conjonctifs : Normocoloré Décolorés
- Troubles d'élocution : Oui Non
- Troubles alimentaires : Oui Non

Description de la tumeur :

➤ Inspection :

- Localisation :
- Aspect :

Nodulaire Ulcérée Bourgeonnante Ulcérobourgeonnante

- Coloration :
- Nombre :

➤ Palpation :

- Sensibilité :
 - Sensible Indolore
- Limites :
- Taille :
- Mobilité :
 - Fixe Mobile
- Saignements au contact : Oui Non
- Issu de pus : Oui Non

Examen ORL :

- Examen de la cavité buccale :
 - Etat buccodentaire : Bon mauvais
 - Lésion précancéreuse : Oui Non
 - Infiltration endobuccale : Oui Non
- Otoscopie :

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

▪ Panendoscopie :

▪ Autres :

Photographie de la tumeur : Oui Non

DIAGNOSTIC ANATOMOPATHOLOGIQUE :

▪ Sur biopsie simple Sur biopsie exérèse

▪ Compte rendu :

✓ Nature histologique :

✓ Degré de différenciation :

Bien différencié Moyennement différencié Indifférencié

✓ Invasion périnerveuse : Oui Non

✓ Emboles vasculaires : Oui Non

BILAN D'EXTENSION :

Clinique :

▪ Locale :

• La joue : oui non

• La mandibule : oui non

• Le vestibule nasal : oui non

• Aile du nez : oui non

• Le menton : oui non

▪ Régionale :

• Sous maxillaire : oui non

• Sous mentonnière : oui non

• Sous angulo-mandibulaire : oui non

▪ A distance :

Paraclinique :

▪ Echographie cervicale :

▪ TDM du massif cervico-facial :

▪ Echographie abdominale :

▪ TDM TAP :

▪ Radiographie pulmonaire :

- Autres :

CLASSIFICATION TNM:

- T :
- N :
- M :

TRAITEMENT CHIRURGICAL

EXERESE TUMORALE:

- Type d'anesthésie :
Générale Locale
- Marge de sécurité en mm :
- Données anatomopathologique :
Marge d'exérèse :
Complète Incomplète

CURAGE GANGLIONNAIRE:

- Triangulaire
- Fonctionnel
- Radical

MODE DE REPARATION DE LA PERTE DE SUBSTANCE :

- Délai :
Immédiat Différé
- Sutures directes
- Lambeau régional
Type :
- Lambeau à distance
Type :
- Greffe de peau totale

SUITES POST-OPERATOIRES :

- Immédiates :
Saignements Hématome Infection Nécrose cutanée

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

- Moyen terme :
- Long terme :

REPRISE CHIRURGICALE :

Oui Non

- Délai :
- Geste chirurgicale :

TRAITEMENT ADJUVANT :

- Radiothérapie : Oui Non si oui, dose :
- Chimiothérapie : Oui Non
- Autres :

SUIVI : RESULTATS CARCINOLOGIQUES, FONCTIONNELS ET ESTHETIQUES FONCTIONNEL

- 3 mois :
- 6 mois :
- 1 an :

SATISFACTION DU MALADE :

Oui Non Degré de satisfaction :

PRONOSTIC/ MORTALITE :

Annexe 2 : La 7e édition de la classification TNM de l'UICC des tumeurs malignes des lèvres

Tableau 43 : Tumeur (T).

TX : la tumeur primitive ne peut être évaluée
T0 : pas de tumeur primitive identifiable
Tis : carcinome in situ

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

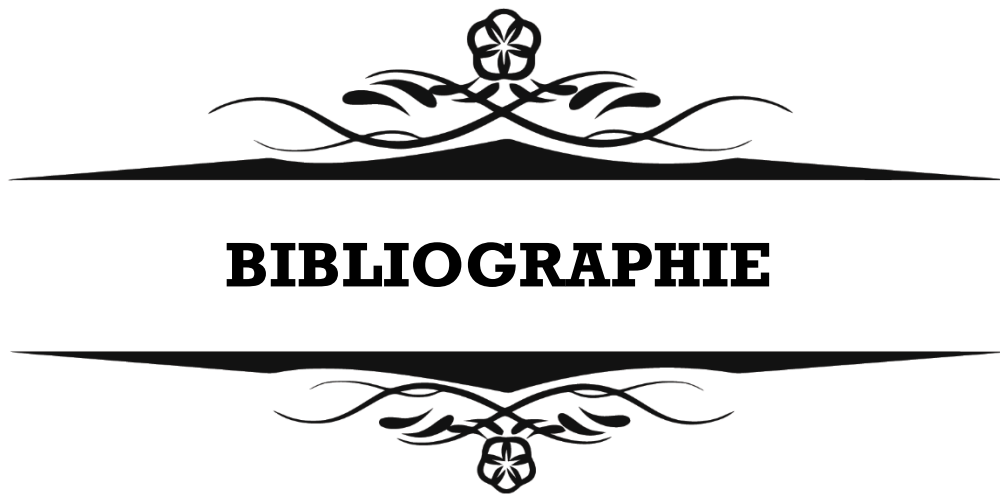
T1 : tumeur ≤ 2 cm dans sa plus grande dimension
T2 : tumeur $2\text{cm} \leq T \leq 5\text{cm}$ dans sa plus grande dimension
T3 : tumeur $> 5\text{cm}$ dans sa plus grande dimension
T4 : tumeur envahissant les structures profondes : cartilage, os ou muscle strié.

Tableau 44 : Ganglions lymphatiques régionaux (N).

NX : les ganglions régionaux ne peuvent pas être évalués
N0 : pas de métastase ganglionnaire régionale
N1 : métastase ganglionnaire régionale a : micro métastase b : macro métastase unique dans l'aire homolatérale, de diamètre < 3 cm
N2 : a : métastase unique dans l'aire homolatérale, de diamètre > 3 cm b : métastases multiples dans l'aire homolatérale c : métastases régionales intra lymphatique (in transit ou satellites)
N3 : a : métastases bilatérales ou controlatérales b : métastases ganglionnaire avec envahissement du facial ou de la base du crâne

Tableau 45 : Métastases à distance (M).

MX : les métastases à distance ne peuvent être évaluées
M0 : pas de métastase à distance
M1 : métastase(s) à distance



BIBLIOGRAPHIE

1. **Ben Slama L.**
Carcinomes des lèvres. Presse Médicale. 2008;37(10):14906.
2. **Lahlaidi.**
Anatomie topographique. Tête et cou. 1986;126-41.
3. **Burget GC, Menick FJ, Burget G.**
Aesthetic Restoration of One-Half the Upper Lip: Plast Reconstr Surg. nov 1986;78(5):583-93.
4. **Sethu C, Troisi L, Stephens P.** Biodynamic excisional skin tension lines. Ann R Coll Surg Engl. nov 2019;101(8):622-3.

5. **Azzez K.**
Caractérisation et modélisation du comportement mécanique in vivo de la peau. 2020;
6. **Poirier J, Cohen I, Baudet J.**
Embryologie humaine. 2e éd. Paris: Maloine; 1981. 281 p.
7. **Netter FH.**
Atlas of human anatomy. 5th ed. Philadelphia, PA: Saunders/Elsevier; 2011. 40, 69 p.
8. **Ricbourg B.**
Blood supply of the lips. Ann Chir Plast Esthet. oct 2002;47(5):346-56.
9. **Puscas L, A. Fritz M, M.**
Esclamado R. LIP CANCER. 2016. Disponible sur: <https://entokey.com/lip-cancer/>
10. **Bailly J. //**
Chirurgie des lèvres. In 2017. p. 199.
11. **Goldberg M.**
Histologie de la muqueuse buccale. 2016.
12. **Daniel B.**
HISTOLOGIE. 2010. Disponible sur: <http://www.db-gersite.com/HISTOLOGIE/EPITHDIG/cbgsoe/cbgsoe.htm>
13. **Brix M, Raphaël B.**
La fonction labiale. Ann Chir Plast Esthet. oct 2002;47(5):357-69.
14. **Ménégoz F, Lesec'H JM, Rame JP, Reyt E, Bauvin E, Arveux P, et al.**
Lip, oral cavity and pharynx cancers in France: incidence, mortality and trends (period 1975-1995). Bull Cancer (Paris). avr 2002;89(4):419-29.
15. **Amazzal N.**
Cancers des lèvres-A propos de 22 cas. Thèse de doctorat en médecine. Marrakech : Université Cadi Ayyad, 2008 ;
16. **Beauvillain de Montreuil C, Dréno B, Tessier MH.**
Tumeurs bénignes et malignes des lèvres. Oto-Rhino-Laryngol. 2013;
17. **Perrinaud A.**
Carcinomes épidermoïdes (ou spinocellulaires). Presse Médicale. oct 2008;37(10):1485-9
18. **Szirglas H, Ben Slama L.**
Pathologie de la muqueuse buccale. Paris, France: EMC; 1999. 161-170 p.
19. **Benider A, Harif M, Karkouri M, Quessar A, Sahraoui S, Sqalli S, et al.**
Registre des Cancers de la Région du Grand Casablanca. 2017 2013;27-30.
20. **Barthélémy I, Sannajust JP, Revol P, Mondié JM.**
Cancers de la cavité buccale. Préambule, épidémiologie, étude clinique. EM-Consulte. 2005;277-94.
21. **Zaraa I, Ben Taazayet S, Dakhli I, Chelly I, Mokni M, Zitouna M, et al.**
Squamous cell carcinoma of the lip: a report of 30 cases. Tunis Med. févr 2013;91(2):144-9.

- 22. Tazi N, El jahd L, Rouadi S, Abada R, Roubal M, Mahtar M.**
Les aspects thérapeutiques des cancers de la lèvre inférieure : notre expérience durant la dernière décennie. *Ann Fr Oto-Rhino-Laryngol Pathol Cervico-Faciale*. oct 2014;131(4):A117.
- 23. Salgarelli AC, Setti G, Bellini P, Magnoni C, Robiony M, Consolo U.**
Guidance flap choice for lip cancer: Principles, timing and esthetic-functional results. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac*. janv 2016;38(1):1-10.
- 24. Ezzoubi M, Benbrahim A, Fihri JF, Bahechar N, Boukind EH.**
Reconstruction after tumour's excision in lip's cancer: report of 100 cases. *Rev Laryngol – Otol – Rhinol*. 2005;126(3):141-6.
- 25. Biasoli ÉR, Valente VB, Mantovan B, Collado FU, Neto SC, Sundefeld MLMM, et al.**
Lip Cancer: A Clinicopathological Study and Treatment Outcomes in a 25-Year Experience. *J Oral Maxillofac Surg*. juill 2016;74(7):1360-7.
- 26. SBAI M.**
Traitement chirurgical des cancers des lèvres–A propos de 40 cas. Thèse de doctorat en médecine. Fes : Université Sidi Mouhamed Ben Abdellah, 2018.
- 27. FAIZ A.**
LES TUMEURS MALIGNES DES LÈVRES (à propos de 11 cas). 2021.
- 28. Casal D, Carmo L, Melancia T, Zagalo C, Cid O, Rosa-Santos J.**
Lip cancer: a 5-year review in a tertiary referral centre. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg JPRAS*. déc 2010;63(12):2040-5.
- 29. Ligier K, Belot A, Launoy G, Velten M, Delafosse P, Guizard AV, et al.**
Epidemiology of oral cavity cancers in France. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*. juin 2011;112(3):164-71.
- 30. Vukadinovic M, Jezdic Z, Petrovic M, Medenica LM, Lens M.**
Surgical management of squamous cell carcinoma of the lip: analysis of a 10-year experience in 223 patients. *J Oral Maxillofac Surg Off J Am Assoc Oral Maxillofac Surg*. avr 2007;65(4):675-9.
- 31. Schneider IJC, Flores ME, Nickel DA, Martins LGT, Traebert J.**
Survival rates of patients with cancer of the lip, mouth and pharynx: a cohort study of 10 years. *Rev Bras Epidemiol*. sept 2014;17(3):680-91.
- 32. Douki T, Leccia MT, Béani JC, Mouret S, Cadet J, Favier A.**
Effets néfastes du rayonnement UVA solaire : de nouveaux indices dans l'ADN. *médecine/sciences*. févr 2007;23(2):124-6.
- 33. LAKHMIRI M.**
Les tumeurs malignes des lèvres. Thèse de doctorat en médecine. Rabat : Université Mohammed V, 2015.
- 34. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans.** Tobacco smoke and involuntary smoking. *IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum*. 2004;83:1-1438.
- 35. Seitz HK, Mueller S.**

Alcohol and Cancer : An Overview with Special Emphasis on the Role of Acetaldehyde and Cytochrome P450 2E1. In: Biological Basis of Alcohol-Induced Cancer. 2015. p. 59-70.

36. Rothman K, Keller A.

The effect of joint exposure to alcohol and tobacco on risk of cancer of the mouth and pharynx. J Chronic Dis. déc 1972;25(12):711-6.

37. Chattopadhyay I, Verma M, Panda M.

Role of Oral Microbiome Signatures in Diagnosis and Prognosis of Oral Cancer. 1 janv 2019;18:153303381986735.

38. Basset-Seguin N, Renaud-Vilmer C, Verola O.

Carcinomes spinocellulaires – EM consulte. Encycl Méd Chir, Dermatologie. 2002;625.

39. Kouketsu A, Sato I, Abe S, Oikawa M, Shimizu Y, Takahashi T, et al.

Detection of human papillomavirus infection in oral squamous cell carcinoma: a cohort study of Japanese patients. J Oral Pathol Med. sept 2016;45(8):565-72.

40. Greig A, Aloni K, Orchard G, Shams M, Craythorne E, Fassihi H.

Treatment of multiple facial basal cell carcinomas in a child with xeroderma pigmentosum complementation group C with Mohs micrographic surgery. 2021;184(1).

41. Ramos AN, Ramos JGR, Fernandes JD.

Prevalence of premalignant and malignant skin lesions in oculocutaneous albinism patients. Rev Assoc Médica Bras. janv 2021;67(1):77-82.

42. Bresler SC, Padwa BL, Granter SR.

Nevoid Basal Cell Carcinoma Syndrome (Gorlin Syndrome). Head Neck Pathol. juin 2016;10(2):119-24.

43. Herbst MC.

Fact Sheet on Gorlin-Goltz Syndrome. 2021.

44. Ben Slama L.

Potentially malignant disorders of the oral mucosa: terminology and classification. Rev Stomatol Chir Maxillofac. sept 2010;111(4):208-12.

45. Lombardi T, Samson J.

Transformation maligne sur cheilite actinique chronique chez un sujet roux. Médecine Buccale Chir Buccale. nov 2013;19(4):273-4.

46. Wood NH, Khammissa R, Meyerov R, Lemmer J, Feller L.

Actinic cheilitis: a case report and a review of the literature. Eur J Dent. janv 2011;5(1):101-6.

47. Savage NW, McKay C, Faulkner C.

Actinic cheilitis in dental practice. Aust Dent J. juin 2010;55 Suppl 1:78-84.

48. Rogers RS, Bekic M.

Diseases of the lips. Semin Cutan Med Surg. déc 1997;16(4):328-36.

49. Piette E. Affections des lèvres.

EMC – Stomatol. sept 2005;1(3):193-207.

50. **Arvanitidou IE, Nikitakis NG, Georgaki M, Papadogeorgakis N, Tzioufas A, Sklavounou A.**
Multiple primary squamous cell carcinomas of the lower lip and tongue arising in discoid lupus erythematosus: a case report. févr 2018;125(2):e22-30.
51. **Develoux M.**
Cancer et mycoses et revue de la littérature. Bull Société Pathol Exot. févr 2017;110(1):80-4.
52. **Martin L, Bonerandi JJ.**
Prise en charge diagnostique et thérapeutique du carcinome épidermoïde cutané (spinocellulaire) et de ses précurseurs. Recommandations. Ann Dermatol Vénérologie. sept 2009;136:S177-86.
53. **NFISSI A.**
Carcinomes des lèvres. Thèse de doctorat en médecine. Fes : Université Sidi Mohammed Ben Abdellah, 2009.
54. **Amari H.**
Les tumeurs malignes des lèvres. Thèse de doctorat en médecine. Rabat : Université Mohammed V, 2000.
55. **Descrozailles JM, Daban A, Fontanel JP, Tomescu D.**
Cancer of the lips. Rev Prat. 1983;33(29):1523-4, 1527-8, 1531-5.
56. **Lee JW, Jang YC, Oh SJ.**
Esthetic and functional reconstruction for burn deformities of the lower lip and chin with free radial forearm flap. Ann Plast Surg. avr 2006;56(4):384-6.
57. **Altinyollar H, Berberoğlu U, Celen O.**
Lymphatic mapping and sentinel lymph node biopsy in squamous cell carcinoma of the lower lip. févr 2002;28(1):72-4.
58. **Avril MF, Auperin A, Margulis A, Gerbaulet A, Duvillard P, Benhamou E, et al.**
Basal cell carcinoma of the face: surgery or radiotherapy? Results of a randomized study. Br J Cancer. 1997;76(1):100-6.
59. **Vahtsevanos K, Ntomouchtsis A, Andreadis C, Patrikidou A, Karakinaris G, Mangoudi D, et al.**
Distant bone metastases from carcinoma of the lip: a report of four cases. Int J Oral Maxillofac Surg. févr 2007;36(2):180-5.
60. **Bonnetblanc JM.**
Tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques : carcinomes cutanés. Ann Dermatol Vénérologie. nov 2008;135(11):F134-40.
61. **Cameron MC, Lee E, Hibler BP, Barker CA, Mori S, Cordova M, et al.**
Basal cell carcinoma. J Am Acad Dermatol. févr 2019;80(2):303-17.
62. **Paré A, Joly A.**

Cancers de la cavité buccale : facteurs de risque et prise en charge. *Presse Médicale*. 1 mars 2017;46(3):320-30.

63. Beylot-Barry M.

Tumeurs de la lèvre hors versant muqueux : place et apport de la RCP d'onco-dermatologie. *Ann Dermatol Vénéréologie*. juin 2015;142(6-7):S326-7.

64. Milic T, Raidoo P, Gebauer D.

Antibiotic prophylaxis in oral and maxillofacial surgery: a systematic review. *Br J Oral Maxillofac Surg*. juill 2021;59(6):633-42.

65. Stenberg Y, Lindelöf L, Hultin M, Myrberg T.

Pre-operative transthoracic echocardiography in ambulatory surgery—A cross-sectional study. *Acta Anaesthesiol Scand*. sept 2020;64(8):1055-62.

66. Dhambri S, Turki S, Dhaha M, Jebali S, Touati S, Kedous S, et al.

Lip reconstruction after cancer resection : clinical study of 70 cases. *Tunis Med*. nov 2020;98(4):846-54.

67. Petit T, Wechsler J, Dandurand M, Guillot B, Martel P.

Recommandations de l'ANAES pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique du carcinome basocellulaire. *EM-Consulte*. 2008.

68. Chekrine T, Benhmidoune M, Benchakroun N, Jouhadi H, Tawfiq N, Sahraoui S, et al.

Carcinomes de la lèvre : à propos de 41 cas. *EM-Consulte*. 2008;

69. Paoli J, Daryoni S, Wennberg AM, Mölne L, Gillstedt M, Miocic M, et al.

5-year recurrence rates of Mohs micrographic surgery for aggressive and recurrent facial basal cell carcinoma. *Acta Derm Venereol*. oct 2011;91(6):689-93.

70. Zitsch RP, Lee BW, Smith RB.

Cervical lymph node metastases and squamous cell carcinoma of the lip. *Head Neck*. août 1999;21(5):447-53.

71. Califano L, Zupi A, Massari PS, Giardino C.

Lymph-node metastasis in squamous cell carcinoma of the lip. A retrospective analysis of 105 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg*. déc 1994;23(6 Pt 1):351-5.

72. Sollamo EMJ, Ilmonen SK, Virolainen MS, Suominen SHH.

Sentinel lymph node biopsy in cN0 squamous cell carcinoma of the lip: A retrospective study: Staging of lip cN0 SCC with sentinel lymph node biopsy. *Head Neck*. avr 2016;38(S1):E1375-80.

73. Cowen D, Essomba M, Richaud P, Renaud-Salis JL, Pigneux J.

Treatment of cervical lymph nodes in lip cancers. *Bull Cancer Radiother J Soc Francaise Cancer Organe Soc Francaise Radiother Oncol*. 1990;77(2):111-7.

74. Bucur A, Stefanescu L.

Management of patients with squamous cell carcinoma of the lower lip and N0-neck. J Cranio-Maxillo-fac Surg Off Publ Eur Assoc Cranio-Maxillo-fac Surg. févr 2004;32(1):16-8.

75. Frerich B, Förster M, Schiefke F, Wittekind C, Hemprich A, Sabri O.

Sentinel lymph node biopsy in squamous cell carcinomas of the lips and the oral cavity – a single center experience. J Surg Oncol. 1 févr 2007;95(2):97-105.

76. Beauvillain de Montreuil C, Bessède JP.

Traitement chirurgical des tumeurs cutanées de la face. EM-Consulte. 2002;255-64.

77. Jol J a. D, van Velthuysen MLF, Hilgers FJM, Keus RB, Neering H, Balm AJM.

Treatment results of regional metastasis from cutaneous head and neck squamous cell carcinoma European Journal of surgical oncology. 2002; 29: 81–86. Eur J Surg Oncol J Eur Soc Surg Oncol Br Assoc Surg Oncol. févr 2003;29(1):81-6.

78. Benlyazid A, Sarini J, Marques B, Garrido-Stowhas I, Delord JP, Zerdoud S, et al.

Évidement cervical systématique dans les cancers épidermoïdes de la cavité orale. Annales d'Otolaryngologie et de Chirurgie Cervico-faciale. 2007;285-91.

79. Asarkar A, Bundrick P, Nathan CAO.

When Should Parotidectomy and a Neck Dissection Be Performed in Cutaneous SCC of the Head and Neck?: Management of Nodal Basins in Cutaneous SCC. The Laryngoscope. mars 2019;129(3):535-6.

80. Bessede JP, Sannajust J, Vergnolles V.

Chirurgie des tumeurs des lèvres. EMC (Elsevier SAS, Paris), Techniques chirurgicales – Tête et cou. EM-Consulte. 2006;46-238.

81. Khan AA, Khan IM, Nguyen PP, Lo E, Chahadeh H, Cerniglia M, et al.

Skin Graft Techniques. Clin Podiatr Med Surg. oct 2020;37(4):821-35.

82. Rifaat MA.

Lower lip reconstruction after tumor resection; a single author's experience with various methods. J Egypt Natl Cancer Inst. déc 2006;18(4):323-33.

83. Moussa NT, Dym H.

Maxillofacial Bone Grafting Materials. Dent Clin North Am. avr 2020;64(2):473-90.

84. Bachelet JT, Bourlet J, Château J, Jacquemart M, Dufour C, Mojallal A, et al.

Costal Grafting in Mandibular Reconstruction: Plast Reconstr Surg – Glob Open. nov 2015;3(11):e565.

85. Meresse T, Chavoïn J, Grolleau J.

Chirurgie réparatrice des lèvres. EMC, Techniques chirurgicales – Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, 2010. 2010;45-555.

86. Patel SB, Buttars BR, Roy DB.

Mustardé flap for primary nasal sidewall defect post-Mohs micrographic surgery. JAAD Case Rep. mai 2022;23:151-4.

87. Moretti A, Vitullo F, Augurio A, Pacella A, Croce A.

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

Surgical management of lip cancer. Acta Otorhinolaryngol Ital Organo Uff Della Soc Ital Otorinolaringol E Chir Cerv-facc. févr 2011;31(1):5-10.

88. Payement G, Cariou JL, Cantaloube D, et al.

Chirurgie réparatrice des lèvres. 1997;45-555.

89. Chavoïn JP, Garrido-Stowhas I.

Reconstruction des lèvres. Manuel de chirurgie plastique reconstructrice et réparatrice. Chirurgie plastique et esthétique. 2009;503-23.

90. Ethunandan M, Macpherson DW, Santhanam V.

Karapandzic flap for reconstruction of lip defects. J Oral Maxillofac Surg Off J Am Assoc Oral Maxillofac Surg. déc 2007;65(12):2512-7.

91. Rajaonarivelo-Gorochov N, Paraskevas A, Raulo Y, et al.

Reconstruction des pertes de substance totales de lèvre inférieure par doubles lambeaux hétérolabiaux. À propos d'un cas clinique. 2006;531-5.

92. Ginestet G.

Reconstruction de toute la lèvre inférieure par des lambeaux nasogéniens totaux. Rev. Odont. stomat. 1946; 8:28.

93. Bey E, Hautier A, Pradier JP, Duhamel P.

Is the deltopectoral flap born again? Role in postburn head and neck reconstruction. Burns J Int Soc Burn Inj. févr 2009;35(1):123-9.

94. Ooi ASH, Butz DR, Teven CM, Gottlieb LJ.

Re-introducing the delto-acromial perforator flap: Clinical experience and cadaver dissection. J Plast Reconstr Aesthetic Surg JPRAS. mars 2018;71(3):402-9.

95. Hafezi F, Naghibzadeh B, Nouhi A.

Facial reconstruction using the visor scalp flap. Burns J Int Soc Burn Inj. nov 2002;28(7):679-83.

96. Sakurai H, Soejima K, Takeuchi M, Kono T, Yamaki T, Nozaki M.

Reconstruction of perioral burn deformities in male patients by using the expanded frontal scalp. Burns J Int Soc Burn Inj. déc 2007;33(8):1059-64.

97. Krishnamurthy A.

Split paramedian forehead flap for medial canthal reconstruction. Natl J Maxillofac Surg. juill 2012;3(2):241-2.

98. Rauchfuss A.

The lateral forehead flap in the management of defects of the exterior aspect of the nose. Laryngol Rhinol Otol (Stuttg). nov 1988;67(11):590-2.

99. Alotaibi AS, Shah Mardan QNM, Almarghoub MA, Mahabbat NA, Almarshad FA, Hashem FK.

The pedicled lateral forehead flap in reconstructing oral floor defect – The last resort; case report. Int J Surg Case Rep. déc 2021;89:106521.

- 100. Langstein HN, Robb GL.**
Lip and perioral reconstruction. *Clin Plast Surg.* juill 2005;32(3):431-45.
- 101. Simon E, Stricker M, Duroure F.**
Les régions commissurales. Procédés de restauration et indications. *Ann Chir Plast Esthét.* oct 2002;47(5):479-502.
- 102. Mutaf M, Bulut O, Sunay M, Can A.**
Bilateral musculocutaneous unequal-Z procedure: a new technique for reconstruction of total lower-lip defects. *Ann Plast Surg.* févr 2008;60(2):162-8.
- 103. Lapeyre M, Bellière A, Hoffstetter S, Peiffert D.**
Curiethérapie des cancers de la tête et du cou (cavum exclu). *Cancer/Radiothérapie.* 2008;12(6):515-21.
- 104. Rovirosa-Casino A, Planas-Toledano I, Ferre-Jorge J, Oliva-Díez JM, Conill-Llobet C, Arenas-Prat M.**
Brachytherapy in lip cancer. *Med Oral Patol Oral Cirugia Bucal.* 1 mai 2006;11(3):E223-229.
- 105. Wang CC.**
Radiation therapy for head and neck neoplasms. 3rd ed. New York: Wiley-Liss; 1997. 387 p.
- 106. Conill C, Verger E, Marruecos J, Vargas M, Biete A.**
Low dose rate brachytherapy in lip carcinoma. *Clin Transl Oncol Off Publ Fed Span Oncol Soc Natl Cancer Inst Mex.* 2007;9(4):251-4.
- 107. Huang SH, Hahn E, Chiosea SI, Xu ZY, Li JS, Shen L, et al.**
The role of adjuvant (chemo-)radiotherapy in oral cancers in the contemporary era. *Oral Oncol.* mars 2020;102:104563.
- 108. Védrine L, Chargari C, Le Moulec S, Fayolle M, Ceccaldi B, Bauduceau O.**
Chimiothérapie des cancers des voies aérodigestives supérieures. *Cancer/Radiothérapie.* 2008;12(2):110-9.
- 109. Kampel L, Dorman A, Horowitz G, Fliss DM, Gutfeld O, Muhanna N.**
Surgically Treated Advanced Cutaneous Squamous Cell Carcinoma of the Head and Neck: Outcome Predictors and the Role of Adjuvant Radiation Therapy. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* sept 2021;130(9):1016-23.
- 110. Amici JM, Beylot-Barry M.**
Carcinomes basocellulaires localement avancés : intérêt de traitements combinés, alternatifs à la chirurgie. *Ann Chir Plast Esthét.* août 2015;60(4):321-5.
- 111. RHILI M.**
Guide du résident pour la levée des lambeaux les plus utilisés en chirurgie réparatrice : Bases anatomiques et étapes chirurgicales. Thèse de doctorat en médecine. Marrakech : Université Cadi Ayyad. 2019.
- 112. Sessions DG, Spector GJ, Lenox J, Haughey B, Chao C, Marks J.**

Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes évoluées des lèvres.

Analysis of treatment results for oral tongue cancer. The Laryngoscope. avr 2009;112(4):616-25.

113. Ayachi S, Chelbi M, Moetamri R, Khochtali H, Bakir A.

RÉPARATION DES PERTES DE SUBSTANCES CHIRURGICALES TRANSFIXIANTES DES LÈVRES. EM-Consulte. 2008;

114. Aupérin A.

Epidemiology of head and neck cancers: an update. Curr Opin Oncol. mai 2020;32(3):178-86.

115. Lourari S, Paul C, Meyer. N.

Traitements non chirurgicaux des carcinomes cutanés et de leurs précurseurs. Presse Médicale. juill 2011;40(7-8):690-6.



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

أقسامها العظيمة

أنار أقباله في هنتي.

وأنصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف

والأحوال الباذلة وسعيفان قاذها من الهلاك والمرض

والألم والقلق.

وأنأحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سراًهم.

وأنأكون عدلاً وامنو سائر رحمة الله، بإذلة

رعايتي الطبية للقريب والبعيد، للصالح والظالم، والصديق والعدو.

وأنأثاب علمي بالعلم، وأسخره لنفع الإنسانية للأداه.

وأنأوقر من علمني، وأعلم مني صغري، وأكون أخيراً لكل من ألقى بي في المهنة الطبية متعاونين عدلاً وبراً والتقوى.

وأنأكون حياتي مصداقاً لآيات القرآن، وأعلن نيتي، نقيّة مما يشينها تجاه

الله وسؤله والمؤمنين.

والله أعلم بما أقول لشهيد



سنة 2022

أطروحة رقم 211

مساهمة الجراحة التجميلية في الأورام الخبيثة المتقدمة للشفاه

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2022/07/14
من طرف

الآنسة فدوى أعشيش

المزودة في 4 ماي 1996 بكلمية

لنيشهادة الدكتور اهفيالطب

الكلمات الأساسية:-

شفة - اورام خبيثة متقدمة - جراحة- تشريح الغدد اللعابية - تقويم

اللجنة

الرئيس

س. أمل

السيد

المشرف

أستاذ التعليم العالي في أمراض الجلد

ي. بنشمخة

السيد

الحكم

أستاذ التعليم العالي في الجراحة التقيومية و التجميلية

م.د. العمراني

السيد

أستاذ التعليم العالي في علم التشريح