



Royaume du Maroc المملكة المغربية

كلية الطب والصيدلة
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 2018

Thèse N° 079/18

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES CANCERS DES LÈVRES (à propos de 40 cas)

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 05/04/2018

PAR

M. SBAI MOHAMMED

Né le 02 Avril 1992 à Fès

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Lèvre - Cancer - Epidémiologie - Chirurgie - Reconstruction labiale - Prévention

JURY

M. EL ALAMI EL AMINE MOHAMED NOUR-DINE..... Professeur d'Oto-rhino-laryngologie	PRESIDENT
Mme. KAMAL DOUNIA..... Professeur agrégé de Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale	RAPPORTEUR
Mme. OUFKIR AYAT ALLAH..... Professeur agrégé de Chirurgie réparatrice et plastique	JUGES
M. BEN MANSOUR NAJIB..... Professeur agrégé d'Oto-rhino-laryngologie	
Mme. HAMMAS NAWAL..... Professeur assistant d'Anatomie pathologique	MEMBRE ASSOCIÉ

PLAN

INTRODUCTION	4
RAPPELS	7
I- Anatomo-histo-physiologique.....	8
II- Epidémiologie	29
III- Facteurs étiologiques	30
IV- Classification anatomoclinique	40
V- Classification TNM	49
VI- Traitement	50
VI.1 Buts	50
VI.2 Moyens	50
VI.3 Indications	62
VI.4 Chirurgie reconstructrice	64
VI.5 Surveillance.....	94
VI.6 Complications	95
NOTRE SERIE	98
MATERIELS ET METHODES	99
I- Matériels	100
II- Méthodes	100
RESULTATS	104
I-Etude épidémiologique	105
II-Facteurs de risque	107
III-Données cliniques	108
IV-Histopathologie	112
V-Bilan d'extension	114
VI-Classification TNM	117
VII-Bilan pré thérapeutique	119

VIII- Traitement	120
IX- Soins post opératoires	128
X- Résultats histologiques définitifs	128
XI- Evolution	129
DISCUSSION	135
I- Données épidémiologiques.....	136
II- Données cliniques	138
III- Données paracliniques	142
IV- Classification TNM.....	145
V- Données thérapeutiques.....	146
VI- Evolution	151
CONCLUSION	154
RESUMES	156
BIBLIOGRAPHIE	160

INTRODUCTION

Les cancers des lèvres sont un problème de santé publique au Maroc. Ils sont assez fréquents et représentent 10% des cancers cutanés et 1,7% des cancers des voies aérodigestives supérieures [105].

Les lèvres se situent au niveau de la partie basse de la face et jouent un rôle crucial dans la parole, la mastication, la déglutition, ainsi que l'esthétique. Par conséquent, les cancers de la lèvre peuvent conduire à divers problèmes fonctionnels et morphologiques.

Les tumeurs des lèvres sont d'un accès facile à la vue en raison de leur emplacement, et doivent être dépistées à un stade précoce. Ces cancers siègent le plus souvent sur la lèvre inférieure.

Le diagnostic de ces tumeurs est évoqué par la clinique et confirmé par l'anatomopathologie, et le traitement est essentiellement chirurgical. Il peut être complété par la radiothérapie.

L'exérèse tumorale crée une perte de substance accessible à la chirurgie réparatrice par différents procédés en privilégiant la reconstruction labiale par de la lèvre. Ceci pose parfois des difficultés de réparation en raison des différentes techniques.

Reconstruire une perte de substance labiale, doit à la fois tenir compte du préjudice fonctionnel et esthétique afin d'assurer la restauration d'un certain nombre de fonctions.

La prévention par la lutte contre les facteurs de risque et le traitement précoce des états pré-néoplasiques sont indispensables pour diminuer l'incidence de ces cancers et leur gravité.

Le pronostic est bon pour la majorité des cas, cependant il reste réservé pour les lésions de diagnostic tardif.

Notre travail a pour but de définir, à travers une étude rétrospective, les principaux aspects épidémiologiques, de rappeler les aspects anatomocliniques fréquemment rencontrés, et de décrire les moyens thérapeutiques aussi bien carcinologique que réparateur.

Nous exposerons les 40 cas de carcinomes des lèvres colligés au service d'ORL et de Chirurgie cervico-faciale à l'hôpital Omar Drissi de Fès entre 2010 et 2016 dans un premier temps. Puis nous enchaînerons par une discussion de nos cas et une comparaison avec les données de la littérature.

RAPPELS

I Rappel Anatomo-histo-physiologique

I.1 Anatomie

Les lèvres sont des replis musculomembraneux mobiles, qui constituent la partie antérieure de la cavité buccale.

Les deux lèvres supérieure et inférieure sont réunies latéralement par les commissures labiales.

I.1.1 Limites des lèvres

La lèvre supérieure est limitée en haut par une ligne horizontale passant par le seuil narinaire et le pied de la columelle, et latéralement par les deux sillons nasogéniens.

La lèvre inférieure est limitée en dehors par le prolongement de ces deux sillons et en bas par le sillon labio mentonnier.

I.1.2 Morphologie Labiale (Fig. 1)

1.2.1 Face externe

Les lèvres sont des replis musculo-membraneux très mobiles au nombre de deux : une lèvre supérieure et une lèvre inférieure.

Chaque lèvre comprend une partie cutanée dite lèvre blanche et une partie muqueuse dite lèvre rouge.

L'épaisseur et la longueur des lèvres en extension maximale varient selon l'origine ethnique des individus.

La lèvre supérieure est plus longue que la lèvre inférieure et la déborde légèrement en avant.

a. Lèvre blanche

Son revêtement extérieur est cutané. Il donne la hauteur à la lèvre.

La lèvre blanche supérieure 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 un arc appelé « arc de Cupidon », la partie médiane correspondant à la terminaison du philtrum.

La lèvre blanche inférieure présente une incurvation à concavité supérieure, la partie externe étant plus mince et moins charnue que la partie médiane plus épaisse et plus charnue.

b. Lèvre rouge

Elle représente le bord libre de la lèvre. On lui distingue deux parties:

- la lèvre muqueuse, en contact avec la face antérieure des dents, est tapissée par un épithélium pavimenteux et se continue avec la muqueuse de la face interne des joues et la muqueuse des vestibules. Sa surface est soulevée par des glandes salivaires accessoires accessibles à une biopsie;
- la zone de transition est le vermillon situé entre la muqueuse et la peau. Il est dépourvu de glandes salivaires. Sa limite postérieure est définie par le point de contact entre les deux lèvres quand la bouche est fermée. Il constitue le siège de la majorité des carcinomes des lèvres.

c. Zone de jonction cutanéomuqueuse

La zone de jonction cutanéomuqueuse 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 qui répond au philtrum et sous lequel siège le tubercule médian quand il existe. A cet arc correspond une légère incurvation

inverse à la lèvre inférieure. Elle constitue un élément esthétique important qu'il importe de restaurer lors des sutures labiales.

d. Commissures labiales

Les deux vermillons supérieurs et inférieurs 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.

Elles sont caractérisées par leur aptitude au déplacement liée à une réserve d'étoffe cutanée et muqueuse.

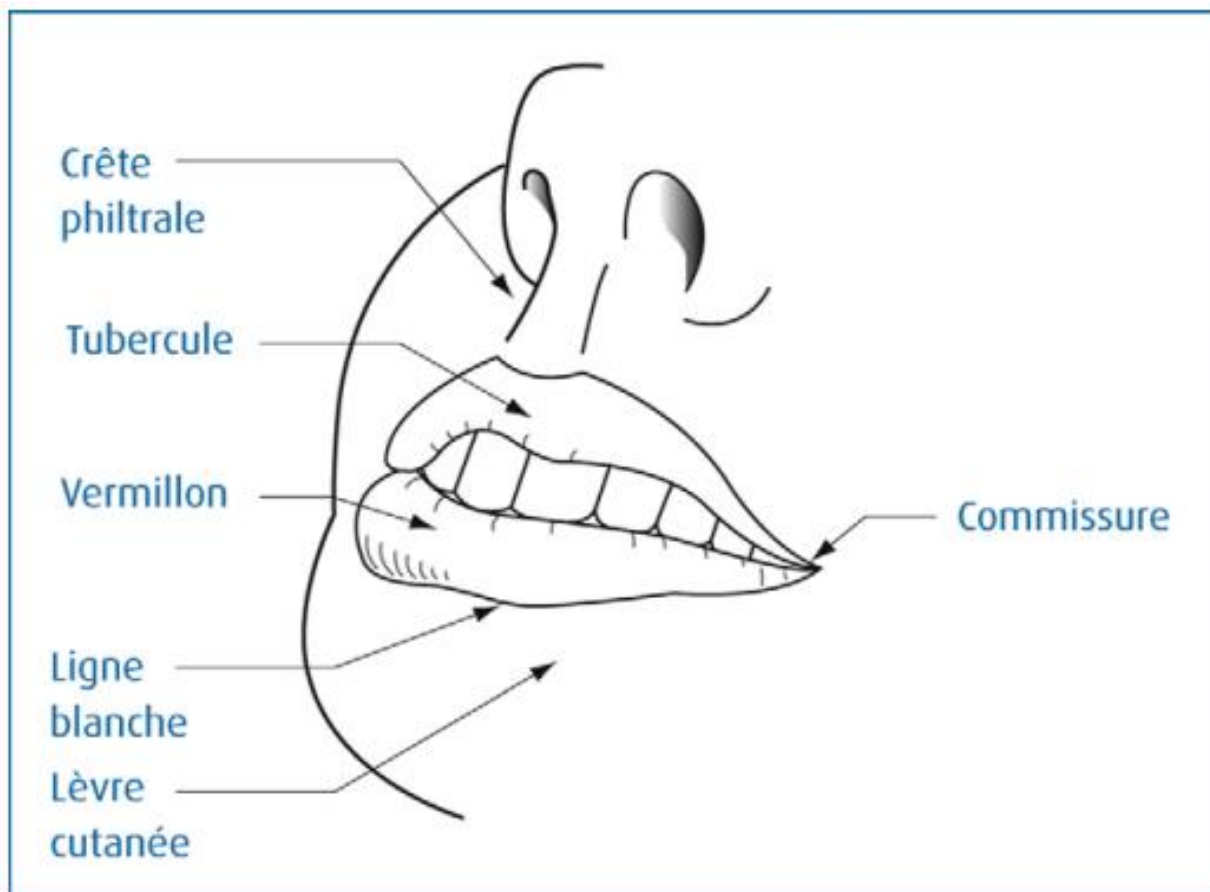


Figure 1. Anatomie des lèvres [2]

1.2.2 Face interne (Fig. 2)

Appliquée contre la denture, 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.

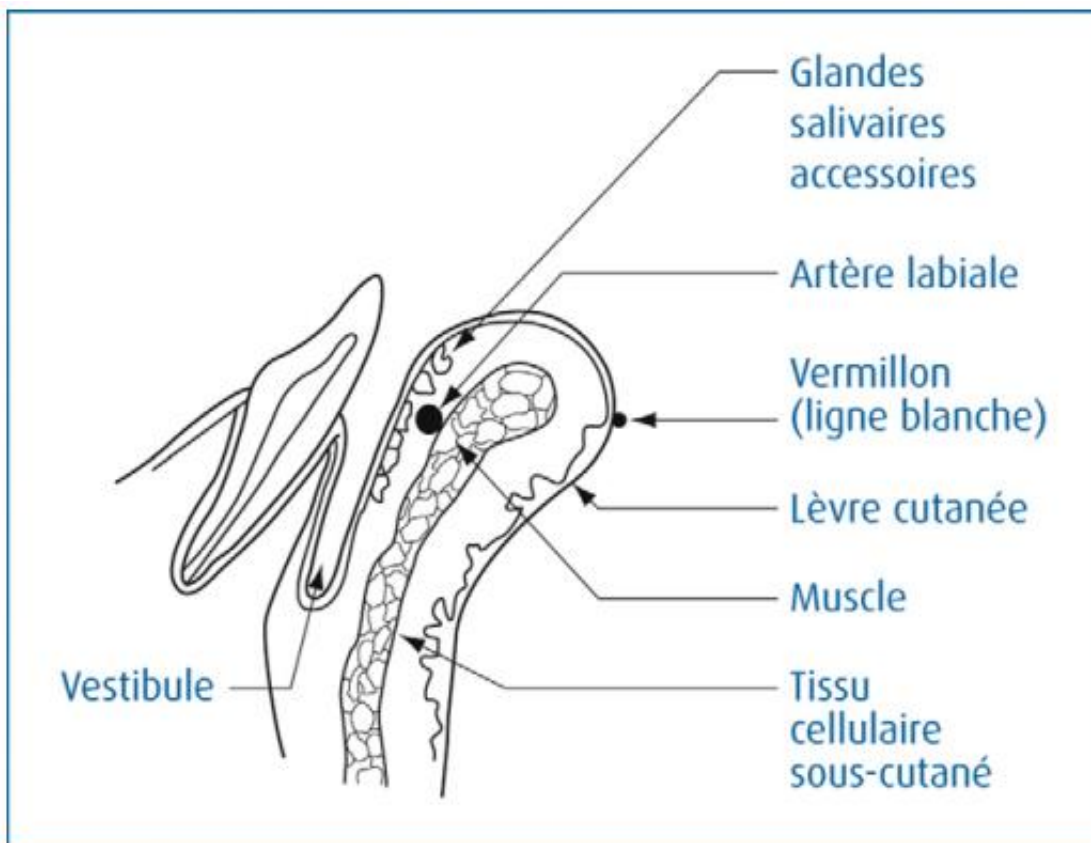


Figure 2. Coupe sagittale de la lèvre inférieure [2]

1.2.3 Sous unités esthétiques (Fig. 3)

Elles sont au nombre de quatre. Trois au niveau de la lèvre supérieure, cependant BURGET divise la sous unité esthétique philtrale en deux, et une unité esthétique labiale inférieure.

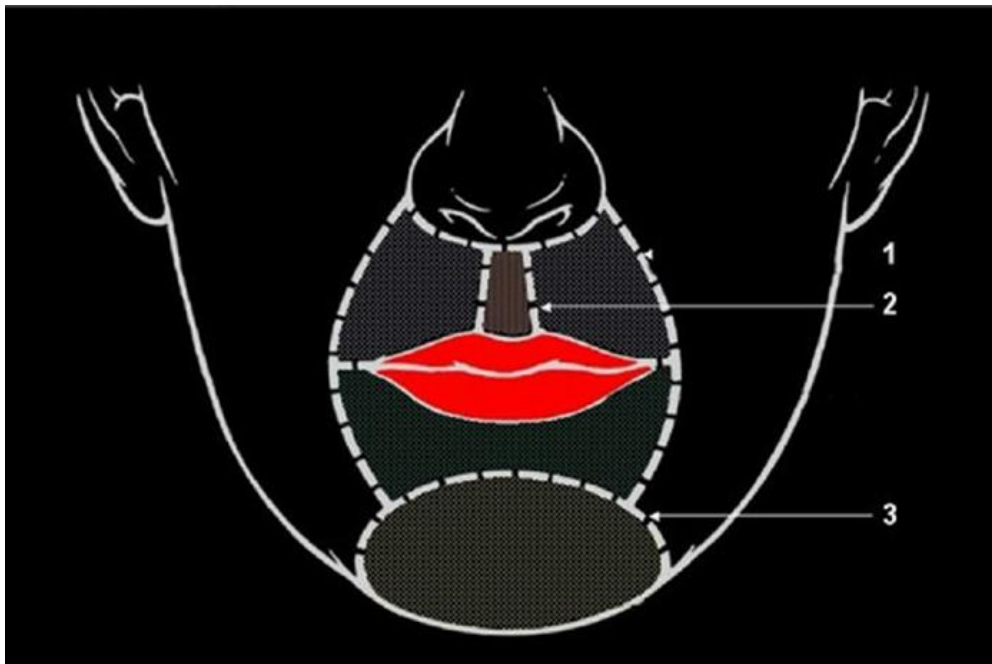


Figure 3. Les sous unités esthétiques des lèvres [7]

- 1 : Sillon naso-génien
- 2 : Crête philtrale
- 3 : Sillon labio-mentonnier

1.2.4 Lignes de Langer (Fig. 4)

Ce sont des lignes de tension situées dans la zone réticulaire qui est la couche profonde du derme. Elles s'orientent toutes plus ou moins, dans la même direction pour assurer un certain tonus à la peau.

Les lignes de Langer, revêtent une importance particulière pour le chirurgien. La cicatrisation ultérieure sera d'autant meilleure, que les incisions sont faites parallèlement, et non transversalement à ces lignes.

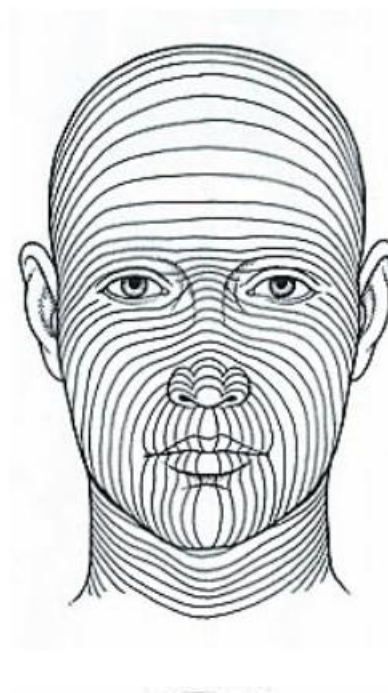


Figure 4. Les lignes de Langer de la face [33]

I.1.3 Constitution anatomique (Fig. 2)

La structure des lèvres comporte de dehors en dedans:

- la peau
- le tissu cellulaire sous-cutané
- le squelette musculaire;
- la couche glandulaire
- et la muqueuse

1.3.1 La peau

Le revêtement cutané de la lèvre blanche est épais. Il donne insertion par sa face profonde aux muscles peauciers.

1.3.2 Le tissu cellulaire sous-cutané

Contient des follicules pileux. Il est absent dans la région médiane et commissurale.

1.3.3 Le squelette musculaire (Fig. 5)

La structure musculaire des lèvres s'organise autour de l'orbiculaire et du modiolus. Les muscles des lèvres sont tous des muscles peauciers moteurs innervés par le nerf facial.

On en distingue deux groupes : les muscles constricteurs et les muscles dilatateurs.

▼ Les muscles constricteurs sont essentiellement représentés par :

L'orbiculaire des lèvres

Il est disposé concentriquement autour de l'orifice buccal. Certaines de ces fibres naissent près de la ligne médiane du maxillaire en haut ou de la mandibule en bas, alors que les autres fibres proviennent du buccinateur, dans la joue et de plusieurs autres muscles des lèvres.

Il se termine dans l'épaisseur de la peau et de la membrane muqueuse des lèvres, et dans sa propre épaisseur.

La contraction de l'orbiculaire rétrécit la fente orale et pince les lèvres.

Le muscle orbiculaire est le plus important dans la chirurgie des lèvres puisqu'il forme une sangle dont la restauration de la continuité doit être une priorité.

▼ Les muscles dilatateurs sont disposés en 2 plans :

a. Superficiel :

- Le releveur de la lèvre supérieure
- Le releveur de l'aile du nez et de la lèvre supérieure ;
- Le petit et le grand zygomatique
- Le risorius ;
- Le triangulaire des lèvres (Abaisseur de l'angle de la bouche)
- Le peaucier du cou (platysma)

b. Profond :

- Le canin (Releveur de l'angle de la bouche)
- Le buccinateur
- Le carré du menton (Abaisseur de la lèvre inférieure)
- Les muscles de la houppe du menton.

La majorité des muscles dilatateurs convergent vers la commissure labiale, où ils s'entrecroisent et constituent le modiolus, adhérent au derme commissural.

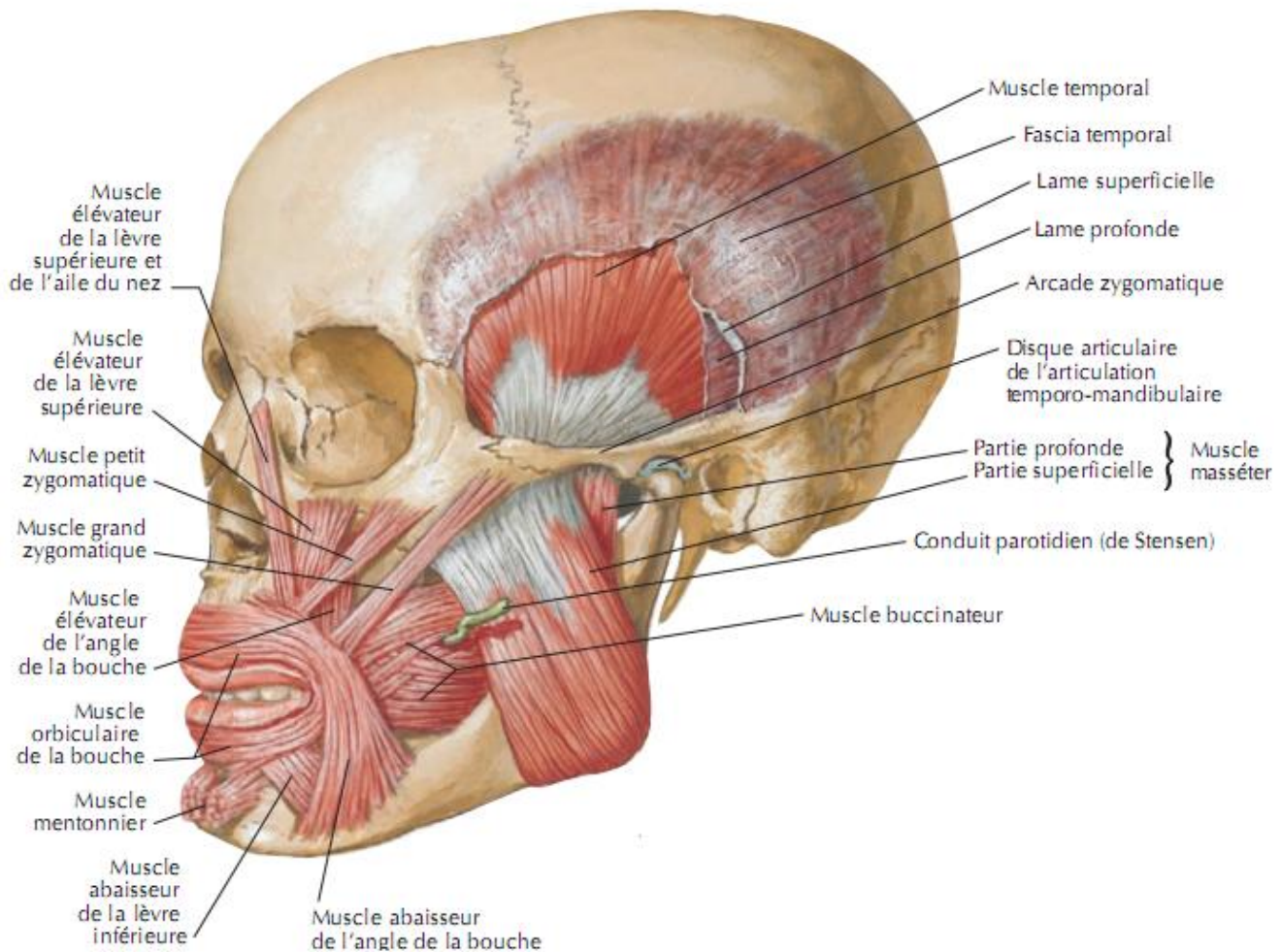


Figure 5. Muscles des lèvres [3]

Le modiolus (Fig. 6)

Il est formé par la réunion vers le derme de la commissure labiale des muscles petit et grand zygomatique, canin, risorius et orbiculaire. Il a la 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.

La reconstruction de ces plans musculaires, au moins de l'orbiculaire, est souhaitable lorsqu'elle est possible, après une chirurgie d'exérèse partielle de la lèvre.

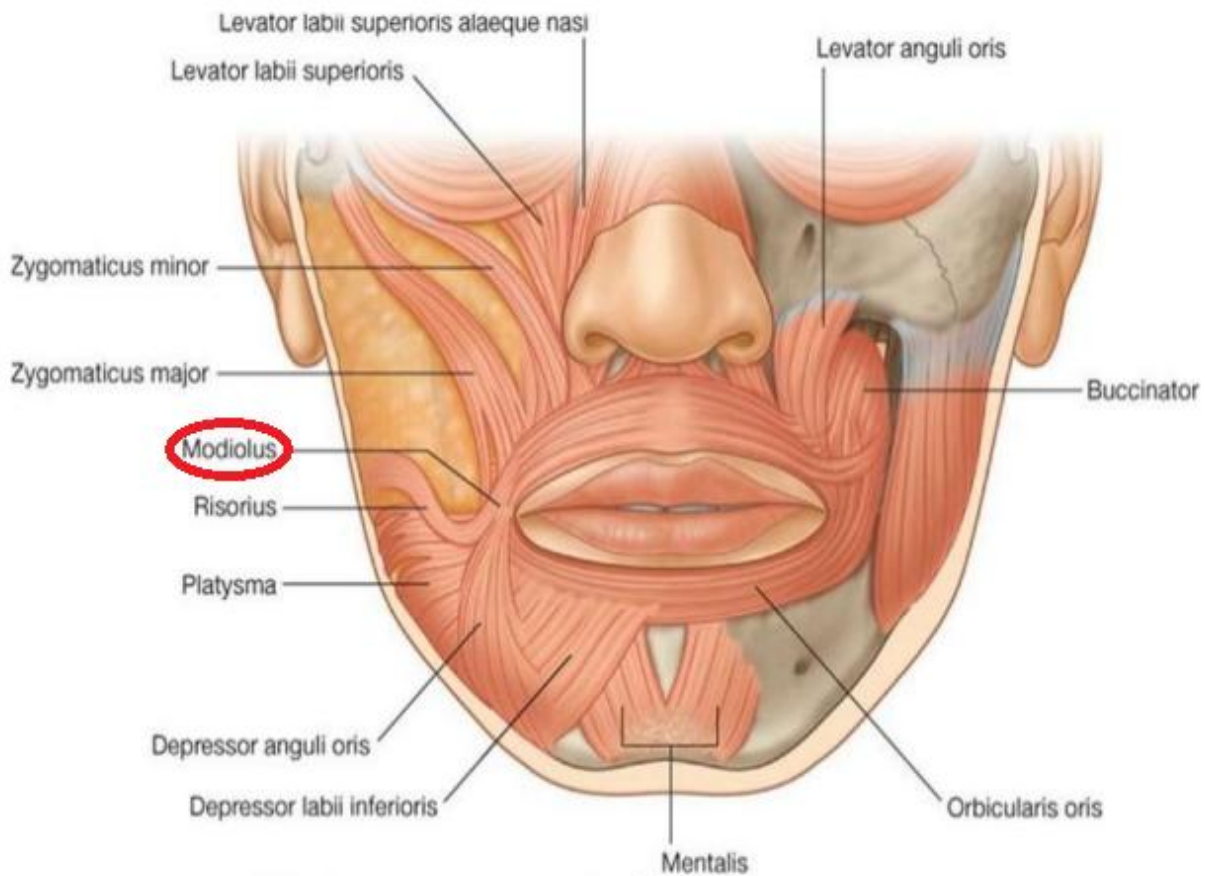


Figure 6. Modiolus [4]

1.3.4 La couche glandulaire

Au dessous du plan musculaire, on rencontre dans du tissu peu dense, une couche de petites glandes salivaires.

1.3.5 La muqueuse buccale

Elle tapisse la face profonde du muscle buccinateur. Elle descend jusqu'au fond du vestibule pour se réfléchir sur la face externe des maxillaires qu'elle tapisse pour former la gencive.

Cette muqueuse est souple, élastique, facile à individualiser et très adhérente à la couche glandulaire. Ces propriétés permettent sa mobilisation lors de la chirurgie endo-buccale.

I.1.4 Vascularisation

1.4.1 Les artères (Fig. 7)

L'apport sanguin aux lèvres supérieure et inférieure est sous la dépendance de branches de la carotide externe, principalement l'artère faciale et ses branches. Elle traverse le bord inférieur de la mandibule et se déplace en avant vers les lèvres. Au cours de son trajet, elle dégage des branches à de multiples muscles de l'expression faciale et de la mastication (les artères coronaires labiales supérieure et inférieure). Généralement ces artères coronaires naissent près des commissures, traversent le plan musculaire par sa face profonde pour s'anastomoser sur la ligne médiane avec les artères homologues controlatérales. Chacune des coronaires est située à 7 ou 8 mm du bord libre de la lèvre, près de la jonction entre la lèvre humide et sèche.

La vascularisation artérielle des lèvres inférieures est fourni par trois vaisseaux:

L'artère coronaire labiale inférieure (ILA), l'artère labiale horizontale (HLA) et l'artère labiale verticale (VLA). Les trois sont des branches L'artère faciale dans la plupart des cas (figure 2.1). L'ILA est la principale source de sang de la lèvre inférieure. Elle est située entre 5 et 15 mm du bord libre de la lèvre.

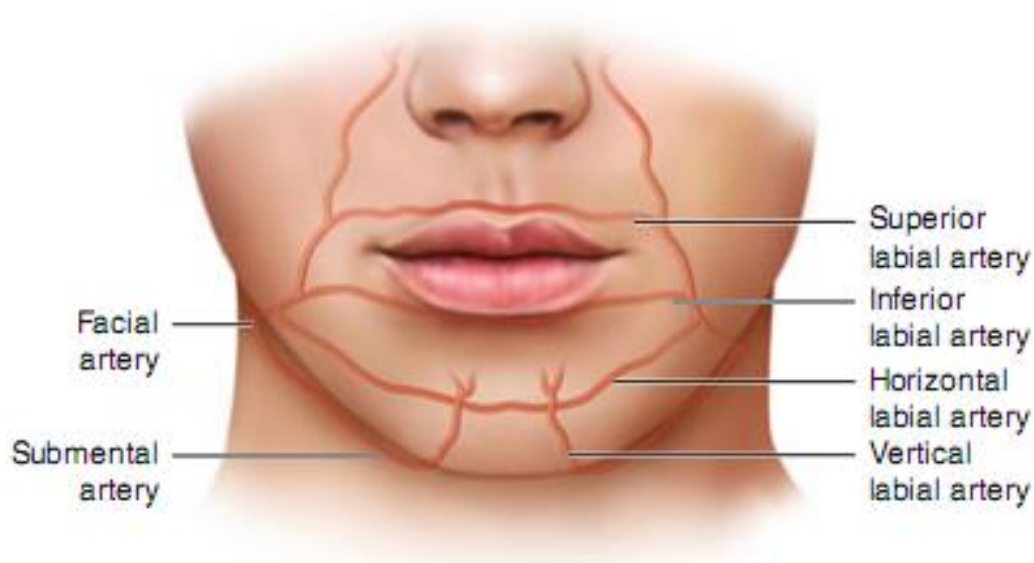


Figure 7. Vascularisation artérielle [5]

1.4.2 Les veines (Fig. 8)

Le drainage veineux des lèvres est moins bien défini et difficile à identifier. Le drainage veineux de chaque lèvre est indépendant. Il n'y a pas de veine coronaire et le drainage veineux est assuré par plusieurs veines distinctes.

Le drainage de la lèvre supérieure se fait par de nombreux troncs qui s'anastomosent pour se jeter de façon ascendante dans la veine faciale correspondante, alors que celui de la lèvre inférieure se fait vers la veine jugulaire antérieure.

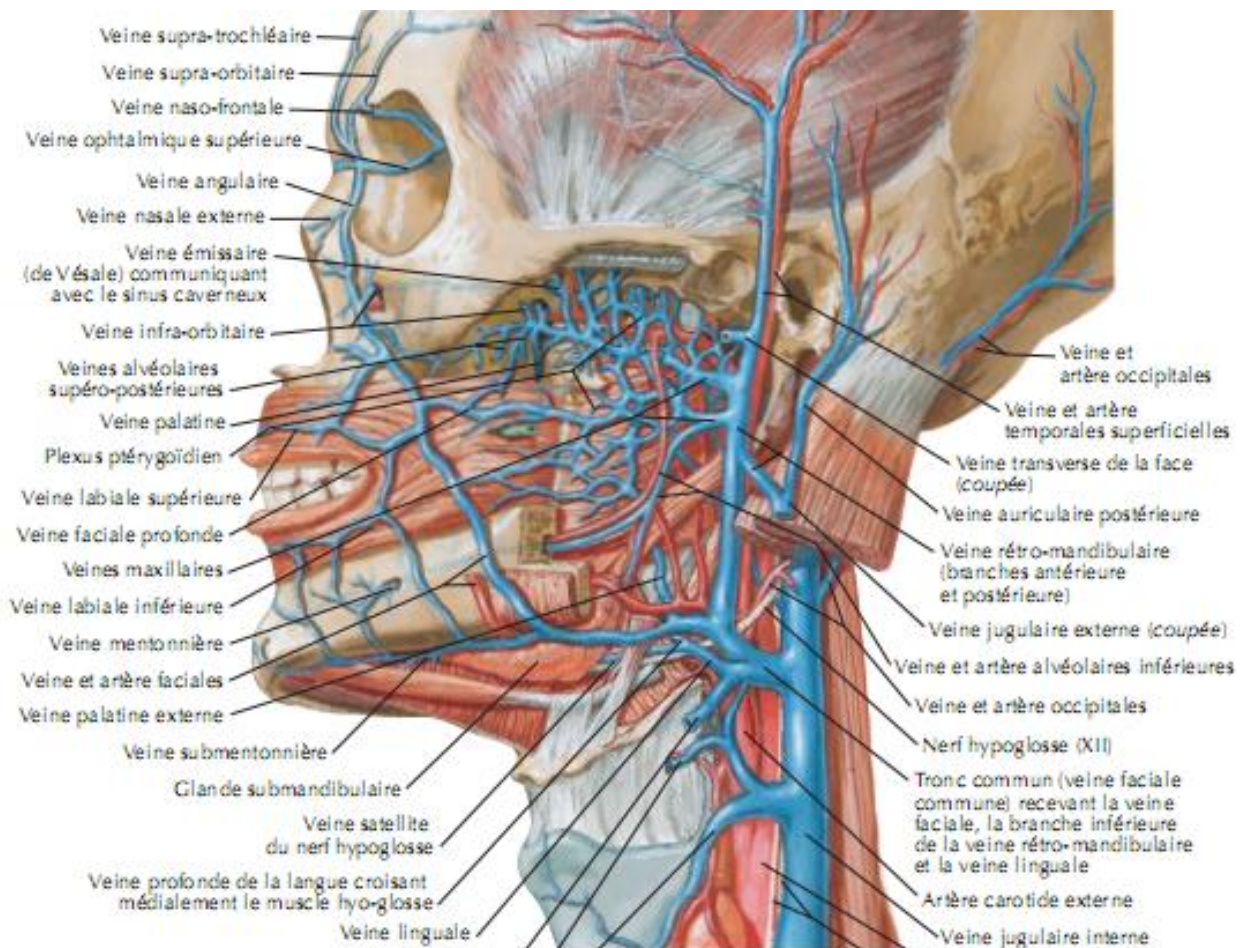


Figure 8. Vascularisation veineuse [3]

1.4.3 Drainage lymphatique (Fig. 9)

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.

Le drainage lymphatique des lèvres est bilatéral, une notion importante en cancérologie en raison du curage ganglionnaire souvent nécessaire dans les tumeurs malignes.

Les lymphatiques des lèvres naissent de deux réseaux; le réseau cutané et le réseau muqueux, qui s'anastomosent sur le bord libre des lèvres.

a. La lèvre supérieure :

Les lymphatiques de la lèvre supérieure proviennent du vermillon sous-muqueux et de cinq ou six troncs. Ces troncs se terminent dans des zones de ganglions régionaux définis

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 de la chaîne jugulaire supérieure.

b. La lèvre inférieure :

Les lymphatiques des lèvres inférieures proviennent du vermillon sous-muqueux et de cinq ou six troncs collecteurs. Le drainage est bilatéral et s'effectue de façon différente selon les zones : les trois cinquièmes médians se drainent vers les ganglions sous-mentaux alors que les deux cinquièmes externes vers les ganglions sous-maxillaires. Chez 22% des sujets, les lymphatiques de la lèvre inférieure traversent le trou mentonnier.

Delà, le drainage lymphatique se fait vers les ganglions sous-digastriques et sus-omohydien.

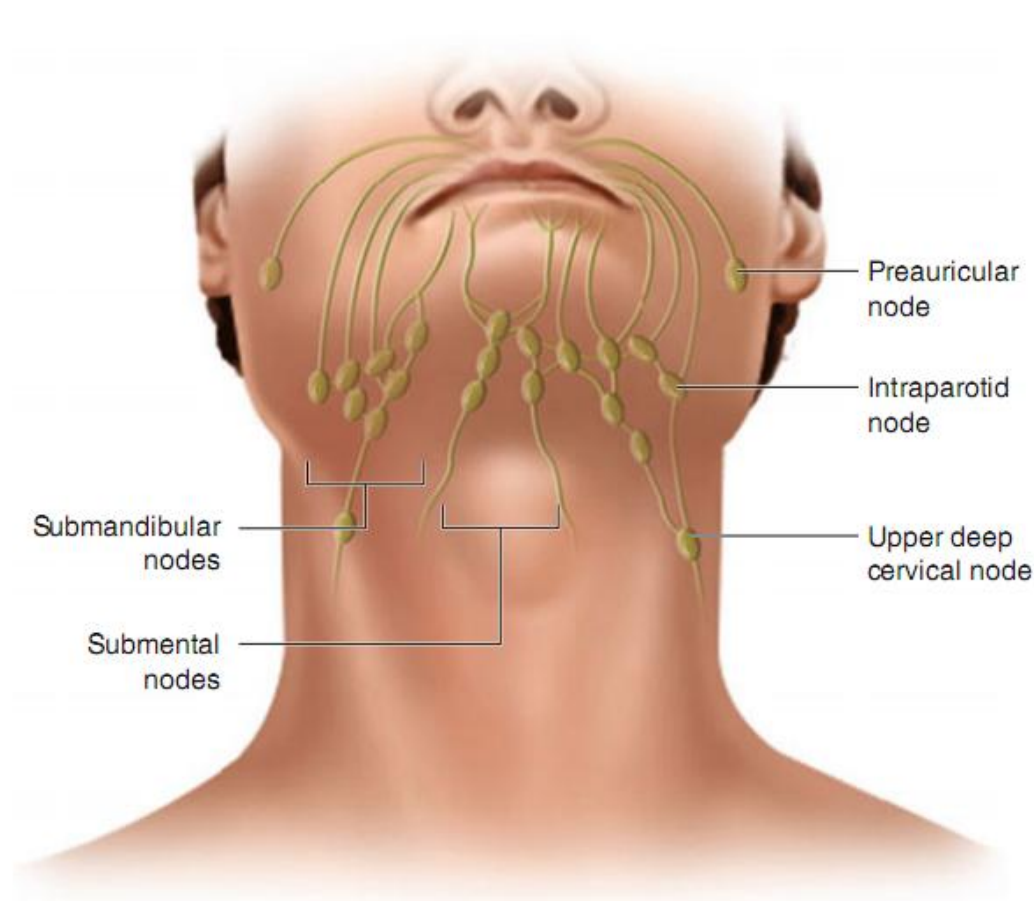


Figure 9. Drainage lymphatique des lèvres [5]

Une systématisation des groupes ganglionnaires cervicaux (Fig. 10) a été proposée par l'équipe du service de chirurgie cervicofaciale du Memorial Sloan Kettering Cancer Center de New York afin de faciliter les discussions entre chirurgiens et anatomopathologistes. [15]

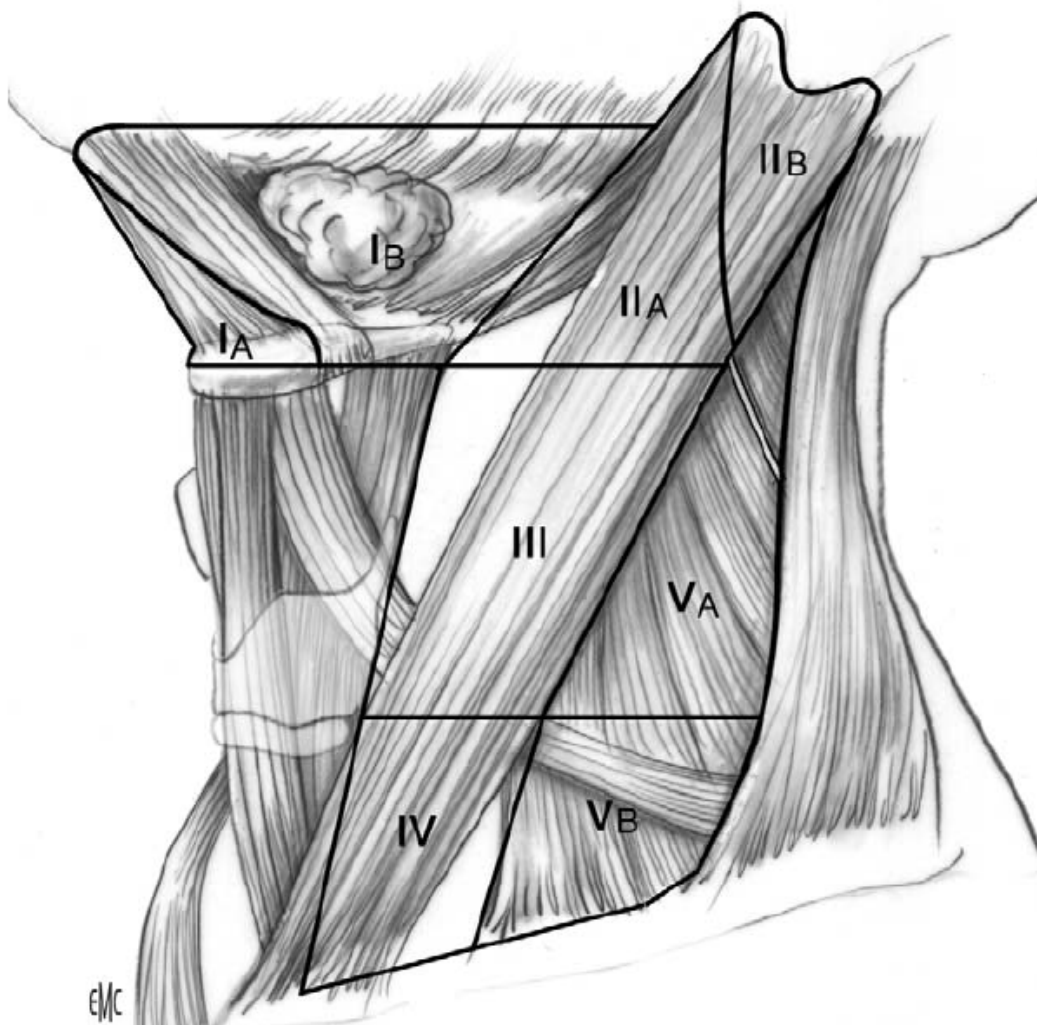


Figure 10. Systématisation des ganglions du cou [15]

I.1.5 Innervation (Fig. 11)

1.5.1 Innervation motrice

Les muscles des lèvres sont tous des muscles peauciers (muscles de l'expression faciale) dont l'innervation motrice est assurée par le nerf facial, et en particulier par les rameaux :

- Buccal supérieur.
- Buccal inférieur.
- Mentonnier, qui chemine à environ 1 cm du rebord basilaire de la mandibule.
- Rameaux sous-orbitaires pour les releveurs, les zygomatiques et le muscle canin.

Ces rameaux cheminent entre les plans superficiels et profonds des muscles peauciers de la face.

▼ Remarque : Lors d'une paralysie faciale, la paralysie de l'orbiculaire et des autres muscles peauciers constituant le modiolus va entraîner une inocclusion de lèvres et une fuite des aliments.

1.5.2 Innervation sensitive

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

- le nerf infraorbitaire (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 dentaire inférieur.

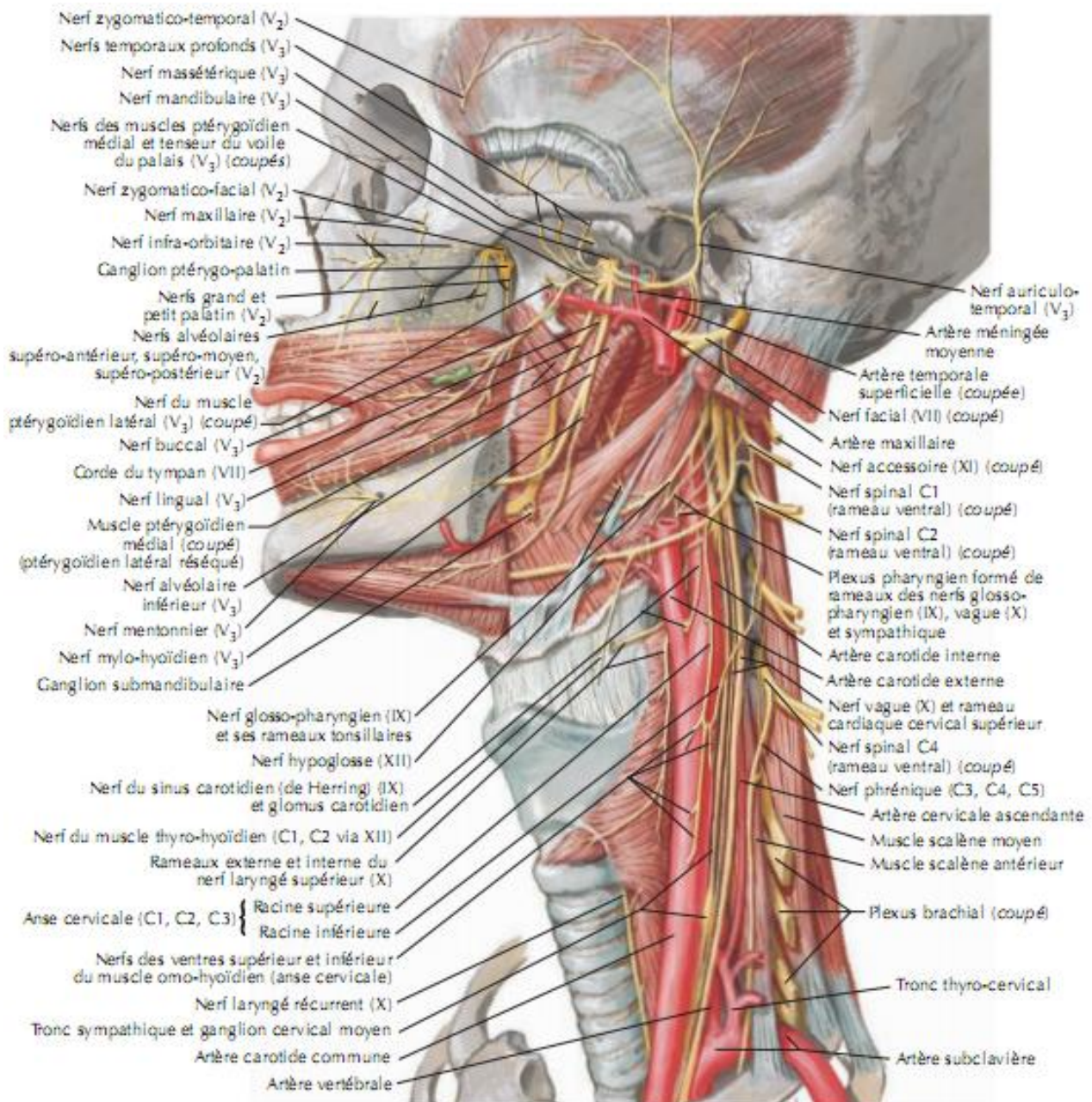


Figure 11. Innervation [3]

I.2 Histologie (Fig. 12)

Deux versants externe et interne séparés par le vermillon :

I.2.1 Le versant externe

Revêtement du type cutané avec ses annexes :

- l'épiderme: épithélium malpighien pavimenteux stratifié kératinisé
- le derme: un tissu fibro-vasculaire qui renferme les annexes: des glandes sudoripares, des glandes sébacées et des follicules pileux
- l'hypoderme: tissu conjonctivo-adipeux

I.2.2 Le vermillon

Peau glabre, la couleur rouge est due à l'amincissement de l'épithélium, rendant visible les vaisseaux sous-jacents et le muscle orbiculaire de la lèvre

I.2.3 Le versant interne

Muqueuse buccale:

- Un épithélium malpighien non kératinisé reposant sur une lame basale.
- Un chorion papillaire sous-jacent fait d'un tissu conjonctif très vascularisé ; on y trouve quelques infiltrats lymphoïdes et de nombreuses glandes salivaires microscopiques
- Le tissu sous muqueux conjonctif fibro-vasculaire de support

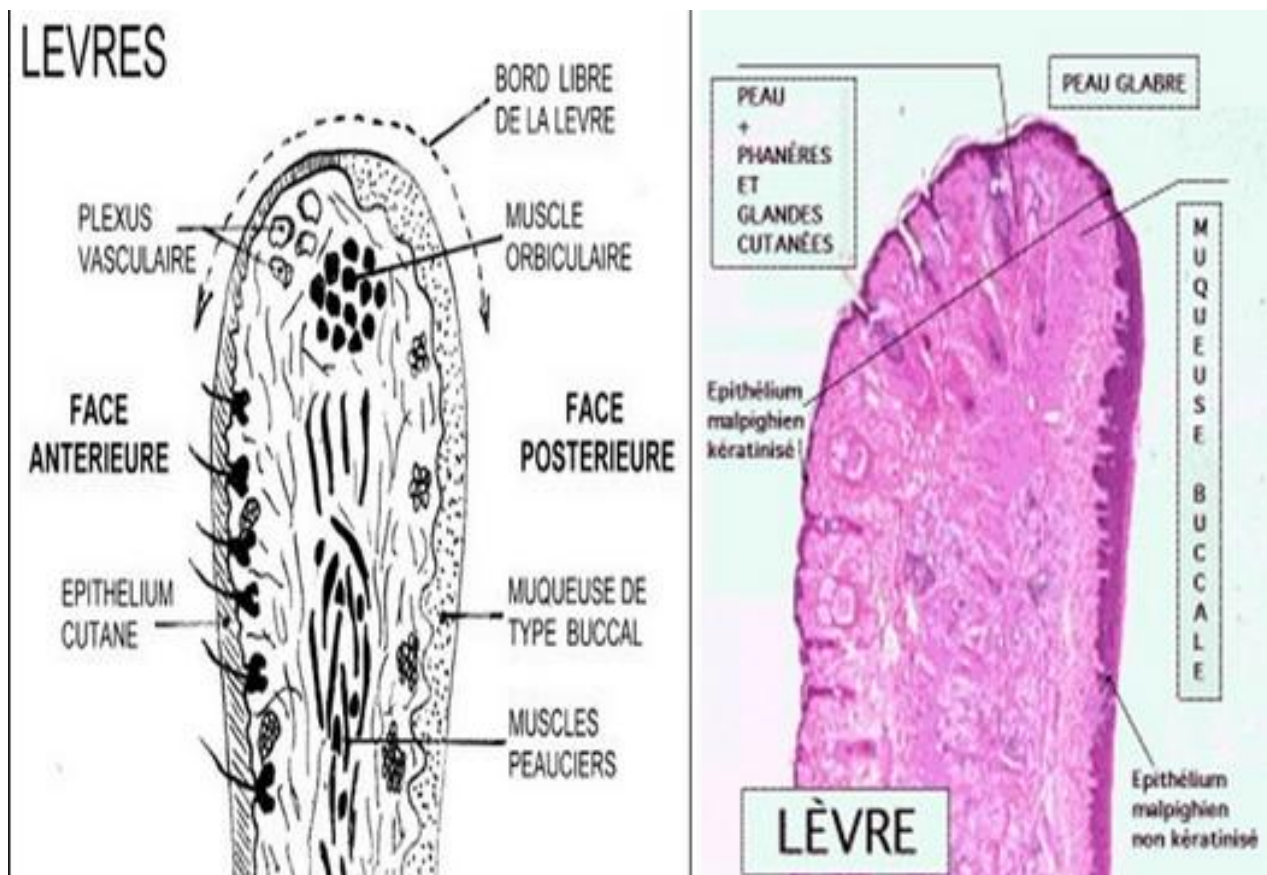


Figure 12. Histologie du tissu labial [24]

I.3 Rôle physiologique

La lèvre supérieure forme avec la lèvre inférieure un ensemble dont le rôle est double fonctionnel et esthétique :

- Elles ferment en avant la cavité buccale et recouvrent les arcades dentaires.
- La sangle musculaire qu'elles forment, équilibre en avant les poussées musculaires que la langue exerce en arrière.

C'est également cette sangle modèle qui assure la continence salivaire, grâce à la profondeur des vestibules, permet l'alimentation et participe à la phonation, ainsi qu'à l'élocution et principalement dans la prononciation de certaines consonnes (b, f, m, p, v).

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.

Composées de multiples fibres musculaires aux nombreuses orientations directionnelles, elles sont aussi une des composantes primordiales de l'expression. Leurs mouvements, même les plus subtils, de la petite moue au large sourire, sont en effet susceptibles de traduire une très large gamme de sentiments. Elles jouent ainsi un rôle important dans la vie relationnelle.

II Epidémiologie

L'incidence exacte des cancers 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. Certaines caractéristiques sont en effet communes, parmi lesquelles le fait qu'ils soient souvent liés au tabagisme et à la consommation excessive d'alcool.

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) [30].

Dans les localisations VADS, le cancer des lèvres est en 7^e position chez l'homme et en 9^e position chez la femme par ordre de fréquence. Il représente 6,6 % des cancers buccaux en France (2 % seulement dans la série de Lotfi Ben Slama à l'hôpital de la Salpêtrière entre 1983-1992) [31].

Le carcinome épidermoïde labial est un cancer de l'homme d'âge mûr. La femme est affectée dans 2% à 2,8% des cas ; 90% des patients ont plus de 45 ans et 50 % ont 65 ans et plus [32].

Au Maroc la dernière étude de AMAZZAL.N [28] 2008 rapporte une incidence de cancers des lèvres de 6,5% par rapport aux autres cancers de la sphère ORL.

III Facteurs étiologiques des tumeurs malignes des lèvres

L'exposition chronique au rayons ultraviolets dans la lumière du soleil, en particulier l'ultraviolet B (UVB) longueur d'onde de 290-320 nm, est considéré le plus responsable de chéilite actinique (lésion sur laquelle le carcinome épidermoïde peut se développer). Le rôle carcinogène des UVB est démontré et apparaît prépondérant devant les UVA et C. Le risque augmente avec la durée de l'exposition et l'âge, avec un effet seuil. 70 % des rayons UV sont absorbés, et la peau plus épaisse, plus sombre peut absorber ces rayons avec un minimum de dégâts épithéliaux. L'épithélium mince du vermillon labial rend ce site particulièrement sensible aux dommages causés par l'exposition aux UV.

Le tabagisme, l'alcoolisme, le mauvais état bucco-dentaire, les habitudes alimentaires, et la prédisposition génétique sont aussi considérés comme facteurs étiologiques, bien que dans la plupart des cas il y ait probablement un effet synergique lié à l'exposition aux UVB.

Le tabac qui peut être consommé de diverses manières (cigarette, pipe, chique etc...) peut être responsable de kératoses ou leucoplasies où les dysplasies épithéliales sont fréquentes, faisant le lit du carcinome épidermoïde labial.

Des carcinomes labiaux ont par ailleurs été observés chez les greffés d'organes (reins, cœur, foie) sous traitement immunosuppresseur dans des délais variant de 2 à 4 ans [34]. Chez les transplantés rénaux par exemple, il est prouvé que le risque est majoré en fonction du phototype (clair), d'une exposition solaire élevée et de la durée de l'immunosuppression induite.

Le rôle cocarcinogène du HPV (Human Papilloma Virus), fréquemment trouvé dans les lésions de ces patients, demeure controversé. Il l'est moins dans le carcinome verruqueux qui peut occasionnellement se localiser aux lèvres avec une évolution lente vers la transformation maligne.

D'autres affections telles les lésions chroniques (radiodermites, brûlures) peuvent faire le lit du cancer labial. Il faut également citer la maladie de Bowen,

l'érythroplasie de Queyrat et certaines génodermatoses telle xeroderma pigmentosum ou l'albinisme.

v Etats pré néoplasiques : [12]

Les derniers travaux de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommandent de substituer à la notion d'état précancéreux la notion d'« affection potentiellement maligne ».

La muqueuse buccale est constituée d'un épithélium malpighien stratifié, siège d'une kératinisation dont l'importance dépend de la topographie. À l'inverse de la lèvre cutanée, le vermillon est recouvert d'une fine couche épidermique expliquant sa coloration.

Une kératose anormale est une dyskératose [11] avec une forte charge de kératine apparaissant dès les assises les plus profondes et se traduisant d'abord par une éosinophilie du cytoplasme.

On distingue les lésions blanches qui sont les plus fréquentes, et l'érythroplasie qui est beaucoup plus rare.

Ø Les leucoplasies

Les leucoplasies sont localisées ou diffuses, uniques ou multiples, siégeant essentiellement au niveau du vermillon, où la couche cornée est fine, et sur le versant muqueux de la lèvre. Il s'agit de placards plissés blanchâtres plus ou moins épais et étendus mais superficiels.

Le groupe de l'OMS distingue la leucoplasie homogène plane ou légèrement surélevée à faible risque de transformation maligne et la leucoplasie inhomogène épaisse d'aspect érosif, verruqueux, parfois érythémateux, à risque élevé de transformation maligne.

Toute modification de la leucoplasie labiale (fissuration, érosion ou végétation) doit suggérer une transformation maligne.

Ces leucoplasies sont regroupées sous le nom de chéilites.

III.1 Chéilite tabagique (Fig. 13)

La kératose due au tabac apparaît au niveau des lèvres. Chez le fumeur de cigarettes, un aspect très particulier et revêt la forme d'une kératose en pastille, souvent latérale et en miroir, correspondant au contact de la lèvre avec la cigarette toujours maintenue au même endroit.

Cette kératose peut être associée à d'autres lésions kératosiques de la cavité orale, en particulier dans la région rétro commissurale homolatérale, mais également du plancher de la bouche ou du voile du palais.

Les kératoses des fumeurs de pipe siègent plus électivement au niveau du plancher de la bouche ou de la voûte palatine.

La chique de tabac expose à des kératoses siégeant au niveau du vestibule buccal supérieur où elle est maintenue pendant plusieurs heures chaque jour.



Figure 13. Chéilite tabagique [9]

III.2 Chéilite actinique (Fig. 14)

La responsabilité de l'exposition solaire n'est plus contestée [13]; elle survient chez les sujets vivants ou travaillants en plein air (maçon, agriculteur) ; elle s'associe à des atteintes d'autres organes également exposés au soleil (dos des mains, visage).

L'analyse microscopique objective plusieurs types d'anomalies :

Hyperkératose, para kératose, hyperplasie épithéliale, atrophie. Les cellules sont dyskératosiques.

Il existe des atypies nucléaires ; il s'agit d'un carcinome in situ lorsque la couche basale est préservée et d'un carcinome épidermoïde invasif quand elle est envahie.

Cliniquement, la chéilite actinique donne une sensation de lèvre sèche peu gênante fonctionnellement. Le vermillon se recouvre progressivement de squames et prend une coloration jaunâtre due à l'atrophie et à l'élastose actinique du chorion; la limite entre le vermillon et le versant cutané n'est plus distinguée.

À la suite de l'arrachement des squames, et parfois spontanément, des érosions peuvent apparaître, faisant craindre la transformation en carcinome épidermoïde.



Figure 14. Chéilite actinique [9]

III.3 Chéilites en relation avec une dermatose caractérisée

III.3.1 Lupus érythémateux chronique (Fig. 15)

La localisation à la lèvre inférieure se voit surtout dans les lupus photosensibles. Le plus souvent, la chéilite kératosique présente un aspect en réseau pouvant simuler un lichen. Parfois, l'aspect est celui d'une chéilite actinique rouge œdémateuse, voire érosive. L'association à d'autres atteintes muqueuses buccales et dermatologiques en permet habituellement le diagnostic.



Figure 15. Chéilite kératosique chez un patient ayant un lupus érythémateux chronique [9]

III.3.2 Lichen plan (Fig. 16,17)

L'aspect le plus habituel est l'aspect d'une kératose avec un réseau lichénien évocateur débordant le vermillon pour se prolonger sur le versant muqueux de la lèvre. D'autres localisations buccales sont souvent retrouvées, en particulier au niveau de la langue ou de la face interne des joues.

Le risque de dégénérescence des lichens en un carcinome épidermoïde est discuté [12] sauf lorsque le lichen revêt un aspect érosif.



Figure 16. Lichen plan de la lèvre supérieure [16]



Figure 17. Lichen plan labial au stade érosif [16]

III.4 Chéilites glandulaires (Fig. 18)

Très rares, elles prédominent dans les régions tropicales chez les noirs et les métis qui ont une protrusion labiale. Certains orifices des canaux excréteurs sont exposés à l'air libre et à la dessiccation, ce qui entraîne une métaplasie des orifices de ces glandes qui peuvent s'infecter, réalisant des microabcès. La surface de la lèvre est leucoplasique, recouverte de squames et de croûtes adhérentes. Le risque de dégénérescence serait assez fréquent.



Figure 18. Chéilite glandulaire [9]

III.5 Candidoses chroniques (Fig. 19)

Il s'agit du granulome moniliasique ou de candidoses hyperkératosiques.

Ces candidoses siègent volontiers au niveau de la région rétro commissurale et se prolongent sur la face interne des joues. Elles sont le plus souvent unilatérales. Elles peuvent prendre un caractère exubérant chez l'immunodéprimé. Le risque de dégénérescence carcinomateuse (ou d'association) est élevé.



Figure 19. Candidose chronique rétro-commissurale [9]

III.6 Erythroplasie de Queyrat ou maladie de Bowen (Fig. 20)

La forme muqueuse se présente comme une plaque rouge vif, à contours nets.

Elle évolue vers l'extension en surface et l'infiltration au niveau du vermillon et sur le versant cutané des lèvres, elle se présente sous forme de papules arrondies, infiltrées, recouvertes de croûtes noirâtres. L'analyse histologique montre une hyperacanthose, une orientation anormale et un tassement des cellules malpighiennes, des noyaux énormes, de nombreuses mitoses. L'évolution se fait vers l'envahissement du chorion et l'épithélioma spino-cellulaire.



Figure 20. Maladie de Bowen de la lèvre supérieure et inférieure blanche [17]

III.7 Mélanome in situ ou mélanose de Dubreuilh (Fig. 21)

Rare au niveau de la lèvre, il peut atteindre simultanément ou de façon dissociée la peau ou le vermillon. C'est une tache brune assez claire à contours irréguliers, hétérochrome.



Figure 21. Mélanome de Dubreuilh [9]

IV Classification anatomoclinique des cancers des lèvres

Les cancers des lèvres prennent naissance, dans plus de 90 % des cas [1], à partir de la muqueuse malpighienne ; il s'agit le plus souvent de carcinomes, volontiers bien différenciés et kératinisants. D'autres types histologiques ont été décrits, mais leur fréquence reste très faible, tels les carcinomes adénoïdes kystiques (cylindromes) développés à partir des glandes salivaires accessoires sous-muqueuses, les sarcomes ou les mélanomes.

IV.1 Carcinome épidermoïde (Fig. 22)

Il s'intègre dans les cancers des VADS avec des facteurs de risque communs dominés par l'alcool et le tabac.

Ce Carcinome se développe soit sur une muqueuse d'apparence saine, soit sur une muqueuse porteuse d'une affection pré-néoplasique.

Il survient chez le sujet de plus de 60 ans, à peau claire. Il a une malignité locale et peut donner des métastases ganglionnaires ou viscérales dont la survenue conditionne le pronostic.

- Clinique [2,9,10]

Il siège au niveau de la lèvre inférieure et principalement au niveau du vermillon ou du versant muqueux de la lèvre inférieure, beaucoup plus rarement sur le versant cutané.

Il se présente le plus souvent sous forme d'une érosion chronique, croûteuse, ou comme une ulcération à bords irréguliers, infiltrante, d'évolution lente. L'aspect de tumeur végétante ou bourgeonnante est plus rare.

Un signe important est l'induration de la lésion qui est perceptible en périphérie, plus ou moins étendue en profondeur, qui déborde toujours largement les limites visibles de la lésion. En évoluant, la tumeur prend une forme ulcéro-végétante.

Une adénopathie métastatique sous mandibulaire est retrouvée dans environ 10 % des cas à l'examen initial, elle peut être d'origine infectieuse [2,35]

- Formes cliniques

- La forme plane, par transformation d'une dyskératose actinique, se caractérise par l'extension rapide de la lésion et l'apparition d'une infiltration ou d'une ulcération.
- La forme bourgeonnante se caractérise par son caractère exophytique.
- Le carcinome verruqueux, en principe de bon pronostic, se caractérise par une surface verrucoïde et des tumeurs atteignant parfois un gros volume sans évolution métastatique. [35,36,37]

- Anatomopathologie

Plusieurs sous-groupes histologiques peuvent être distingués selon la différenciation du carcinome épidermoïde:

Carcinome différencié, peu différencié ou indifférencié.

Selon le degré d'infiltration et de franchissement de la membrane basale, on parle de carcinome in situ (ou intra-épithélial ou dysplasie sévère), de carcinome micro invasif ou de carcinome invasif. [38]

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, ce qui le distingue du carcinome micro-invasif où les cellules cancéreuses dépassent la basale et envahissent alors le chorion.

Le carcinome épidermoïde invasif est fréquemment constaté d'emblée ou succède aux stades précédents. 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.

Le carcinome à cellules fusiformes pouvant donner le change avec un sarcome [22], l'étude immunohistologique est alors nécessaire pour rechercher des filaments de cytokératine dans le cytoplasme des cellules en faveur de l'origine épidermoïde de la tumeur.

La protéine p53 (gène suppresseur des tumeurs situé sur le bras court du chromosome 17) a été étudiée par plusieurs auteurs [22]; la mutation de ce gène est favorisée par l'exposition solaire et le tabac.

Le diagnostic différentiel anatomopathologique est difficile avec le Kératoacanthome.

- Evolution et pronostic

L'extension tumorale du CE se fait de proche en proche. Une modalité d'extension très particulière est l'envahissement du paquet vasculonerveux émergeant du foramen mentonnier, pouvant alors envahir, par cette voie, l'hémimandibule puis la base du crâne.

L'extension régionale par voie lymphatique ou par voie hématogène.

On recherche systématiquement une adénopathie dans le territoire de drainage. Le risque de métastases viscérales des carcinomes épidermoïdes n'est pas négligeable. Elles sont en règle générale précédées d'une métastase ganglionnaire régionale. Un bilan d'extension (radiographie thoracique et échographie abdominale, voire scanner) n'est demandé qu'en cas d'atteinte ganglionnaire avérée.

Les CE des lèvres présentent un risque de métastases ganglionnaires relativement limité estimé à 10 % environ dans les tumeurs de moins de 3 cm. [36,38,39]

Le pronostic des carcinomes épidermoïdes infiltrants (« grading histologique»)est fonction de multiples facteurs: taille initiale de la tumeur(T de la classification TNM), présence ou non de métastases ganglionnaires homo- ou controlatérales, type histologique (les formes moins différenciées étant en principe plus sévères),l'existence d'un certain degré de neurotropisme et enfin la topographie.

Les cancers de la lèvre, comparés à ceux des autres cancers des VADS, ont en principe un bon pronostic.



Figure 22. Epithélioma spino-cellulaire de la lèvre inférieure [62]

IV.2 Epithélioma baso-cellulaire (Fig. 23)

Beaucoup plus rare que le carcinome épidermoïde, il se développe principalement sur le versant cutané de la lèvre supérieure.

Ils se présentent souvent comme une lésion perlée, papule arrondie translucide et télangiectasique qui s'étale progressivement.

•Clinique

Cette tumeur apparaît après l'âge de 50 ans. La femme est aussi atteinte que l'homme. C'est une tumeur des peaux blanches et pales, mais elle est observée dans toutes les races.

Le développement de la tumeur est lent et sa malignité est purement locale, mais il est parfois difficile d'en apprécier les limites exactes.

La lésion caractéristique manque dans certaines formes cliniques (sclérodermiforme) ou est moins évidente (forme superficielle) ; elle peut être révélée en tendant la peau [39,40]

•Formes cliniques [41]

Il existe plusieurs variétés cliniques du CBC:

Ø Carcinome baso-cellulaire nodulaire : est le plus fréquent (60% des cas) :

C'est une grosse tumeur perlée isolée ou faite de plusieurs perles confluentes.

Il peut s'ulcérer donnant une tumeur ulcérée à fond végétant.

Ø Carcinome baso-cellulaire superficiel représente 10% des cas :

C'est une lésion de grande taille avec des perles minuscules à la périphérie, associées à des érosions, une pigmentation.

Ø Carcinome baso-cellulaire plan cicatriciel : a un centre atrophique blanchâtre souvent érosif ou croûteux. La bordure perlée périphérique permet de faire le diagnostic.

Ø Carcinome baso-cellulaire infiltrant non sclérodermiiforme : C'est une ulcération chronique infiltrée recouverte d'une croûte faussement rassurante. Son diagnostic différentiel se pose surtout avec le carcinome épidermoïde.

Ø Carcinome baso-cellulaire sclérodermiiforme : est plus rare et de diagnostic difficile. C'est une lésion infiltrée blanchâtre, mal limitée d'allure cicatricielle. L'inspection et la palpation apprécient mal les limites de cette tumeur très infiltrante

- Anatomopathologie

L'étude microscopique des CBC montre des amas cellulaires dermiques compacts de petites cellules basophiles à limites nettes, à disposition périphérique palissadique. Ces amas sont arrondis plus ou moins confluent entre eux. Certains peuvent être appendus à l'épiderme. Ils peuvent s'associer à une certaine fibrose du derme.

Le CBC présente des aspects histopathologiques différents qui peuvent s'associer dans une même lésion : Nodulaire, superficiel, infiltrant, sclérodermiiforme, métatypique qui associe des images de différenciation malphigienne (pilaire, kératinisante, kystique), et le carcinome mixte ou composite qui associe un CBC et un CE.

Les formes infiltrantes ou sclérodermiiformes sont associées à un stroma dense et fibreux et ont des limites imprécises. [41,42]

• Evolution et pronostic

L'extension locorégionale en profondeur, pouvant entraîner des destructions tissulaires importantes justifiant parfois un bilan lésionnel locorégional par imagerie.

Il n'y a pas de métastase ganglionnaire bien que quelques cas aient été décrits, faisant éventuellement remettre en cause ce diagnostic.

Le pronostic des carcinomes baso-cellulaire est lié au risque de récurrence et à la difficulté de prise en charge.

Les principaux facteurs pronostiques sont :

- Ø La localisation péri orificielle : labiale.
- Ø Les formes mal limitées, en particulier la forme sclérodermiforme
- Ø La taille > 1 cm.
- Ø La récurrence: le risque de récurrence est évalué à environ 5% à 10% [38, 42, 43].



Figure 23. Carcinome basocellulaire de la lèvre supérieure [2]

IV.3 Autres tumeurs épithéliales malignes

IV.3.1 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, tumeur mucoépidermoïde, surtout carcinome adénoïde kystique avec un risque de métastases pulmonaires.

IV.3.2 Carcinomes développés aux dépens des annexes de la peau

Les carcinomes annexiels 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.

IV.3.3 Tumeur de Merkel

La 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.

IV.3.4 Mélanomes

Les mélanomes du versant cutané 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.

La classification de BRESLOW permet de définir les mélanomes en fonction de l'épaisseur de la tumeur en millimètres :

Tableau 1 : Classification de BRESLOW selon AJCC/UICC [55]

Stades	Critères
IA	Mélanome primitif dont l'épaisseur est < 0.75 mm sans ganglion ni métastase (N0M0)
IB	Mélanome primitif dont l'épaisseur est comprise entre 0.76 et 1.5 mm N0M0
IIA	Mélanome primitif dont l'épaisseur est comprise entre 1.51 et 4 mm N0M0
IIB	Mélanome primitif dont l'épaisseur est >4 N0M0
III	Atteinte ganglionnaire régionale et/ou métastase en transit (pTX, N1, M0) N1 : métastase ganglionnaire ou en transit < 3cm dans son plus grand diamètre. N2 : métastase ganglionnaire ou en transit > 3cm dans son plus grand diamètre N2a : métastase ganglionnaire N2b : métastase en transit N2c : les deux
IV	Métastases systémiques (pTx, Nx, M1)

IV.3.5 Tumeurs malignes conjonctives : sarcomes

Les sarcomes des lèvres sont exceptionnels (rhabdomyosarcome embryonnaire, fibrosarcome, etc.). Des cas exceptionnels de métastases labiales de carcinomes viscéraux [23] ont été décrits.

V. Classification TNM

Tableau 2 : Classification TNM de l'UICC [14]

T (site tumoral primitif)	N (adénopathie)	M (métastase)
T0 (pas de tumeur primitive)	N0: pas d'adénopathie	M0 : pas de métastase
Tis (carcinome in situ)	–	–
T1 (tumeur ≤ 2 cm)	N1 : adénopathie homolatérale unique ≤ 3 cm	M1 : métastase à distance
T2 (tumeur entre 2 et 4 cm)	N2a: 3 cm < adénopathie ≤ 6 cm homolatérale unique N2b: adénopathies ≤ 6 cm homolatérales multiples N2c: adénopathies ≤ 6 cm bilatérale ou controlatérale	–
T3 (tumeur > 4 cm)	N3: adénopathie > 6 cm	
T4 (extension tumorale aux muscles, à l'os, aux cartilages, à la peau)	–	
TX (non classable)	Non classable	Non classable

VI. TRAITEMENT

VI.1 Buts

La prise en charge du cancer des lèvres devrait inclure les objectifs suivants :

- L'ablation de la lésion primaire.
- Le curage des aires ganglionnaires.
- La reconstitution satisfaisante de la lèvre qui doit tenir compte du retentissement fonctionnel et esthétique et doit permettre d'obtenir une lèvre :
 - Ample et souple en reconstituant l'équilibre statique et l'étanchéité.
 - De coloration satisfaisante.
 - Avec le minimum de cicatrices possible.

VI.2 Moyens

VI.2.1 Traitement préventif

2.1.1 Prévention primaire :

Des mesures de prévention sont nécessaires pour détecter les personnes à haut risque.

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 est 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 crèmes solaires est largement répandue dans le monde entier comme mesure de prévention des cancers cutanés.

Aussi la prévention primaire du cancer labial nécessite la maîtrise de 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) [44]

2.1.2 Prévention secondaire :

La prévention secondaire vise la détection et l'exérèse des lésions précancéreuses ainsi que le traitement des dermatoses pouvant faire le lit de carcinome labial.

- **Traitement médical des lésions pré-néoplasiques**

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.

- **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 que représente : la vermillonectomie (Fig. 24,25) [45 ,46].

Elle comporte l'ablation de la totalité du vermillon de la lèvre inférieure, siège habituel de ces lésions.

Cette intervention se fait habituellement sous anesthésie locale. La résection est faite jusqu'au contact du plan de l'orbiculaire. La pièce opératoire est orientée, avant d'être confiée à l'examen anatomopathologique.

Le recouvrement de la zone cruentée est assuré par un vaste lambeau muqueux prélevé aux dépens de la muqueuse de la lèvre inférieure jusqu'au fond du cul-de-sac vestibulaire et la suture antérieure à la jonction peau-vermillon.

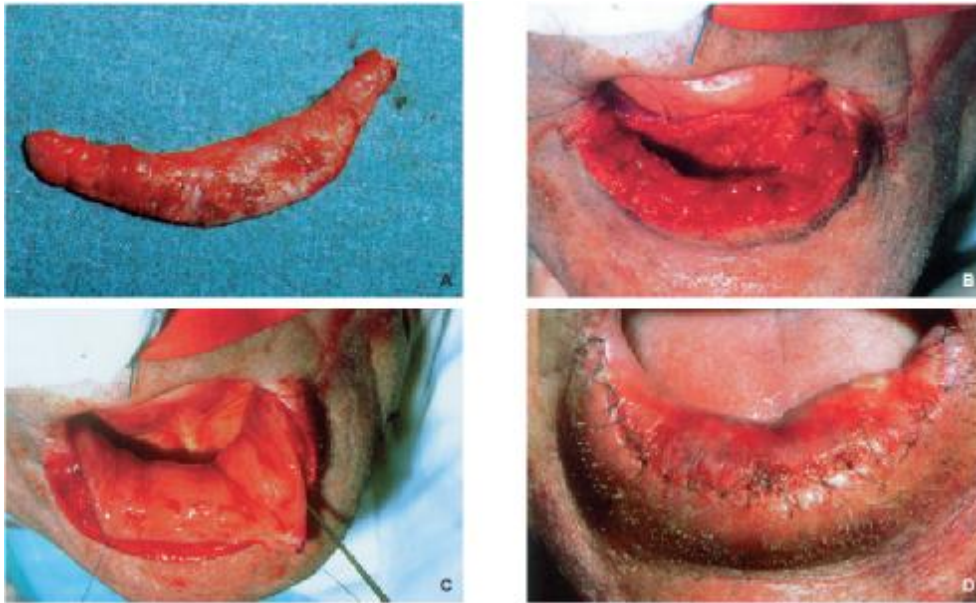


Figure 24. Vermillonectomie chez un patient ayant une kératose chronique de la lèvre inférieure d'origine tabagique et actinique.[9]

A. Pièce de vermillonectomie.

B. Début de décollement du lambeau.

C. Vaste lambeau muqueux translaté en avant pour recouvrir la zone cruentée.

D. Résultat morphologique à j5

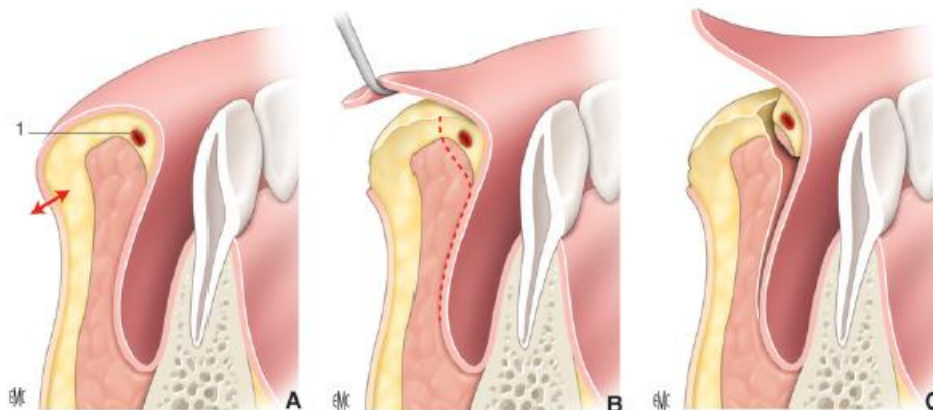


Figure 25. Vermillonectomie inférieure[9]

Ø Surveillance :

Semestrielle, elle permet de dépister les modifications des lésions (intérêt des photographies) et de prendre en charge le cancer à un stade précoce. Elle doit être envisagée sur une longue période, souvent à vie.

VI.2.2 Traitement curatif

Le traitement comporte un traitement local ainsi que celui des aires ganglionnaires. La chirurgie reste actuellement le traitement de référence. Les autres traitements ne devraient être envisagés qu'après avoir discuté de la faisabilité d'une exérèse chirurgicale. [64]

2.2.1 La chirurgie

Elle est pratiquée d'emblée ou en rattrapage des méthodes physiques, en particulier de la curiethérapie.

L'anesthésie locale ou générale est choisie en fonction de l'étendue de la tumeur, de sa taille, de l'état général du patient et de ses possibilités de collaboration.

Les tumeurs de 1 à 2 cm (T1) de la lèvre sont traitées sous anesthésie locale ; les tumeurs plus étendues nécessitent plus souvent le recours à une anesthésie générale avec intubation nasotrachéale. [9]

a. Au niveau du site tumoral :

a.1- Carcinome épidermoïde [18]

Les marges d'exérèse pour les carcinomes épidermoïdes sont celles des carcinomes épidermoïdes cutanés (CEC) de la face [18] :

Tableau 3 : Classification pronostique des CEC [18]

Critères	Groupe 1 : à faible risque	Groupe 2 : à risque significatif
Cliniques		
Primitifs vs récidive	Primitif	Récidive
Degré d'infiltration clinique	Absence	Adhérence au plan profond
Symptômes neurologiques d'envahissement	Non	Oui
Statut immunitaire	Immunocompétent	Immunodéprimé
Taille (diamètre) en fonction de la localisation	<10mm en zone R+	≥10mm en zone R+
Anatomopathologiques		
		Oui
Envahissement périnerveux	Non	Moyen à indifférencié
Degré de différenciation cellulaire	Bon	CEC
Formes histologiques	CEC commun, verruqueux, fusiforme (hors zone irradiée), mixte ou métatypique	desmoplastique>mucosépidermoïde >acantolytique
Profondeur (niveau de Clark) et épaisseur tumorale	Niveau ≤III Epaisseur ≤3mm	Niveau ≥IV Epaisseur >3 (ou 4 ou 5) mm

Zone à risque (R+) : zones péri-orificielles (nez, lèvre, oreille externe, paupière) et le cuir chevelu ; zones non insolées (périnée, plante des pieds, ongle) ; radiodermite, cicatrice de brûlure, inflammation ou ulcère chroniques.

1 : Le groupe 1 de CEC à très faible risque = n'ayant aucun des critères de mauvais pronostic.

2 : Le groupe 2 autres CEC à risque significatif de récidive et/ou de métastases

Un seul critère de la colonne « à risque significatif » est suffisant pour faire classer le CEC dans ce groupe.

Ø marges latérales de 4 à 6mm pour les tumeurs du groupe 1 à faible risque et de 6 à 10mm, voir plus pour les tumeurs à risque du groupe 2 ;

Ø marges profondes : l'exérèse intéresse l'hypoderme ; au niveau de la lèvre, une résection interruptrice est habituellement préconisée. [64]

Dans les formes à risque, les tumeurs étendues de plus de 2 cm, les tumeurs récidivées ou survenant sur un terrain immunodéprimé, il est préférable de recourir à l'examen extemporané ou mieux encore à la méthode de Mohs (qui consiste à étudier la qualité de résection tumorale d'une manière très précise plan par plan, cette approche permet une réduction des marges d'exérèse et assure une excision complète de la tumeur).

En cas d'exérèse incomplète, la reprise chirurgicale est indispensable avec éventuellement avis de réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) en cas de reprise impossible ou en cas de critères histologiques de groupe 2. [64]

a.2- Carcinome basocellulaire [19]

Le traitement chirurgical pour les carcinomes basocellulaires est préconisé dans la plupart des cas en première intention lorsqu'il est possible.

Il permet à la fois un traitement radical et un examen anatomopathologique de la lésion et de ses marges d'exérèse.

Tableau 4 : Classification des carcinomes basocellulaires (CBC) en groupe pronostique. [102]

Formes de bon pronostic	Formes de pronostic Intermédiaire	Formes de mauvais pronostic
<i>CBC superficiels primaires</i> <i>Tumeur de Pinkus</i> <i>CBC nodulaires primaires, de</i> <i>< 1 cm sur la zone à risque</i> <i>intermédiaire de récurrence</i> <i>< 2 cm sur la zone à bas</i> <i>risque de récurrence</i>	<i>CBC superficiels récidivés</i> <i>CBC nodulaires</i> <i>< 1 cm sur la zone à haut risque</i> <i>de récurrence</i> <i>> 1 cm sur la zone à risque</i> <i>intermédiaire de récurrence</i> <i>> 2 cm sur la zone à bas risque de récurrence</i>	<i>Formes cliniques</i> <i>Sclérodermiformes</i> <i>Mal limitées</i> <i>Formes histologiques</i> <i>Agressives</i> <i>Formes récidivées</i> <i>(sauf des CBC superficiels)</i> <i>CBC nodulaires > 1 cm sur</i> <i>la zone à haut risque de récurrence</i>

- le groupe de CBC de bon pronostic :
 - résection chirurgicale avec une marge de 3 à 4mm sans analyse extemporanée,
 - en deuxième intention, cryochirurgie ou curiethérapie ;
- le groupe de pronostic intermédiaire :
 - marge de 4 à 5mm et chirurgie en deux temps ou examen extemporané,
 - en deuxième intention, curiethérapie (ou pour certains radiothérapie externe);
- le groupe de mauvais pronostic :
 - marges de 5 à 10mm et chirurgie en deux temps (ou extemporané),
 - en deuxième intention : radiothérapie.

a.3- Mélanome [20]

Le mélanome in situ ou mélanose de Dubreuilh est réséqué de façon superficielle en passant à 5mm des berges macroscopiques.

Le mélanome doit être traité selon le protocole standard dépendant de l'épaisseur de la tumeur (Breslow) :

- Breslow inférieur à 1mm: marges de 1cm;
- Breslow compris entre 1 et 2mm: marges de 1 à 2cm;
- Breslow supérieur à 2mm: marges de 2 cm.

a.4- Tumeur de Merkel [9]

Le traitement classique est chirurgical, avec des marges d'exérèse de 2cm et un traitement chirurgical des aires ganglionnaires suivi d'une radiothérapie en cas d'envahissement ganglionnaire.

b. Au niveau ganglionnaire :

Il existe trois types de curage ganglionnaire :

- Curage triangulaire

Il intéresse les groupes ganglionnaires cervicaux sous-mentaux, sousmaxillaires, sous-digastriques et sus-omohyoidiens ainsi que le groupe spinal supérieur. Il peut être uni ou bilatéral.

- Curage fonctionnel

Il réalise une exérèse complète des éléments cellulo-ganglionnaires représentés par la chaine jugulo-carotidienne, la chaine spinale et la chaine 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.

Le risque de métastase ganglionnaire est statistiquement faible (inférieur à 10 %) pour les T1 et de l'ordre de 20% pour les T2 [18].

- le curage ganglionnaire systématique, préconisé il y a quelques années, n'a plus lieu d'être. Califaro [29], pratiquant des curages ganglionnaires systématiques chez tous les patients porteurs de CE des lèvres classés N0, ne retrouve que trois envahissements ganglionnaires sur 80.

L'examen histologique des adénopathies guidera le recours à une éventuelle radiothérapie complémentaire nécessaire lorsque plus de deux adénopathies sont envahies et/ou en cas de rupture capsulaire.

La pratique du ganglion sentinelle est proposée par certaines équipes.

La majorité des auteurs est d'accord pour réaliser une simple surveillance chez un malade N0 [74] et par contre d'effectuer un curage ganglionnaire pour les patients N1 ou N2. On réalisera donc une cellulo-adénectomie sous mento-sousmaxillaire sous digastrique élargie au groupe sus omohyoïdien complétée par une radiothérapie complémentaire en cas d'envahissement histologique [50].

2.2.2 Radiothérapie :

Elle est née au début du siècle, bouleversant les schémas thérapeutiques classiques basés uniquement sur le geste chirurgical. La curiethérapie est le traitement de choix pour la plupart des équipes. Les autres techniques de radiothérapie conservent des indications précises [54].

a. La curiethérapie :

Depuis 1975, et du fait de leurs caractéristiques physiques, les fils d'iridium 192 sont utilisés dans le traitement des tumeurs malignes des lèvres. La technique actuelle a été modifiée et décrite par HENSCHKE et PIEQUIN [84].

- Principe [82]:

Sous anesthésie locale, on met en place autour de la tumeur des gouttières guide après repérage du volume tumoral, puis les fils d'iridium y sont introduits. Pendant le traitement (3 à 5 jours), le malade est hospitalisé en chambre plombée.

- Technique :

L'implantation se déroule en deux temps :

En premier temps et sous anesthésie locale, les vecteurs creux radioactifs sont mis en place, ceci évite l'irradiation du personnel. Ces vecteurs sont remplis d'un matériel radio-opaque pour permettre le contrôle de leur positionnement à l'aide d'une radiographie ou d'un scanner.

Dans un second temps, les fils radioactifs sont mis en place au lit du malade. La dose varie entre 60 et 80 Gy, en moyenne elle est de 65 Gy [54,84]. Ces fils sont laissés en place pour une durée dépendant de la radioactivité propre du fil d'iridium.

L'hospitalisation dure 3 à 5 jours. Pendant toute la durée du traitement, le patient est placé dans une chambre spéciale avec protection plombée. Avant le début du traitement, des appareils appropriés sont mis en place pour protéger les gencives et les dents.

- Les résultats :

Les résultats de la curiethérapie sont habituellement favorables : ceux rapportés par CASINO [54] montrent un taux de guérison de 90 à 95 % pour les T1, de 91% pour les T2, tandis que pour les T3 T4 la survie diminue en fonction du stade d'envahissement ganglionnaire.

Cependant, LUNA-ORTIZ [21], insiste sur la nécessité d'un opérateur compétent pour obtenir des résultats satisfaisants.

Par ailleurs, une analyse rétrospective et multicentrique des résultats du traitement de 1870 cancers de la lèvre a été publiée par le groupe européen de curiethérapie, avec un recul minimum de 2 ans [85]. Le taux de contrôle local obtenu avec la curiethérapie exclusive par iridium 192 était de 98,4 % pour les tumeurs classées T1, 96,6 % pour les T2, et 89,9 % pour les T3 (plus de 4 cm). L'apparence normale de la lèvre était conservée chez 82 %, 51 % et 27 % des patients atteints respectivement de tumeur classée T1, T2 et T3. Il y avait des séquelles visibles chez 17 %, 44 % et 64 % des patients et un mauvais résultat esthétique ou fonctionnel chez 1,5 et 9 %.

Les suites de la curiethérapie sont marquées par une réaction inflammatoire de la lèvre durant plusieurs semaines, gênant l'alimentation surtout chez le sujet âgé.

b. La radiothérapie externe [85]

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

L'irradiation essentiellement par photons est réalisée à partir d'une source de cobalt 60 et, plus fréquemment maintenant, à l'aide d'accélérateurs linéaires. Elle concerne toujours la lésion elle-même, ou le lit tumoral en cas de chirurgie première, et les aires ganglionnaires de drainage. Ces deux volumes cibles, tumeur et ganglions, sont irradiés avec une marge de sécurité dépendant de la technique d'irradiation, le plus souvent de l'ordre du centimètre.

Le pronostic est fonction du stade tumoral, ganglionnaire et du degré de différenciation.

La survie spécifique à 5 ans; pour les tumeurs supérieures à 4 cm(T3), elle n'est que de 70 à 80 % et seulement 25 à 50 % pour les T4 [85].

L'atteinte ganglionnaire est liée au stade T: 5% des T1 et T2 ont une atteinte ganglionnaire clinique contre 67 % des tumeurs supérieures à T2. La curabilité des patients N supérieur à N0 ne dépasse pas 40-50 %.

Les récidives locorégionales surviennent à des fréquences voisines après chirurgie ou radiothérapie : dans 5 à 11% des T inférieurs à 1 cm, et jusqu'à 53 % des T4 ; 50 % des patients en récidive locale ou ganglionnaire sont contrôlés après chirurgie ou radiothérapie [85].

2.2.3. Chimiothérapie : [88, 89,90]

Deux méthodes peuvent être retenues pour les tumeurs évoluées, peu accessibles à un traitement loco-régional du fait de leur extension :

- La chimiothérapie loco-régionale trouve ici une de ses bonnes indications, compte-tenu des caractéristiques de la vascularisation de ces tumeurs dépendant de la carotide externe. Elle permet, en théorie d'augmenter la concentration intra-tumorale de la drogue et de diminuer la toxicité systémique de celle-ci.

L'injection se fait dans la carotide externe par l'intermédiaire de la temporale superficielle, éventuellement de façon bilatérale si la lésion dépasse la ligne médiane.

- La chimiothérapie par voie générale est probablement d'efficacité équivalente si on se réfère aux autres cancers de la tête et du cou. Elle est utilisée en première intention, avant le traitement loco-régional.

VI.3 Indications

Les décisions thérapeutiques sont prises, en accord avec le patient, au cours d'un comité pluridisciplinaire de carcinologie, associant chirurgiens, anesthésistes, radiologues, radiothérapeutes, anatomopathologistes et oncologues médicaux.

VI.3.1 Chirurgie :

3.1.1 Sur la tumeur :

La chirurgie est la modalité de traitement la plus utilisée [25,26,27,102]. L'intervention comporte l'exérèse carcinologique et la réparation immédiate de la mutilation labiale, la modalité effective de la réparation dépend du siège et de l'étendue de la résection labiale

- Pour les tumeurs T1 et T2 : la chirurgie permet d'avoir un contrôle anatomopathologique.
- Pour les tumeurs T3 : on réalise une exérèse chirurgicale complétée par une radiothérapie post opératoire.
- Pour les tumeurs T4 : il s'agit de tumeurs à extension gingivale ou osseuse, qui nécessitent des interventions d'exérèse large à type de pelvimandibulectomie avec baguette osseuse, voire interruptrice avec reconstruction par lambeau pédiculé ou libre suivi d'une radiothérapie post opératoire curative. La radiothérapie palliative peut être discutée. [8,30,31,47]

3.1.2 Sur les aires ganglionnaires :

L'attitude thérapeutique vis-à-vis des aires ganglionnaires est très discutée et modulée.

Le choix se pose entre l'abstention et le curage.

Pour les carcinomes baso-cellulaires, aucun curage ganglionnaire n'est réalisé.

Pour les carcinomes épidermoïdes, devant une tumeur N0, l'abstention se justifie pour les tumeurs T1, T2 peu lymphophiles. Par contre, pour les lésions T3, T4,

une cellulo-adénectomie large bilatérale avec examen histologique extemporané doit être systématique.

Devant une adénopathie N1, N2 ou N3, un curage ganglionnaire unilatéral ou bilatéral est réalisé de façon systématique. Il sera fonctionnel ou radical en fonction des conditions locales [8, 47,50,74].

VI.3.2 Radiothérapie

3.2.1 Curiethérapie

On distingue 2 types d'indications de l'endocuriethérapie [84,86] :

- ▼ Les carcinomes limités à la région labiale : c'est cette technique qui a le plus faible taux de récurrence. Les résultats sont par ailleurs de bonne qualité esthétique et fonctionnelle.
- ▼ Les récurrences : après un autre traitement, voire même après curiethérapie, le taux de contrôle est encore élevé à condition de délivrer une dose complète.

3.2.2 Radiothérapie externe [85]

Elles s'appliquent aux lésions extrêmes. Les très petites lésions superficielles peuvent relever de la radiothérapie de contact. Les très grosses lésions avec importante infiltration périphérique bénéficient d'une irradiation externe première par télécobalt ou par électrons.

Deux techniques particulières utilisées pour les très grosses tumeurs méritent enfin d'être signalées : l'association chimiothérapie-radiothérapie et la radiothérapie dite « en concentré ».

La cobaltothérapie est réservée à l'irradiation des aires ganglionnaires envahies N+. La dose délivrée est généralement de 45 Gy avec surdosage sur site ganglionnaire envahi.

La décision du type de traitement doit être prise lors d'une consultation commune, chirurgien radiothérapeute en fonction du type de la lésion, de la présence ou non d'adénopathie et surtout de l'état général du patient.

VI.3.3 Chimiothérapie [89]

La chimiothérapie est une orientation thérapeutique plus conservatrice. L'association 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. Cette approche est déjà appliquée à d'autres localisations carcinomateuses des voies aérodigestives supérieures présente un bénéfice masticatoire et esthétique. Elle reste cependant d'autant plus controversée que les progrès actuels des techniques chirurgicales favorisent une chirurgie plus conservatrice.

VI.4 Chirurgie reconstructrice

Le traitement chirurgical du cancer de la lèvre entraîne parfois de vastes pertes de substance, ce qui nécessite le recours à des techniques de réparation utilisant des greffes ou des lambeaux locorégionaux ou à distance. Les reconstructions sont réalisées dans le même temps opératoire après curage ganglionnaire et résection tumorale.

VI.4.1 Moyens

4.1.1 Sutures en V et W (Fig. 26)

Après anesthésie locale, 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 [51]. Lorsque la hauteur de la lésion tumorale déborde au niveau du menton, la résection se fait en W afin de laisser une cicatrice plus courte.

Les suites opératoires sont simples, reposant sur une antibiothérapie, des soins locaux et une alimentation liquide. Des bains de bouche pluriquotidiens sont nécessaires pendant 15 jours.

Les suites à distance sont en général satisfaisantes avec une bonne restauration de la sangle labiale, à condition d'avoir bien reconstitué le plan du muscle orbiculaire [51].

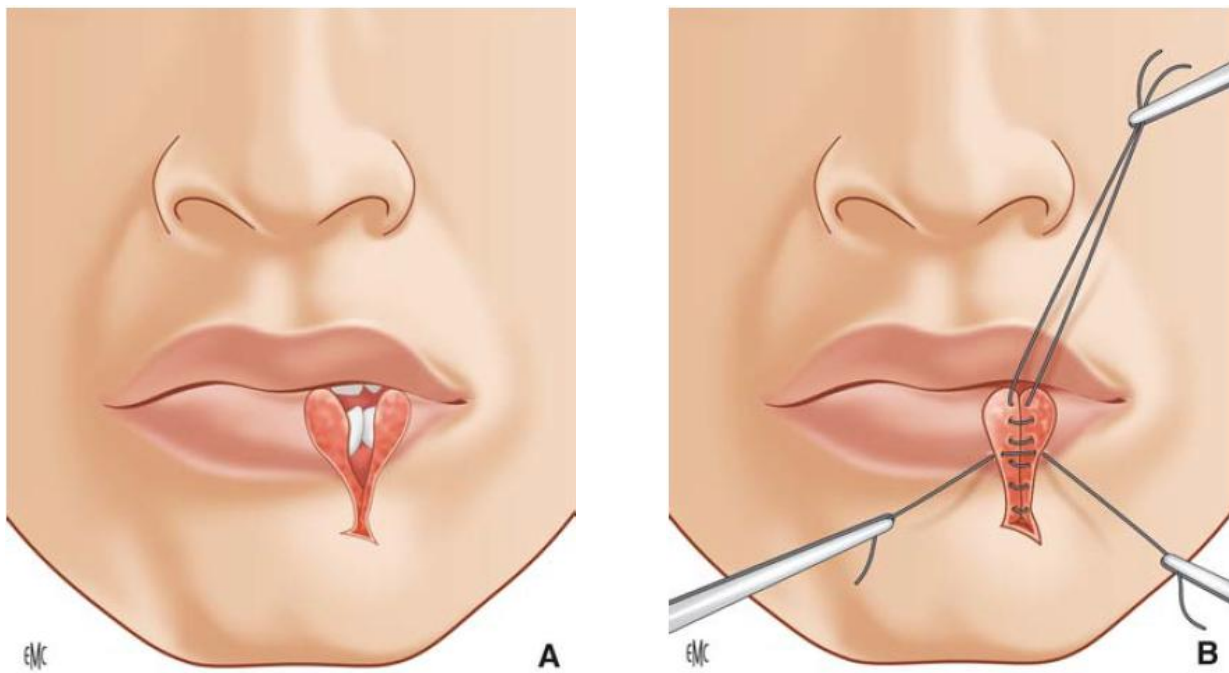


Figure 26. A : Excision labiale triangulaire ; B : Suture labiale en 3 plans [76]

4.1.2 Greffes

On utilise essentiellement des greffes de peau totale (Fig. 27), découpée à la forme et aux dimensions exactes de la perte de substance, prélevée devant ou derrière l'oreille, dans la région sus-claviculaire ou à la face interne du bras.

Lorsque la greffe est proche d'une frontière anatomique, elle doit suivre cette frontière (jonction cutanéomuqueuse, crête philtrale, seuil narinaire, sillon labio-mentonnier).

Au niveau du philtrum, il est préférable d'agrandir l'exérèse à toute la région philtrale.

Au niveau du sillon nasogénien, qui est la ligne de tension maximale, parfaitement repérée lorsque la bouche est ouverte au maximum, il est préférable de déborder latéralement ce sillon pour éviter une bride à ce niveau.

A la lèvre inférieure, lorsque la greffe concerne la moitié de la lèvre, elle peut être en dents de scie sur la ligne médiane entre la ligne cutanéomuqueuse et le sillon labio-mentonnier.

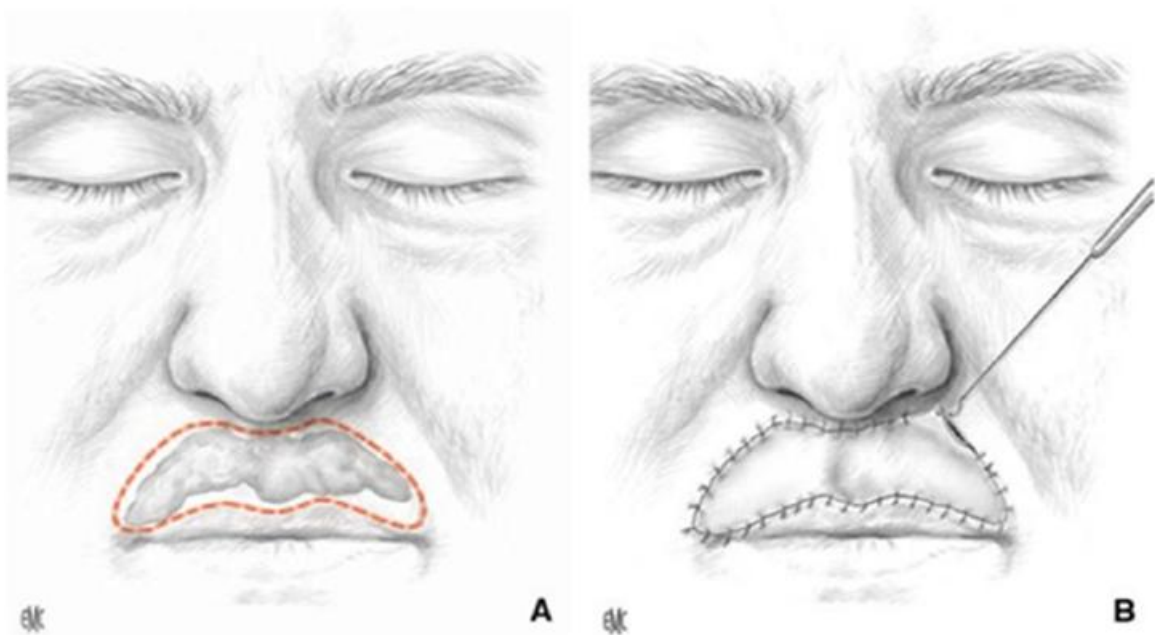


Figure 27. Greffe de peau totale pour réparer l'ensemble de l'unité esthétique de la lèvre supérieure [76]

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

4.1.3 Lambeaux

a. Lambeaux loco-régionaux

Ø Lambeaux d'avancement

→ Lambeau d'avancement de joue de Webster [51] (Fig. 28)

Il consiste en une excision cutanée d'un croissant péri-alaire et une incision muqueuse à 2-3 mm du fond du sillon gingivo-labial.

L'incision de la berge supérieure est étendue vers la région alogénienne de manière à être parallèle à la jonction cutané-muqueuse pour éviter une augmentation de la hauteur de la lèvre en dehors.

Il permet d'avoir moins de cicatrices résiduelles, celles-ci étant dissimulées au pourtour des orifices nasaux.

Dans le cas où ce lambeau est utilisé de façon bilatérale, il peut donner un recul de la lèvre supérieure avec microstomie et modification des commissures labiales.

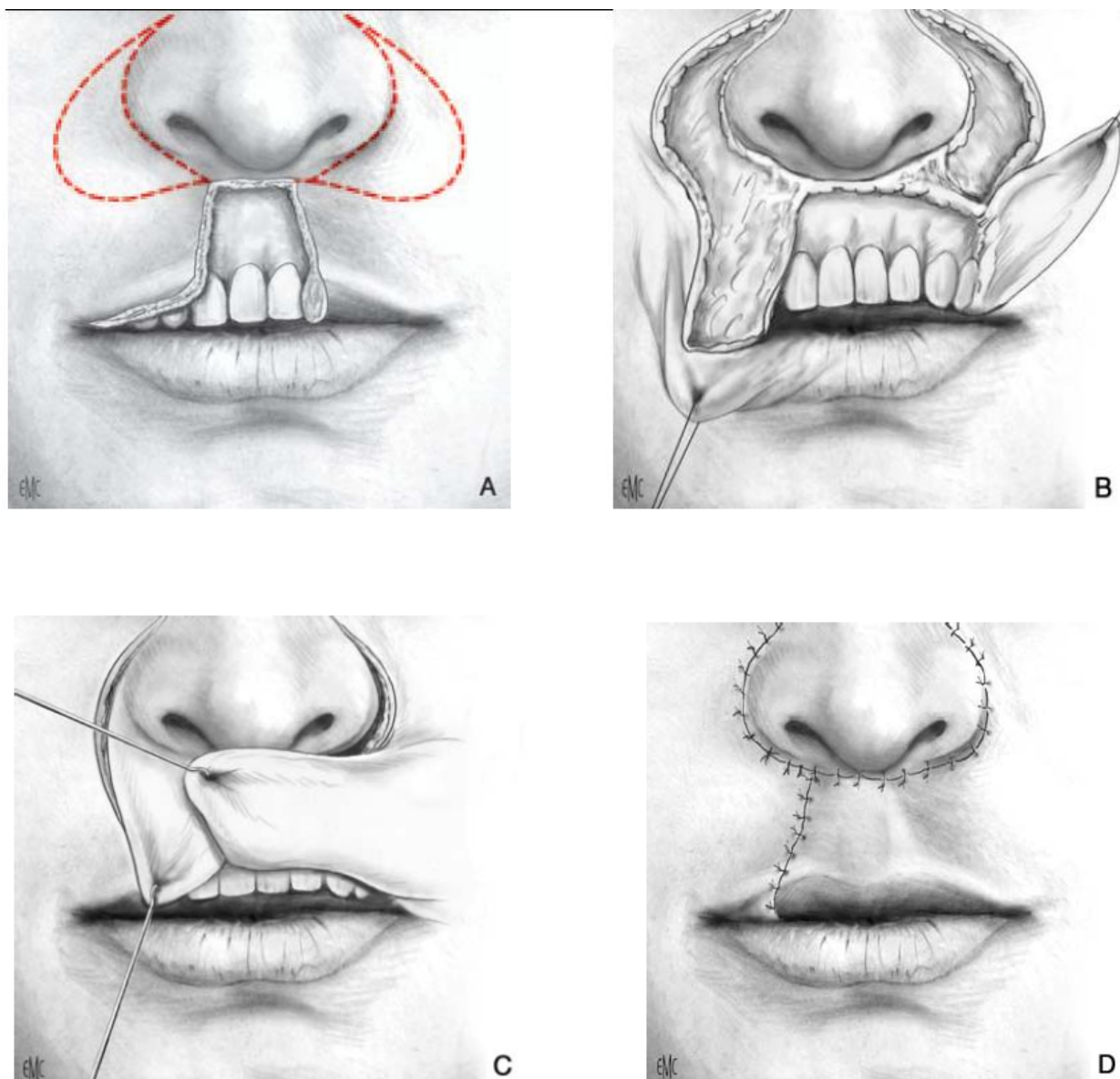


Figure 28. Lambeau d'avancement de Webster [51]

→ Lambeau naso-génien en îlot [76]

Il a la forme d'un triangle dont la base est formée par la partie inférieure du defect.

L'incision latérale est placée le long du sillon nasogénien. L'incision médiale rejoint son sommet sur le sillon nasogénien. On commence par inciser les berges latérales 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 ».

Ce lambeau a parfois une tendance à la rétraction en boule.

→ Lambeau de Camille Bernard [9,68,76] (Fig. 29)

La technique « princeps » décrite par Camille Bernard consiste à réparer toute la lèvre inférieure par deux lambeaux d'avancement de joue totaux. [9]

Une résection cutanée des deux triangles commissuraux à base inférieure permet le glissement des berges labio-mentonnières latérales. Chaque base est égale à la moitié de la perte de substance de 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 triangle de résection cutanée et reconstitue ainsi une nouvelle lèvre rouge. [9]

Les résultats fonctionnels des lambeaux de Camille Bernard sont médiocres avec un recul de la lèvre inférieure, mauvaise occlusion et fuites salivaires. [9]

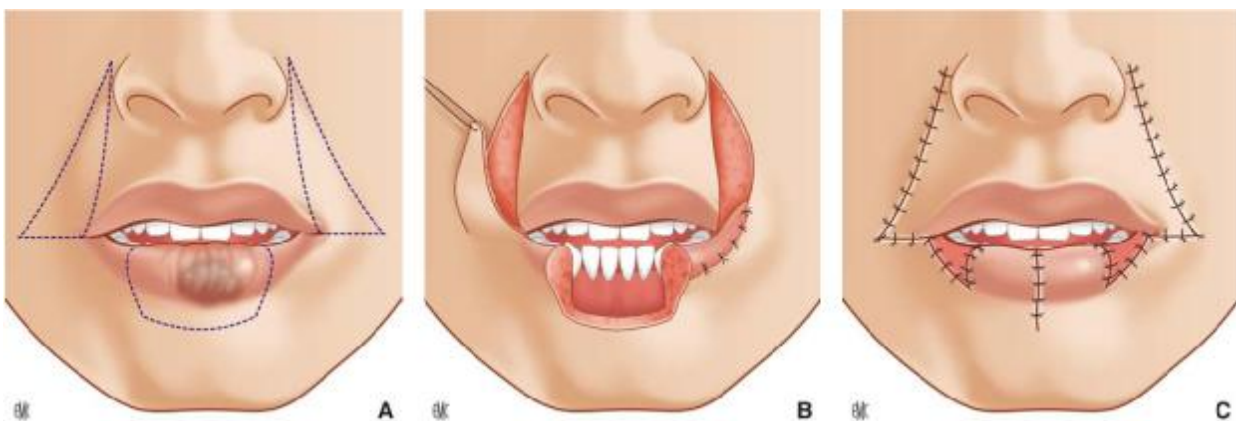


Figure 29. Technique de Camille Bernard [76]

A : Dessin de l'exérèse et des lambeaux,

B : Décollement de deux triangles jugaux dont la taille est égale à la moitié de la perte de substance,

C : Aspect final.

De nombreuses modifications ont été apportées dans la forme, la place des incisions et excisions, notamment par Webster et Meyer.

La technique de Meyer [68,76] (Fig. 30) délimite les triangles d'excision de façon à placer les cicatrices le long de la jonction cutanéomuqueuse.

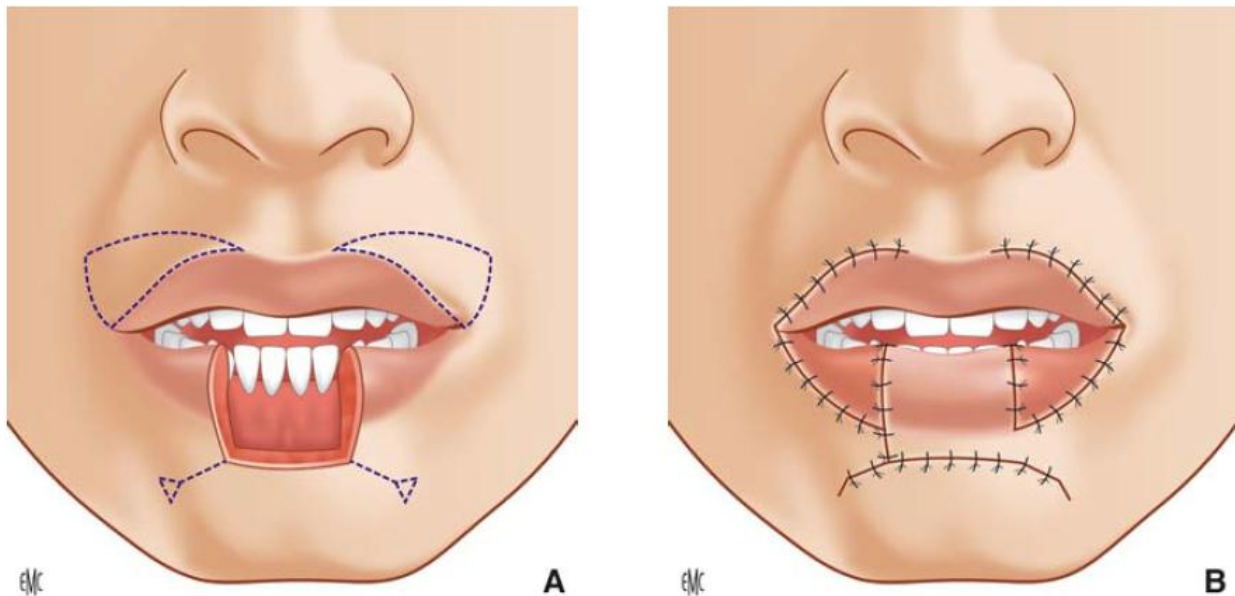


Figure 30. Modification de Meyer : les incisions sont placées le long de la ligne de jonction cutanéomuqueuse [76]

La technique de Webster (Fig. 31) réalise quatre lambeaux cutanés de décharge, deux au niveau des sillons naso-géniens et deux au niveau des sillons labio-mentonniers le long du galbe du menton [9]. 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 [9]. L'ensemble permet une meilleure avancée des deux lambeaux avec des sutures plus faciles [9].

La reconstruction selon cette technique aboutit à des résultats fonctionnels meilleurs qu'avec la technique de base de Camille Bernard. Néanmoins, il en résulte

une mauvaise compétence labiale avec recul important de la lèvre inférieure et une lèvre supérieure qui est beaucoup plus épaisse et projetée en avant [9].

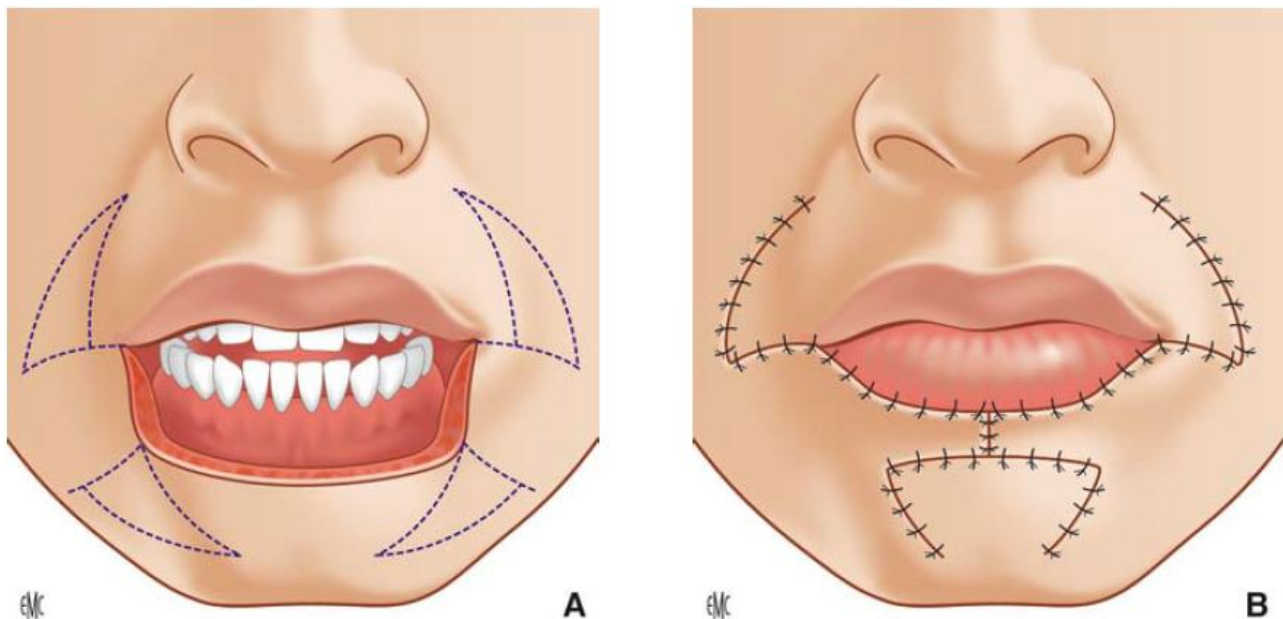


Figure 31. Modification de la technique de C. Bernard par Webster [76]

Il est possible d'associer ces modifications entre elles afin de mieux s'adapter à la situation clinique.

→ Lambeau d'avancement muqueux [76]

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.

Ø Lambeaux de rotation

→ Lambeau fan-flap ou éventail [51] (Fig. 32)

Il s'agit d'un lambeau péri-commissural de pleine épaisseur, muqueuse comprise, avec conservation du pédicule vasculaire.

Le tracé de l'incision se fait dans les plis naturels : la berge supérieure est située dans la région péri-alair, la berge inférieure est arciforme à concavité interne vers le bas. Il passe en dehors du sillon naso-génien vers la région mentonnière.

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.

Pour épaissir la lèvre et la rendre plus fonctionnelle, un lambeau de langue peut être pris sur son bord libre, il est sectionné une dizaine de jours plus tard.

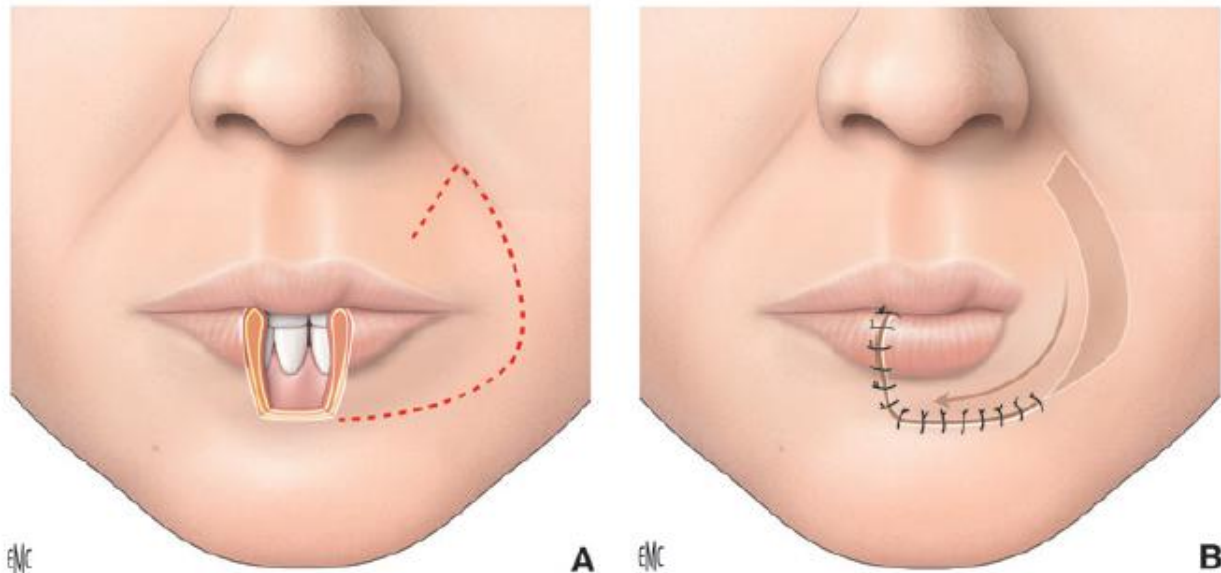


Figure 32. Technique de l'éventail de Gillies [9]

→ Lambeau de Karapandzic [51] (Fig. 33)

Elle date de 1974 et se pratique sous anesthésie générale avec intubation nasotrachéale.

Il s'agit de deux lambeaux de rotation pure péribuccaux.

Les lambeaux sont dessinés parallèlement au bord libre des lèvres, à une distance correspondant à la hauteur de la perte de substance.

L'incision concerne tous les plans, avec un décollement minutieux préservant l'artère faciale, les coronaires labiales et l'innervation sensitivomotrice.

Une contre incision courte est réalisée souvent sur le versant muqueux pour permettre une meilleure avancée du lambeau.

Ce procédé de Karapandzic a l'avantage d'être beaucoup plus conservateur, puisqu'il préserve les vaisseaux, les nerfs et la muqueuse à la différence du lambeau de Gillies. [63,73]

Une microstomie résulte par déplacement en dedans du modiolus [75], mais selon Karapandzic, la commisuroplastie est non systématique.

Un autre inconvénient esthétique est noté, c'est l'aspect sourire de « clown » présenté par le patient.

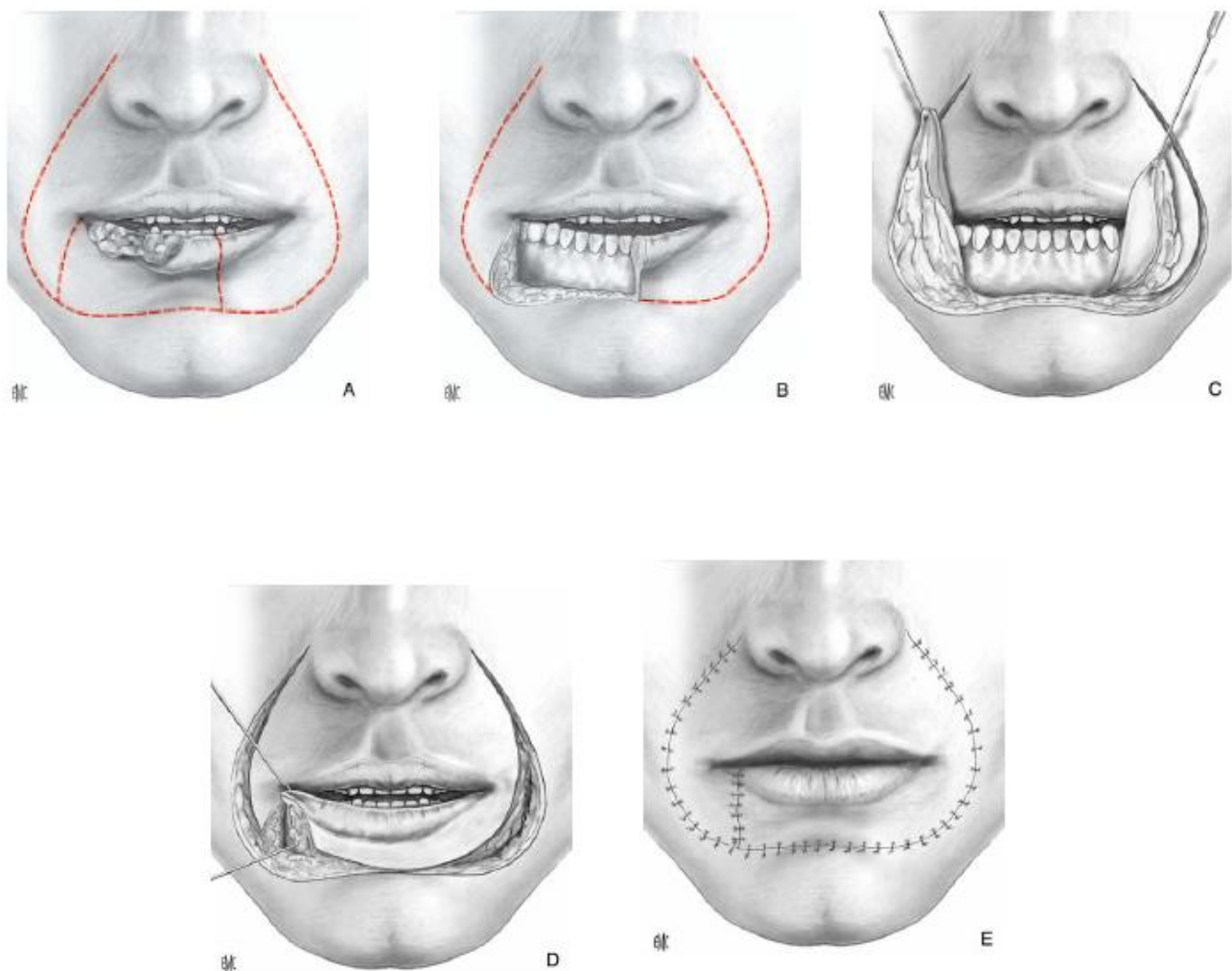


Figure 33. Technique de Karapandzic [51]

Ø Lambeaux de transposition

→ Lambeaux d'origine jugale : naso-géniens (de Ginestet) (Fig. 34)

Ils sont dessinés dans le sillon naso-génien emportant la totalité des téguments au niveau naso-génien. Le pédicule est inférieur. Si la largeur de la perte de substance est importante, la portion distale du lambeau nécessaire ne possède plus de doublure muqueuse.

L'exérèse chirurgicale doit être large créant une perte de substance rectangulaire de 50 à 60 mm horizontalement sur 25 à 30 mm verticalement. Les lambeaux sont taillés selon le principe décrit précédemment. [52]

Ils permettent de refaire la lèvre en totalité, mais n'assurent pas la reconstruction du bord rouge.

A la lèvre inférieure, il entraîne une rétro-chéilite ainsi qu'une continence médiocre. [76]

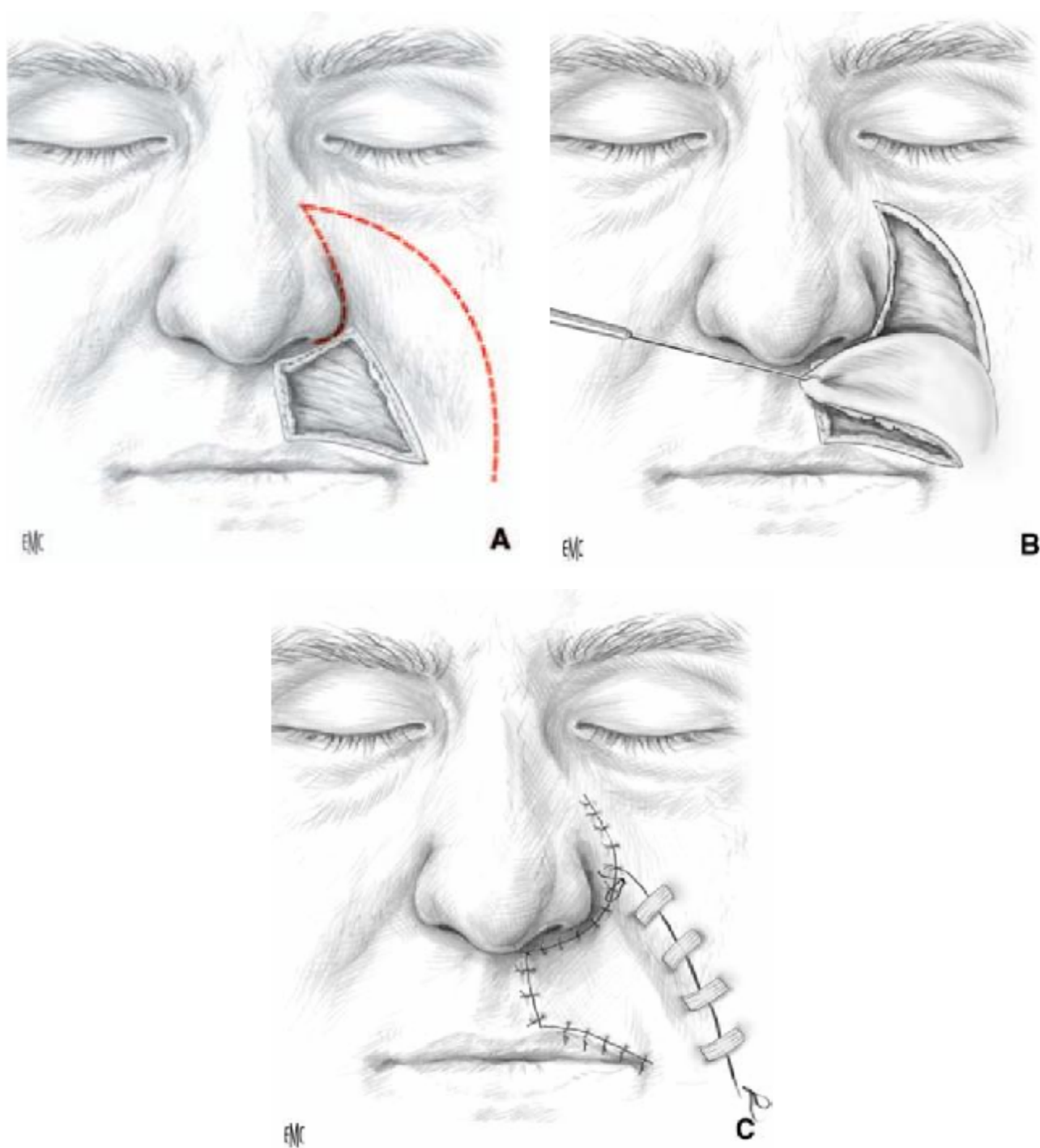


Figure 34. Lambeau nasogénien à pédicule inférieur [51]

→ Lambeaux d'origine labiale :

o Lambeaux hétéro-labiaux (lip-switch flap)

C'est un lambeau triangulaire, de pleine épaisseur et cutanéomuqueux.

Il est pédiculé sur l'artère coronaire labiale située en position sousmuqueuse, à la face inférieure de la lèvre, 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 [53,66,76] (Fig.35)

Décrit par Abbé [53], 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. Le lambeau reste pédiculé sur la lèvre inférieure et le sevrage s'effectue généralement à la troisième semaine post-opératoire. L'alimentation se fait pendant cette période par sonde naso-gastrique ou liquide à la paille [76].

Ce lambeau préserve la fonction sphinctérienne avec des résultats esthétiques satisfaisants. [51]

Il nécessite deux temps opératoires.

Le pédicule vasculaire doit être protégé par des pansements gras pour éviter son dessèchement et sa nécrose.

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

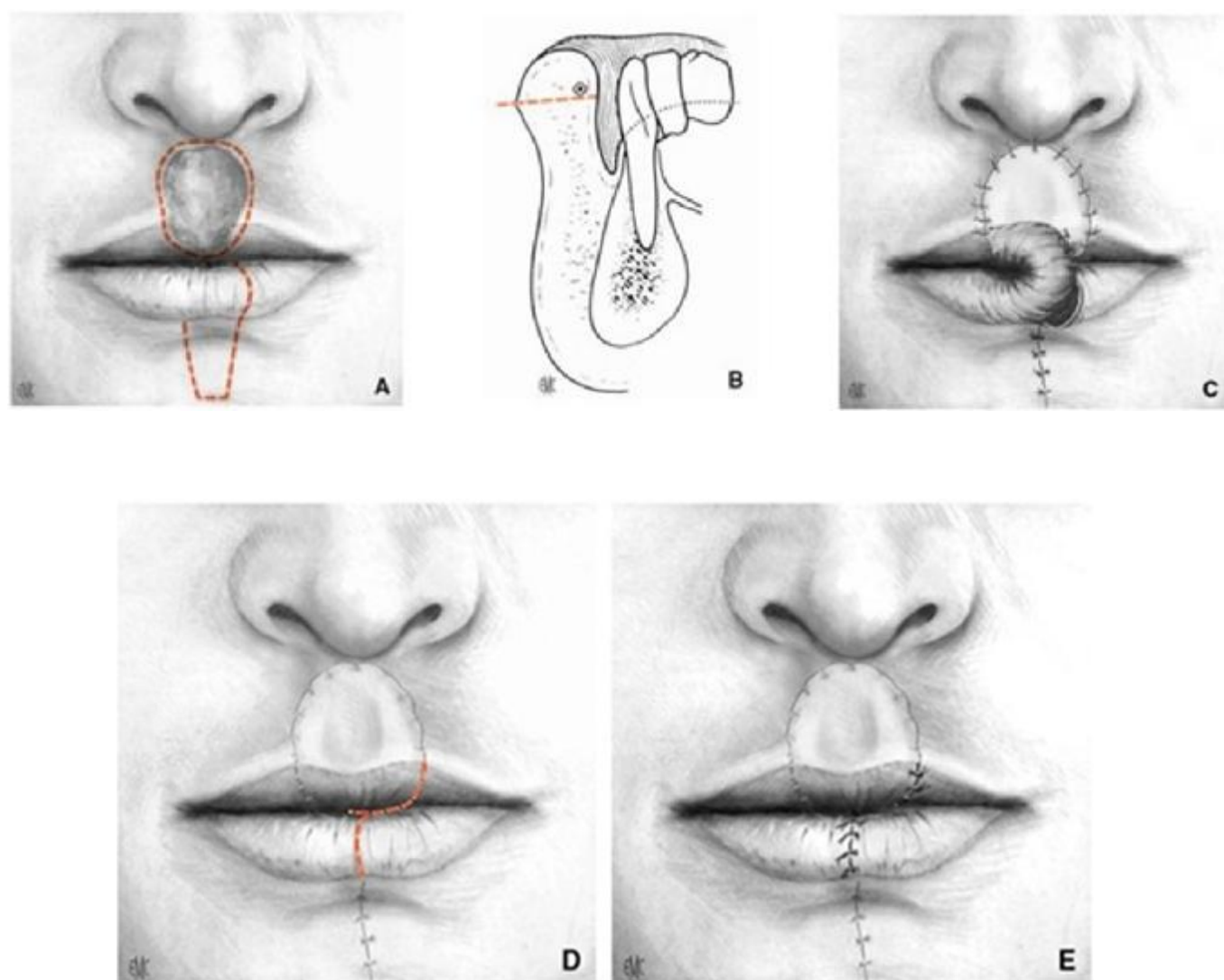


Figure 35. Lambeau d'Abbé [51]

§ Lambeau d'Estlander [65] (Fig. 36)

Prélevé à la lèvre supérieure ou inférieure, son point de rotation se situe à l'endroit de la néo-commissure. Il est réalisé en un seul temps.

Les suites 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.

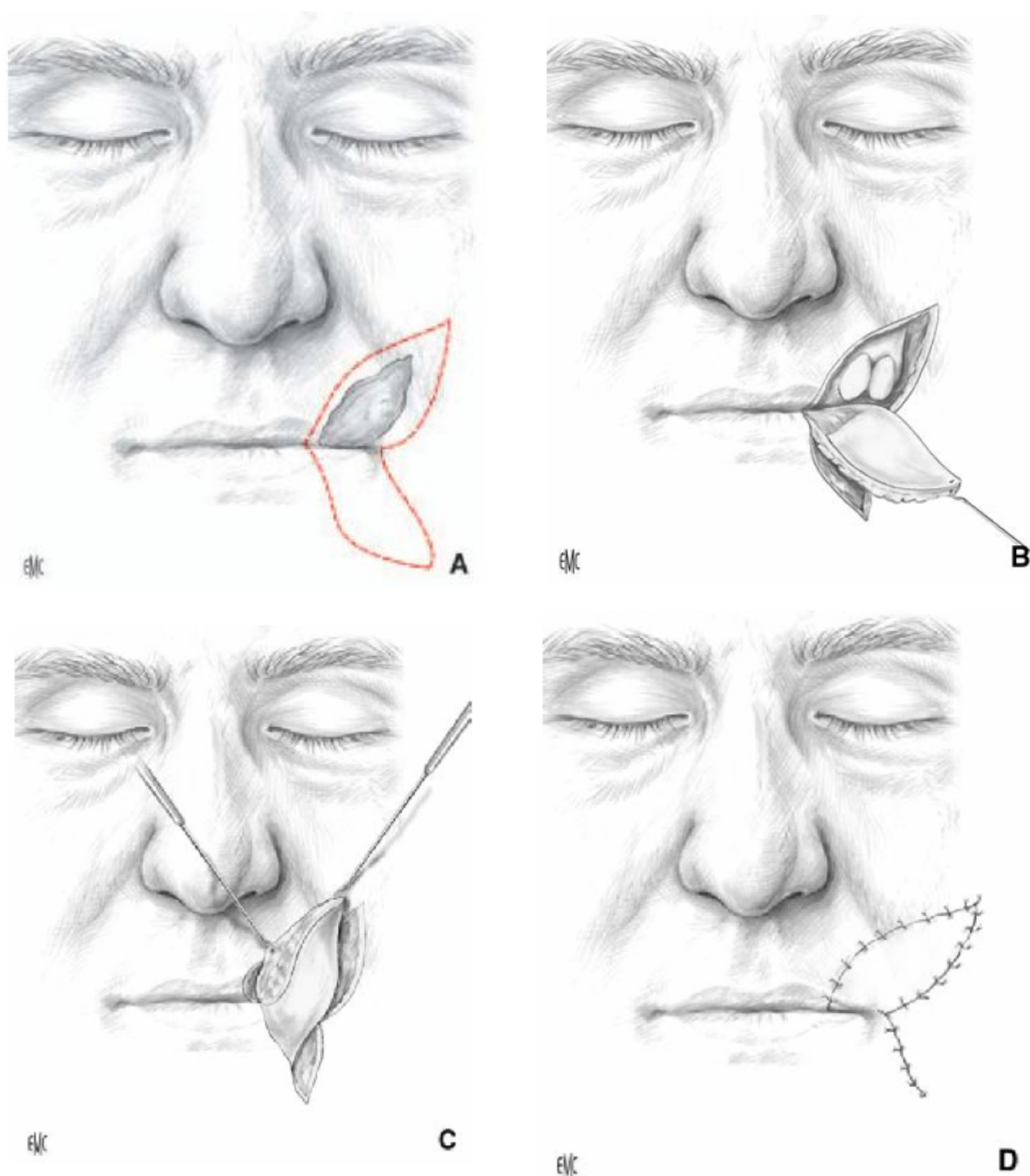


Figure 36. Lambeau d'Estlander [51]

o Technique en escalier de Johanson (Fig. 37)

Les lambeaux sont taillés selon la forme des marches d'escaliers. La perte de substance doit être prolongée de façon parallèle au bord libre de la lèvre, c'est « la semelle » de la première marche. Si les lambeaux sont bilatéraux, la hauteur correspond à celle de lésion ; A suite de la première marche, deux ou trois autres marches sont taillées plus petites (environ 1cm). Seules les deux premières, au maximum, sont transfixiantes [63].

Ils sont utilisés de façon bilatérale pour des pertes de substance de pleine épaisseur intéressant plus de tiers de la lèvre. Ces lambeaux peuvent aussi combler un déficit latéral avec une découpe asymétrique des marches d'escalier.

Cette technique permet :

- La reconstitution d'une lèvre d'amplitude et de coloration satisfaisante tout en conservant une bonne fonction musculaire.
- Avoir un minime déplacement du modiolus.

Inconvénients :

- Une rétrochéliie avec microstomie sont assez souvent retrouvés.

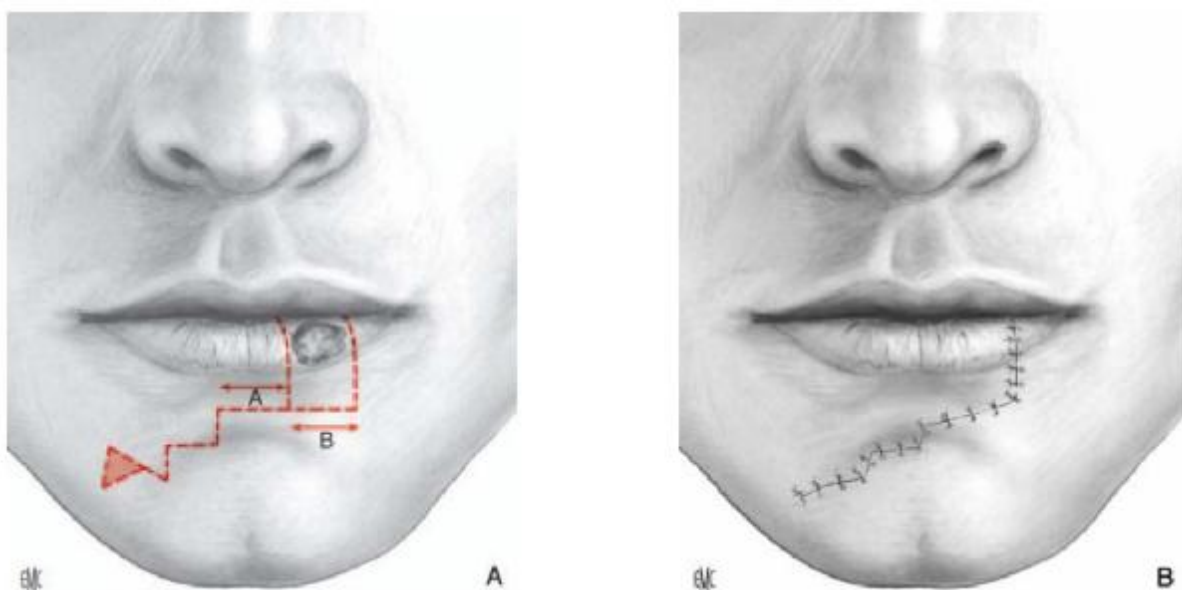


Figure 37. Escaliers de Johanson [51]

Ø Techniques combinées [76]

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.

Ø Réparation de la lèvre rouge

→ Lambeaux muqueux

o Lip shave (Fig. 38)

Le vermillon peut être reconstruit à partir de la muqueuse du plan musculaire qui est décollée jusqu'au vestibule puis amenée par traction douce au niveau de ligne de jonction cutané-muqueuse pour y être suturée.

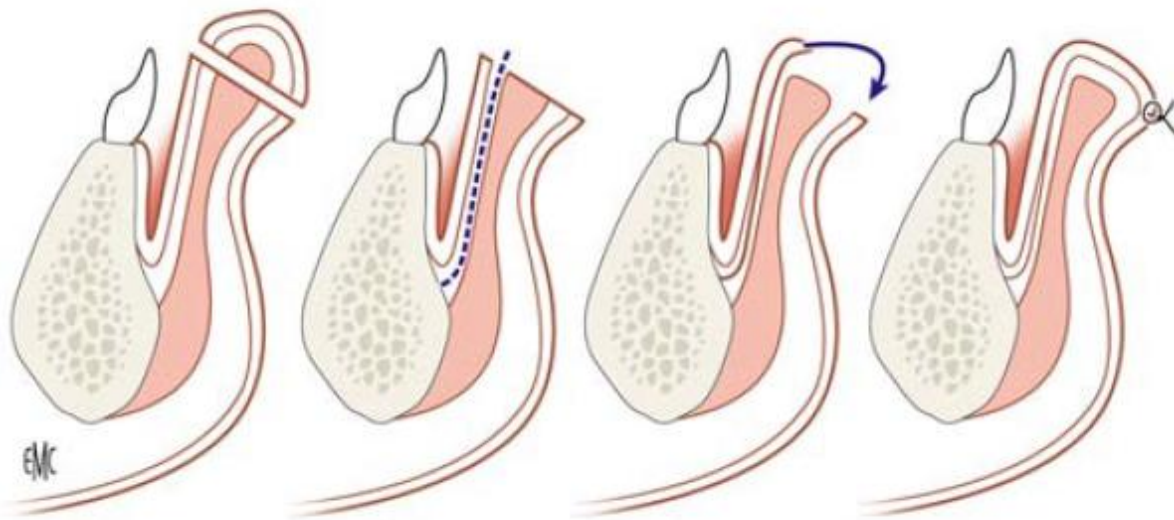


Figure 38. Technique du lip shave après vermillonectomie [76]

o Technique du « rideau » muqueux hétérolabial [76]

Le lambeau utilisé est pédiculé, prélevé sur le versant interne de la lèvre, puis déroulé en « rideau » de dedans en dehors pour être suturé sur la lèvre opposée. Le sevrage se fait après deux à trois semaines. La zone donneuse est reconstruite par glissement de la muqueuse homo-labiale ou par une greffe muqueuse libre.

o Lambeau de face interne de joue [76] (Fig. 39)

Le lambeau utilisé est à pédicule antérieur. Il est prélevé à la face interne de la joue dans la région para-commissurale, en respectant l'orifice du canal de Sténon situé en regard de la deuxième molaire supérieure. Le sevrage s'effectue à la deuxième ou troisième semaine. La zone donneuse peut se refermer directement le plus souvent après le décollement de ses berges.

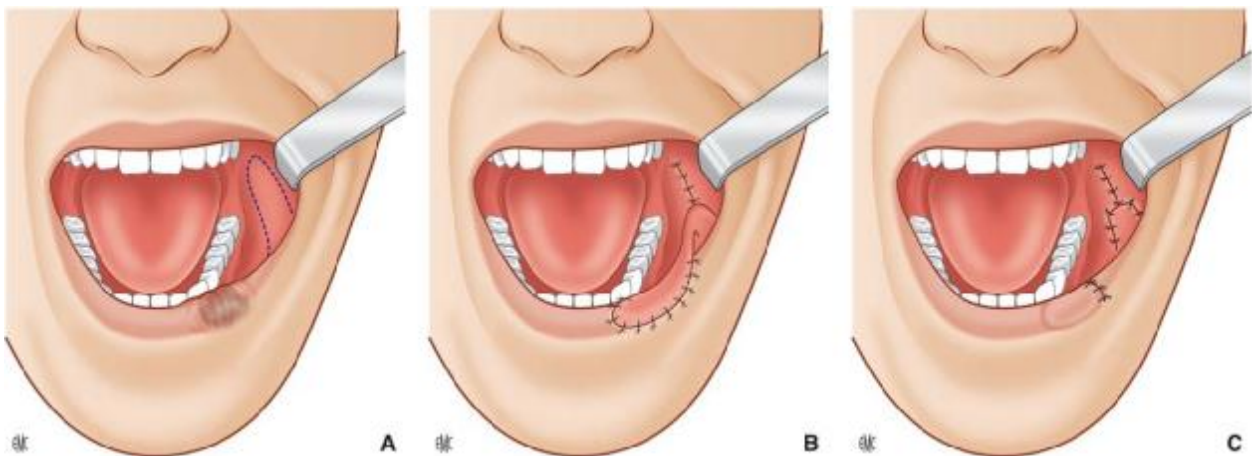


Figure 39. Lambeau de face interne de joue : lambeau pédiculé avec un temps de sevrage après 15 jours [76]

→ Lambeaux myo - muqueux

o Elastic Flap de Goldstein (Fig. 40)

Il s'agit d'un lambeau myo-muqueux centré sur l'artère coronaire labiale qui utilise la lèvre rouge restante.

L'incision externe est faite le long de la ligne de jonction cutanéomuqueuse. Elle passe en profondeur à travers le muscle orbiculaire et se poursuit par l'incision interne qui lui est parallèle.

L'élasticité de ce lambeau permet de reconstruire jusqu'à la moitié de la longueur de la lèvre rouge.

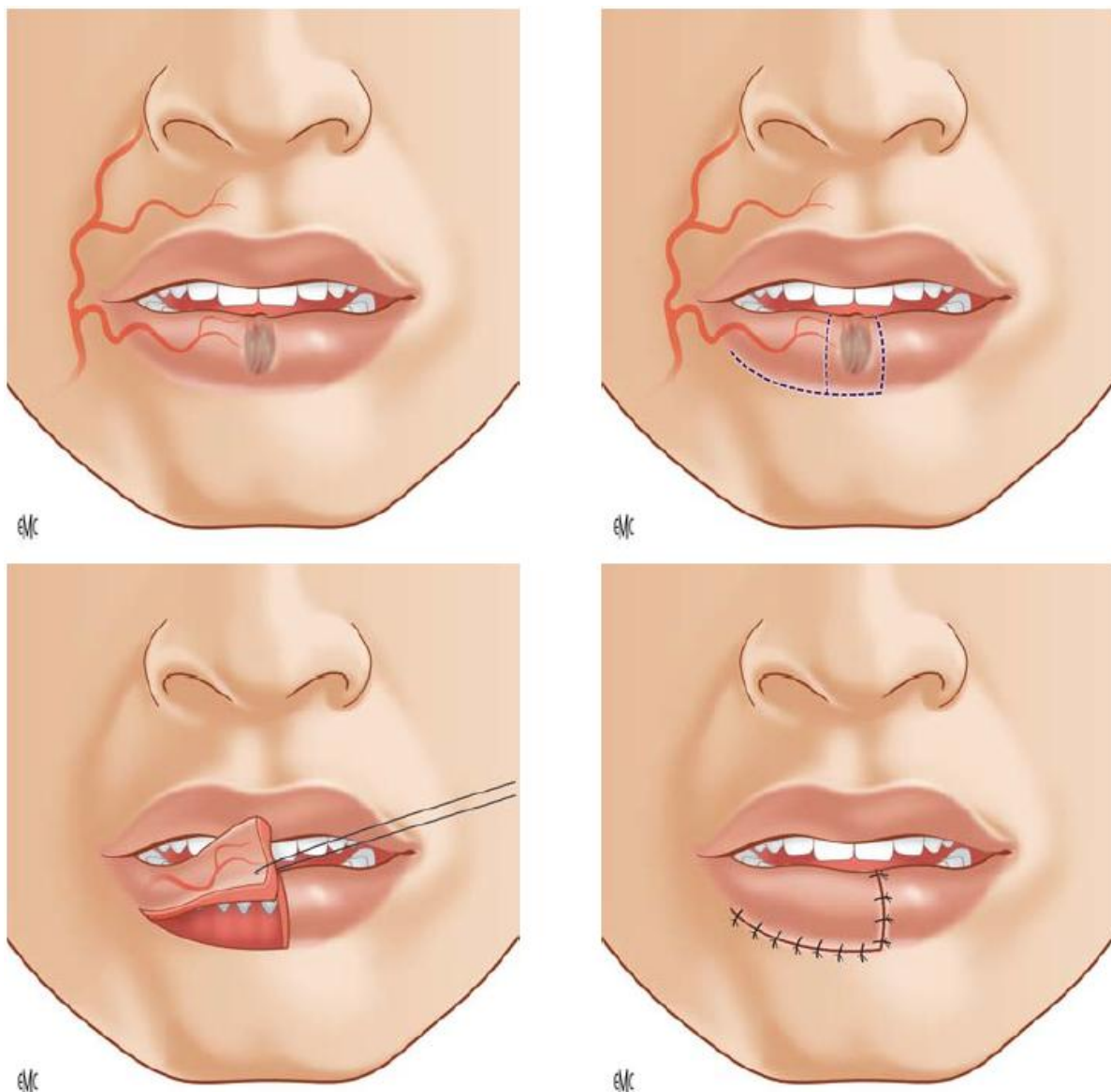


Figure 40. Lambeau myo - muqueux de Goldstein [76]

o Lambeau musculo-muqueux de l'artère faciale (FAMM) [76] (Fig. 41)

C'est un lambeau musculo-muqueux vascularisé par l'artère faciale. C'est le pendant endo-buccal du lambeau naso-génien cutané. Il peut être prélevé à base supérieure ou inférieure. Ce lambeau s'étend du trigone rétro-molaire à la projection endo-buccale de l'aile du nez.

On peut prélever un lambeau de 8 cm de long pour 1 à 2 cm d'épaisseur. La dissection s'effectue de distal en proximal. Après incision de la muqueuse et d'une partie du muscle buccinateur, on repère l'artère faciale qui est liée et sectionnée puis on lève le lambeau en laissant celle-ci à sa face profonde.

Il possède un arc de rotation important rendant compte de ses indications multiples.

La zone donneuse est fermée directement ou laissée en cicatrisation dirigée.

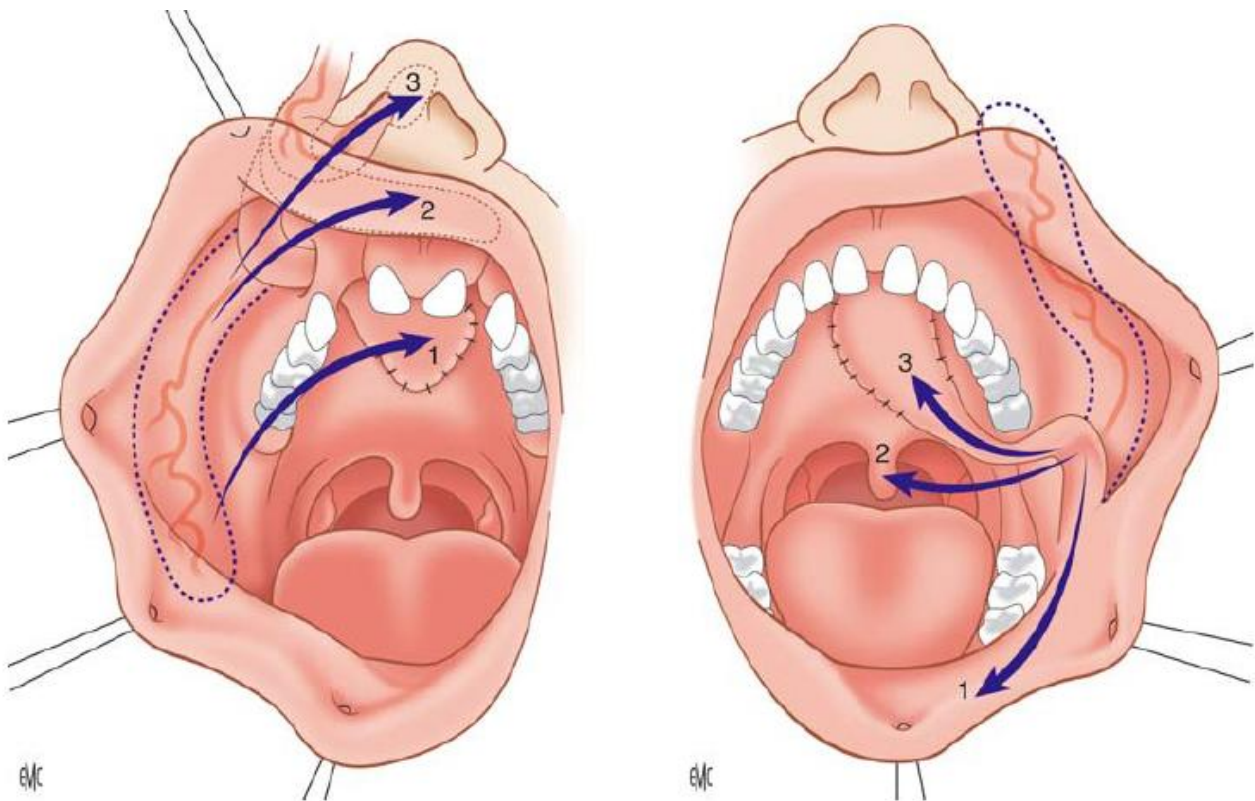


Figure 41. Lambeaux musculo-muqueux de l'artère faciale [76]

→ Lambeaux de langue [76]

La lèvre est richement vascularisée ce qui permet d'y prélever de nombreux lambeaux et de fermer directement le site donneur avec peu de conséquences fonctionnelles. Ces lambeaux sont pédiculés et le sevrage est fait après deux ou trois semaines.

La langue est mobile ce qui permet d'amener progressivement le lambeau à proximité de la perte de substance. Les sutures sont soulagées par leur amarrage sur un point fixe antérieur, le plus souvent au niveau d'une dent.

Cependant, ces lambeaux restent inconfortables et nécessitent une bonne collaboration de la part du patient.

b. Lambeaux à distance

Les pertes de substance dépassant la région labiale nécessitent un recouvrement par des tissus prélevés à distance, représentés par les lambeaux pédiculés et libres.

→ Lambeaux pédiculés :

o Lambeau musculo-cutané pédiculé du grand pectoral (Fig. 42)

La palette cutanée est tracée le long de la ligne acromio-xiphoïdienne, allongée verticalement avec, en général, 1/5 de sa largeur en dehors et 1/5 en dedans. 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. Le relèvement de la palette permet de suivre le pédicule jusqu'au niveau de la clavicule. [76]

Le muscle grand pectoral est le muscle le plus superficiel de la paroi thoracique antérieure. Son prélèvement est simple et rapide.

Il offre une large surface cutanée.

Son artère principale provient de l'artère acromio-thoracique. Cette artère traverse l'aponévrose clavi-pectoro-axillaire

La pilosité est un inconvénient mineur, peu gênante pour le patient.

Il est fiable.

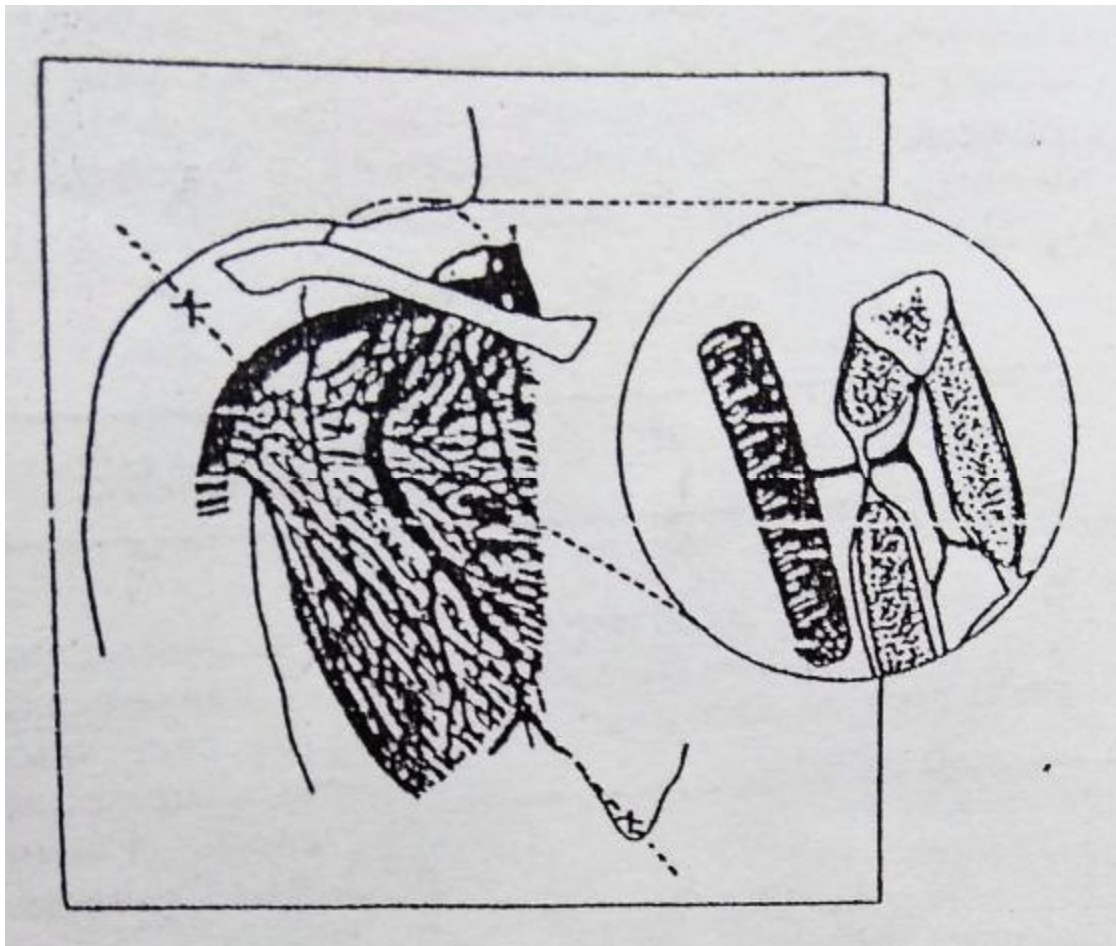


Figure 42. Lambeau pédiculé du grand pectoral [51]

o Lambeau de scalp de Dufourmentel (Fig. 43)

Ce lambeau vascularisé par les vaisseaux temporaux superficiels, peut être uni ou bi pédiculé [67].

Son prélèvement est réalisé soit au niveau de la région pileuse crânienne ou la région frontale glabre. Chez l'homme, la palette utile est située dans le cuir chevelu, pour reconstruire la moustache, et chez la femme, elle doit être située sur le front. Ce lambeau peut également être doublé par une greffe cutanée libre semi-épaisse pour réparer le plan muqueux aussi.

La section du ou des pédicules s'effectue entre la troisième et la quatrième semaine, sa portion non utilisée est remise à sa place [57, 58, 59].

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. La zone donneuse alopecique sera facilement dissimulée par la repousse des cheveux de voisinage et le mode de coiffure.

Si le prélèvement est en zone glabre, le tracé du lambeau restera visible.

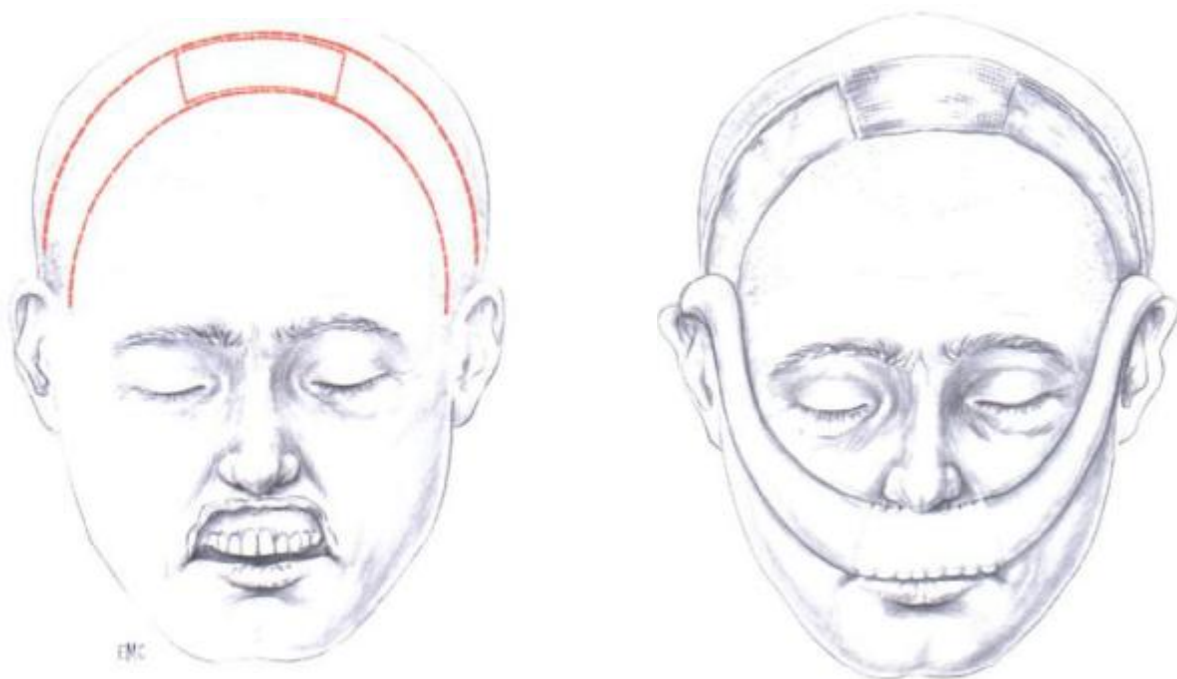


Figure 43. Lambeau de scalp de Dufourmentel [63]

→ Lambeaux libres

Ce sont des lambeaux avec des micro-anastomoses vasculaires réalisées le plus souvent sur les vaisseaux faciaux ou plus à distance sur d'autres branches de l'artère carotide externe, sur la veine jugulaire interne ou sur la veine jugulaire externe [71,73,77]

Les sites donneurs sont nombreux, mais le choix est limité par la texture et l'épaisseur des lambeaux.

On distingue [69,78]:

- o Lambeau fascio-cutané :

Appelé également lambeau « chinois », il est prélevé au niveau anté-brachial radial avec le tendon du petit palmaire.

Il est intéressant pour la finesse des téguments qu'il apporte mais nécessite cependant plusieurs temps de dégraissage et d'ajustement.

La cheiloplastie est assurée par ce lambeau composite avec levée du tendon du petit palmaire qui, tendu d'un néomodiolus à un autre, permet de suspendre en hauteur le lambeau aux structures génienues de voisinage, et d'assurer ainsi la continence salivaire [77].

Les anastomoses de ce lambeau composite sont assurées par l'anastomose entre le nerf mentonnier et le nerf cutané antébrachial qui a été disséqué.

Selon LEE et JANG [83], les résultats du point de vue esthétique et fonctionnel, chez 7 patients, dont la reconstruction était faite par le lambeau chinois sont excellents.

Ce lambeau se caractérise par sa minceur, facilitant le modelage, par son faible poids réduisant le risque de ptôse et par l'absence de pilosité [57,70].

Le seul inconvénient de cette méthode, reste celui occasionné par la prise de ce lambeau au niveau de la zone donneuse.

Lorsque l'atteinte de la région labio-mentonnière est associée à une perte de substance osseuse sous-jacente, on fait appel à des lambeaux ostéo-fascio-cutanés micro-anastomosés. Les critères de choix de ces transplants doivent tenir compte de la taille du segment osseux nécessaire, de la taille de la palette cutanée prélevable avec le transplant et de son indépendance vis-à-vis du segment osseux. Cette indépendance permet le remodelage de la région labiale.

Trois lambeaux peuvent être utilisés pour une telle reconstruction :

- Le lambeau chinois prélevé avec un segment osseux du radius.

Il est indiqué pour des pertes osseuses limitées.

- Le lambeau ostéocutanés de la crête iliaque, il assure un apport tégumentaire important, mais la palette cutanée n'est pas indépendante vis-à-vis du segment osseux.
- Le lambeau ostéo-fascio-cutané du péroné, très intéressant en cas de perte osseuse étendue [70], sa palette cutanée, aponévrotique pure est entièrement indépendante par rapport au segment osseux.

Selon Lebeau [81], ce lambeau assure une bonne solidarité de l'arc mandibulaire.

o Lambeaux cutané-gras :

Prélevés au niveau inguinal, parascapulaire ou scapulaire. Leur épaisseur est généralement trop importante. Ils sont peu utilisés dans la reconstruction des pertes de substances au niveau des lèvres.

VI.4.2 Indications (Fig. 44,45)

Il n'existe pas de consensus dans les indications de reconstruction labiales. Elles dépendent de la taille et de la localisation de la tumeur ainsi que de la fiabilité de la technique.

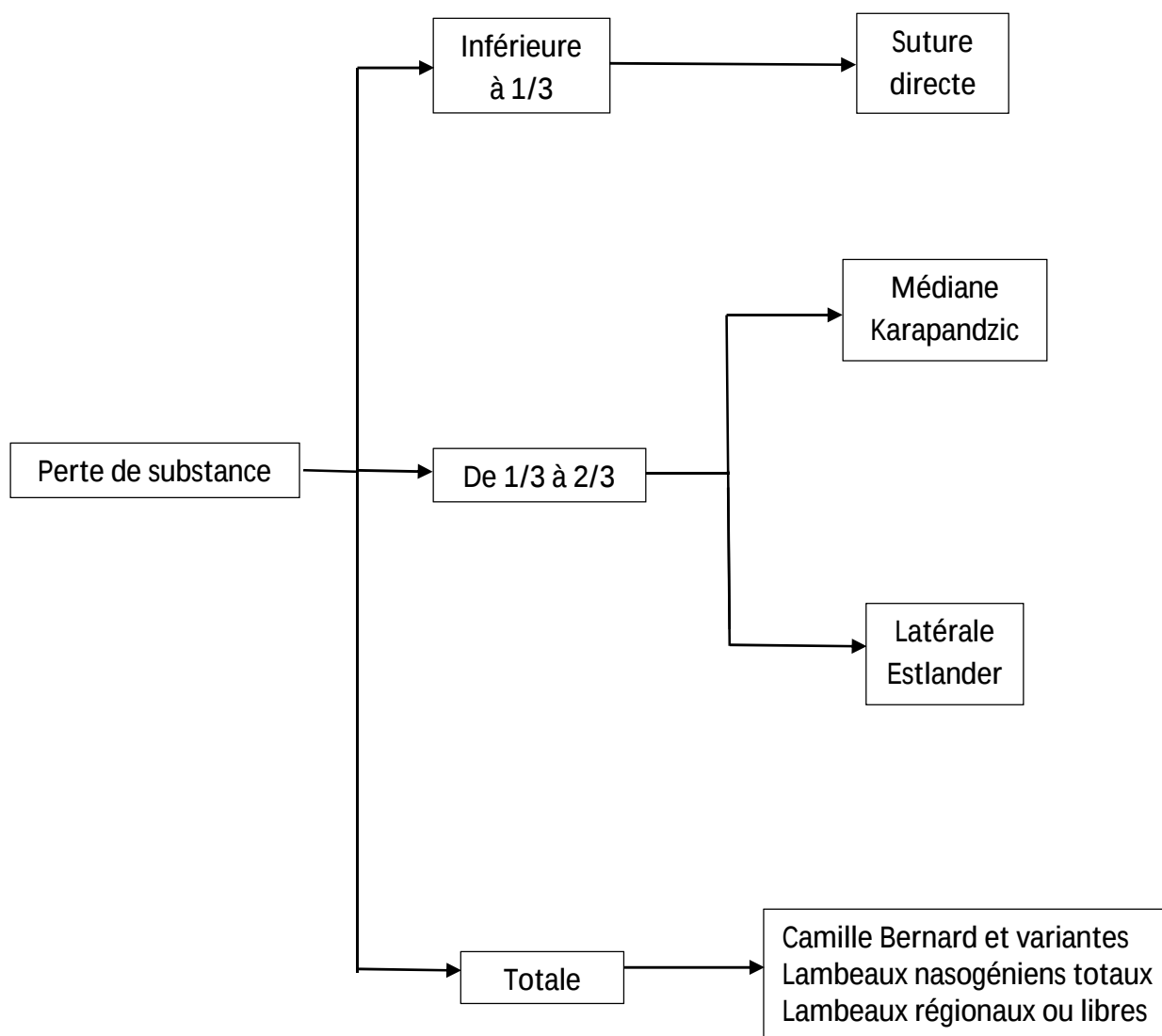


Figure 44. Arbre décisionnel. Conduite à tenir devant une perte de substance de la lèvre inférieure. [76]

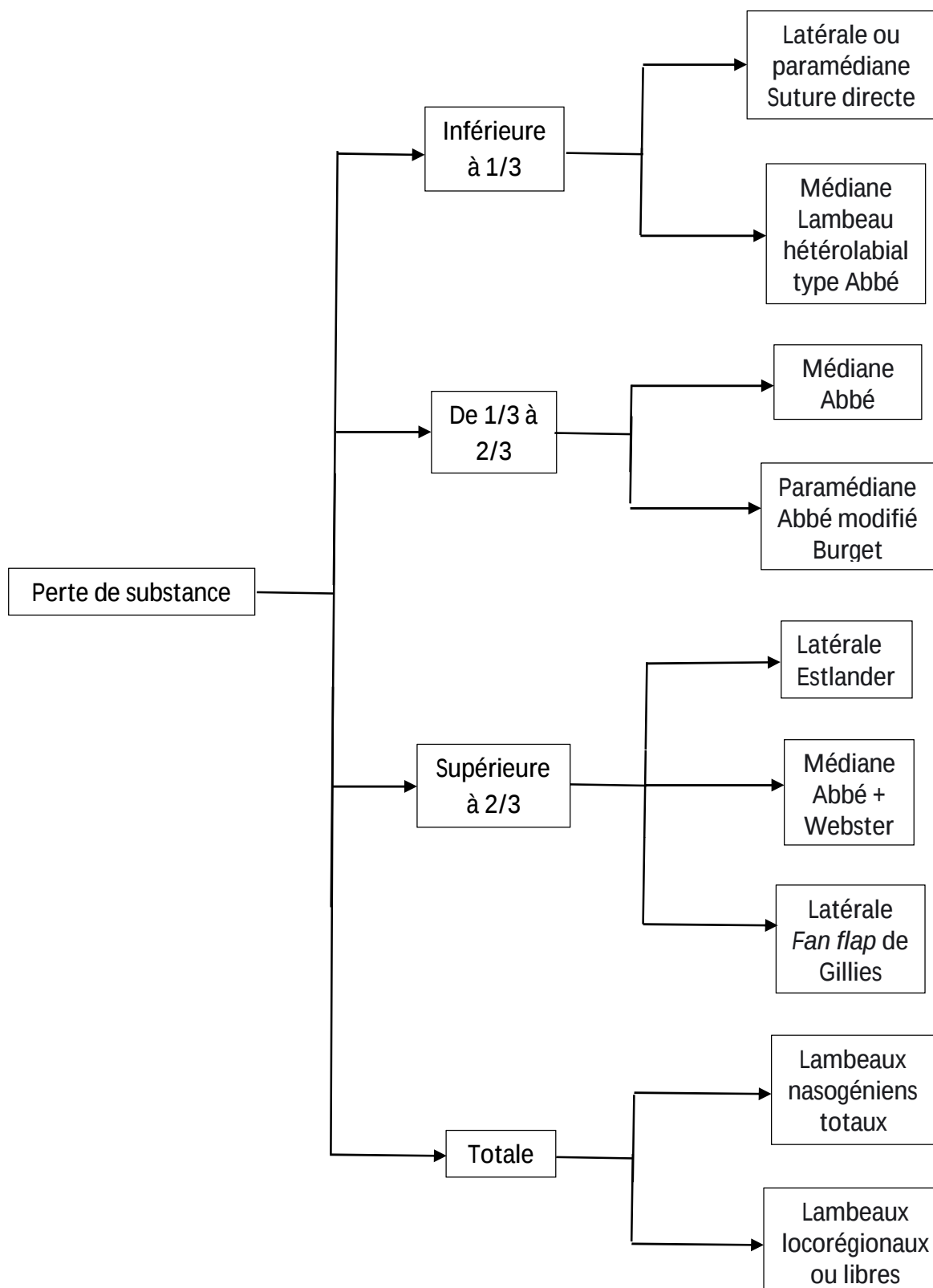


Figure 45. Arbre décisionnel. Conduite à tenir devant une perte de substance de la lèvre supérieure. [76]

Ø Réparation des commissures labiales

L'atteinte de cette région crée des problèmes de réparation. En effet, elle est située dans la zone de prélèvement des lambeaux locaux, c'est pourquoi, on a recours le plus souvent à des lambeaux pris à distance au niveau de la région crânienne, cervicale ou thoracique.

Le lambeau musculo-cutané d'origine thoracique du grand pectoral est actuellement le meilleur procédé de reconstitution de la région commissurale [51,77].

Les lambeaux libres sont aussi utilisables avec une préférence pour les lambeaux libres fins resensibilisables, tel que le lambeau anté-brachial radial ou lambeau « chinois » [77].

→ Commissuroplasties (Fig. 46)

Les commissuroplasties sont destinées à traiter les microstomies séquellaires de la chirurgie réparatrice des tumeurs des lèvres. Ces microstomies surviennent sur des tissus sains, souples et bien vascularisés.

Selon le type et l'importance de la lésion, différents procédés sont possibles. L'important est de reconstruire les trois plans de la lèvre [63,79,80].

- Plan cutané :

On repère un point commissural idéal, une excision d'un triangle cutané est faite ayant le point précédent comme sommet externe, et la jonction cutanéomuqueuse comme base interne.

- Plan musculaire :

Au début, il faut libérer le muscle orbiculaire du plan muqueux, 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 post opératoire la mécanothérapie progressive est débutée pour lutter contre la rétraction secondaire.

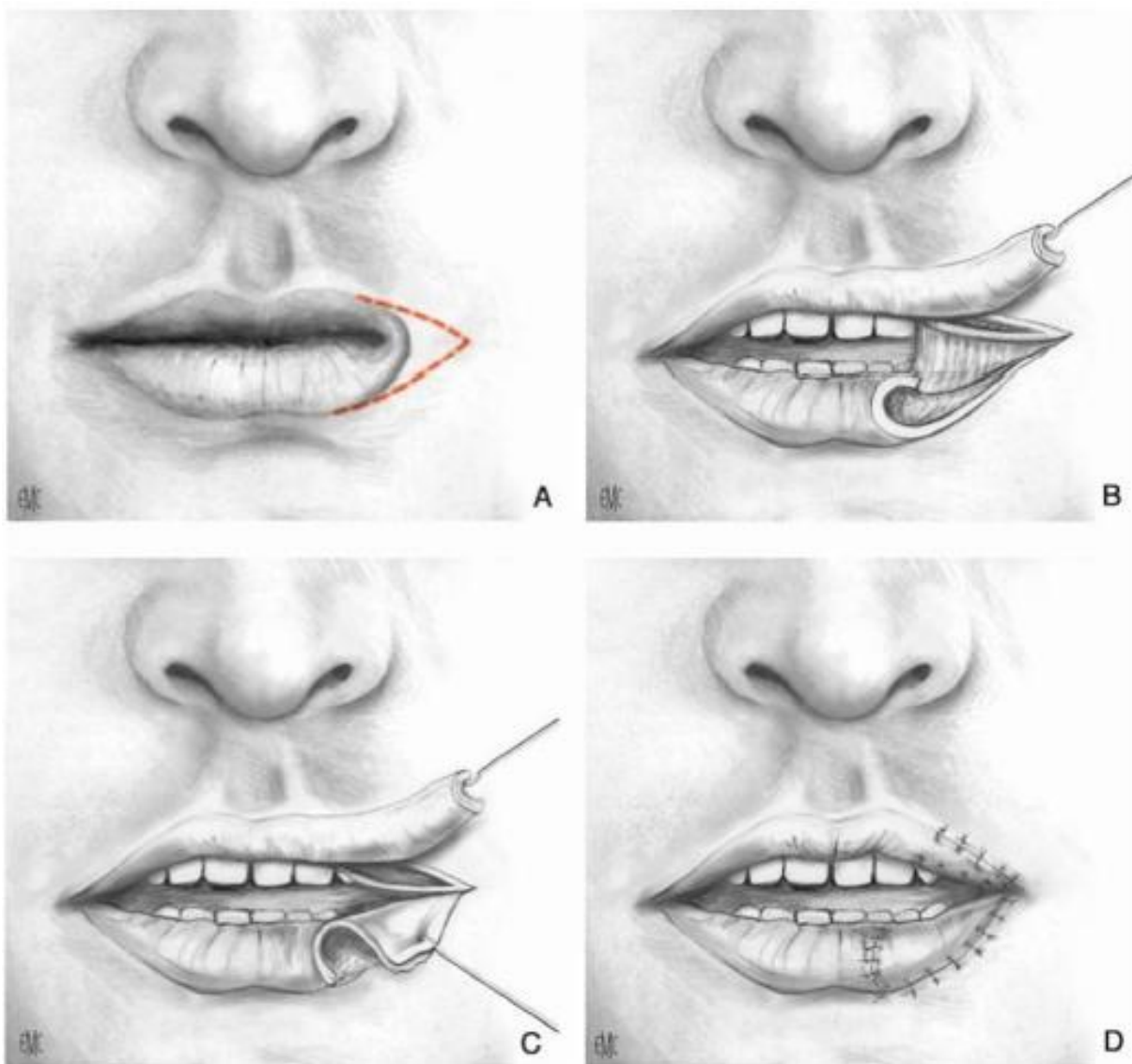


Figure 46. Commissuroplastie selon la technique de Gillies [51]

VI.5 Surveillance :

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

- § Rechercher Une Récidive Ou Une Deuxième Localisation ;
- § Dépister L'apparition De Métastases ;
- § Prendre en charge les éventuelles séquelles et complications tardives.

VI.5.1 Moyens [2,85,87]

Elle repose sur un interrogatoire précis (apparition d'un élément nouveau en particulier algique) et sur un examen clinique soigneux.

Le thérapeute doit vérifier à chaque consultation le sevrage alcool-tabagique. Il doit insister sur le maintien d'une hygiène buccodentaire correcte par brossage quotidien, nettoyage par hydropulseur des espaces interdentaires après chaque repas et bains de bouche antiseptiques répétés.

Dans le cas d'une chirurgie exclusive ou de radiothérapie associée à la chirurgie, le praticien vérifiera à chaque consultation de surveillance l'absence de récurrence locale, d'adénopathie cervicale palpable, l'absence de nouvelle lésion des VADS, et l'aspect des cicatrices.

Dans le cas d'une radiothérapie exclusive, il conviendra d'apprécier la régression tumorale et ganglionnaire. La réponse tumorale est souvent difficile à quantifier à partir de la troisième ou de la quatrième semaine de traitement, dans la mesure où la muqueuse est recouverte d'un exsudat masquant la lésion.

VI.5.2 Rythme

La surveillance post thérapeutique est trimestrielle la première année, semestrielle les deuxième et troisième années, puis annuelle pendant 5 ans [85].

En cours de traitement par radiothérapie, une consultation avec le radiothérapeute doit avoir lieu au moins une fois par semaine. Cette surveillance s'intéresse à la tolérance du patient et à l'efficacité du traitement ; elle se doit aussi d'apporter le soutien psychologique nécessaire et motiver le malade.

VI.6 Complications : [61,76]

VI.6.1 Saignement et hématome

Outre l'infiltration d'anesthésique local adrénaliné, il faut s'efforcer de réaliser l'hémostase de façon très minutieuse. Les artères coronaires doivent être ligaturées avant d'être sectionnées. Les petites branches sont coagulées 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 sans attendre.

VI.6.2 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 rétraction cicatricielle. C'est 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.

VI.6.3 Fistule et 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.

VI.6.4 Problèmes cicatriciels

6.4.1 La cicatrice invaginée

Il faut veiller à éverser les berges lors de la suture cutanée et ne pas hésiter à sur corriger. 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 ».

6.4.2 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 injection intra cicatricielle de corticoïdes retards.

6.4.3 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.

6.4.4 La rétraction cicatricielle

Elle est favorisée par un retard de prise en charge, un parage insuffisant 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.

6.4.5 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.

VI.6.5 Troubles fonctionnels

6.5.1 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.

6.5.2 Microstomie

Elle 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.

VI.6.6 L'anesthésie séquellaire

L'anesthésie est la conséquence d'une lésion directe de petits filets nerveux. Il faut en avertir les patients avant la chirurgie.

NOTRE SERIE

MATERIELS

ET METHODES

I. Matériels

C'est une étude rétrospective qui porte sur l'analyse des dossiers de 40 patients hospitalisés et traités pour cancer des lèvres au sein du service d'ORL et de chirurgie maxillo-faciale de l'Hôpital Omar Drissi de Fès, pendant une période de 6 ans (de juillet 2010 à juillet 2016).

- Les critères d'inclusion sont les suivants :

Patients hommes ou femmes de tout âge, vus pour cancer de la lèvre au service d'oto-rhino-laryngologie de l'Hôpital Omar Drissi de Fès et après confirmation anatomopathologique.

- Les critères d'exclusion sont les suivants :

o Tumeurs bénignes, tumeurs vasculaires.

o Dossiers inexploitable.

o Les dossiers non retrouvés.

II. Méthodes

Pour chaque patient, nous avons noté l'âge, le sexe, la profession, les facteurs de risque des tumeurs malignes des lèvres et le reste des antécédents ainsi que les motifs et le délai de consultation.

L'examen maxillo-facial et ORL a permis de préciser les caractéristiques de la tumeur. La palpation des aires ganglionnaires et l'examen général ont permis de rechercher une dissémination loco-régionale et à distance.

Des examens paracliniques ont été effectués selon les orientations cliniques afin de compléter le bilan d'extension.

Tous nos patients ont été traités chirurgicalement au service. Le suivi lors des consultations au service consistait en un examen ORL et général.

Tous ces éléments figurent dans la fiche d'exploitation type établie à cet effet.

L'analyse de ses données a été effectué dans SPSS version 13.0.

Et la saisie du texte a été faite en utilisant Word 2016.

IDENTITE	
- Nom : - Prénom : - Age : - Sexe : M ☐ F ☐ - Phototype : - Profession:	- Date d'entrée : - NE : - NO :
ANTECEDENTS	
- Tabac : ☐ - Alcool : ☐ - Pipe : ☐ - Tics de succion : ☐ - Prothèse dentaire : ☐ - caries : ☐ - candidose buccale : ☐ - parodontopathie : ☐ - Maladie inflammatoire : oui ☐ non ☐ - Autres:	
MOTIF DE CONSULTATION	
- Tuméfaction : oui ☐ non ☐ - Ulcération : oui ☐ non ☐ - Saignement : oui ☐ non ☐	
DELAI DE CONSULTATION	
- Entre 0 et 6 mois : ☐ - Entre 6mois et 1 an : ☐ - Plus à 1an : ☐	

Analyse clinique et paraclinique

EXAMEN CLINIQUE

Description de la tumeur :

• Aspect macroscopique :

• Examen de la cavité buccale :

• Limites :

• Mobilité :

• Taille :

* < 1/3 : droit ☐ moyen ☐ gauche ☐

* 1/3 < X < 2/3 : ☐

* > 2/3 : ☐

• Localisation :

* Lèvre sup : oui : ☐ non : ☐ si oui : lèvre blanche : ☐ lèvre rouge : ☐ vermillon : ☐

* Lèvre inf : oui : ☐ non : ☐ si oui : lèvre rouge : ☐ lèvre blanche : ☐ vermillon : ☐

* Commissure dte : ☐

* Commissure gche : ☐

Examen ORL :

• Otoscopie :

• Autres :

DIAGNOSTIC ANATOMOPATHOLOGIQUE

• Sur biopsie simple : Carcinome baso-cellulaire ☐ Carcinome épidermoïde ☐

Autres ☐

• Sur biopsie exérèse : Carcinome baso-cellulaire ☐ Carcinome épidermoïde ☐

Autres ☐

• Compte rendu :

BILAN D'EXTENSION

Clinique :

• Local :

La face interne de joue : oui ☐ non ☐

La mandibule : oui ☐ non ☐

Le vestibule nasal. Aile du nez : oui ☐ non ☐

• Régional :

ADP cervicales : oui ☐ non ☐

• A distance :
.....

Paraclinique :

• Radiographie pulmonaire :

• Echographie cervicale :

• TDM :

• Echographie abdominale

• Autres :

CLASSIFICATION T :

N :

M :

PRISE EN CHARGE			
EXERESE TUMORALE : • Marge de sécurité en mm : • Données anatomopathologiques : - Marges d'exérèse : Complète ☐ Incomplète ☐ - Diagnostic : Carcinome baso-cellulaire ☐ Carcinome spino-cellulaire ☐ - Autres ☐ CURAGE GANGLIONNAIRE *oui : ☐ * non : ☐ Type : Fonctionnel ☐ Radical ☐ MODE DE REPARATION DE LA PERTE DE SUBSTANCE : • Délai : - Immédiat ☐ Différé ☐ • Suture directe : ☐ • Lambeaux loco-régionaux ☐ -Type • Lambeaux à distance ☐ -Type SUITES POSTOPERATOIRES : • Immédiates : • Moyen terme : • Long terme : TRAITEMENT ADJUVANT : • Radiothérapie : • Chimiothérapie : • Autres : SUIVI : <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top; padding: 5px;"> RESULTATS CARCINOLOGIQUES : • 3 mois : • 6 mois : • 1 an : </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top; padding: 5px;"> RESULTATS ESTHETIQUES ET FONCTIONNELS • 3 mois : • 6 mois : • 1 an : </td> </tr> </table>		RESULTATS CARCINOLOGIQUES : • 3 mois : • 6 mois : • 1 an :	RESULTATS ESTHETIQUES ET FONCTIONNELS • 3 mois : • 6 mois : • 1 an :
RESULTATS CARCINOLOGIQUES : • 3 mois : • 6 mois : • 1 an :	RESULTATS ESTHETIQUES ET FONCTIONNELS • 3 mois : • 6 mois : • 1 an :		

RESULTATS

I. Etude Epidémiologique

I.1. Répartition selon l'âge : (Fig. 47)

L'âge moyen de nos 40 patients était de 66 ans.

Les âges extrêmes étaient 32 et 90 ans.

La répartition de nos malades par tranches de 10 ans nous a permis de dresser l'histogramme ci-joint :

- La fréquence la plus élevée se situe entre 61 - 70 ans.

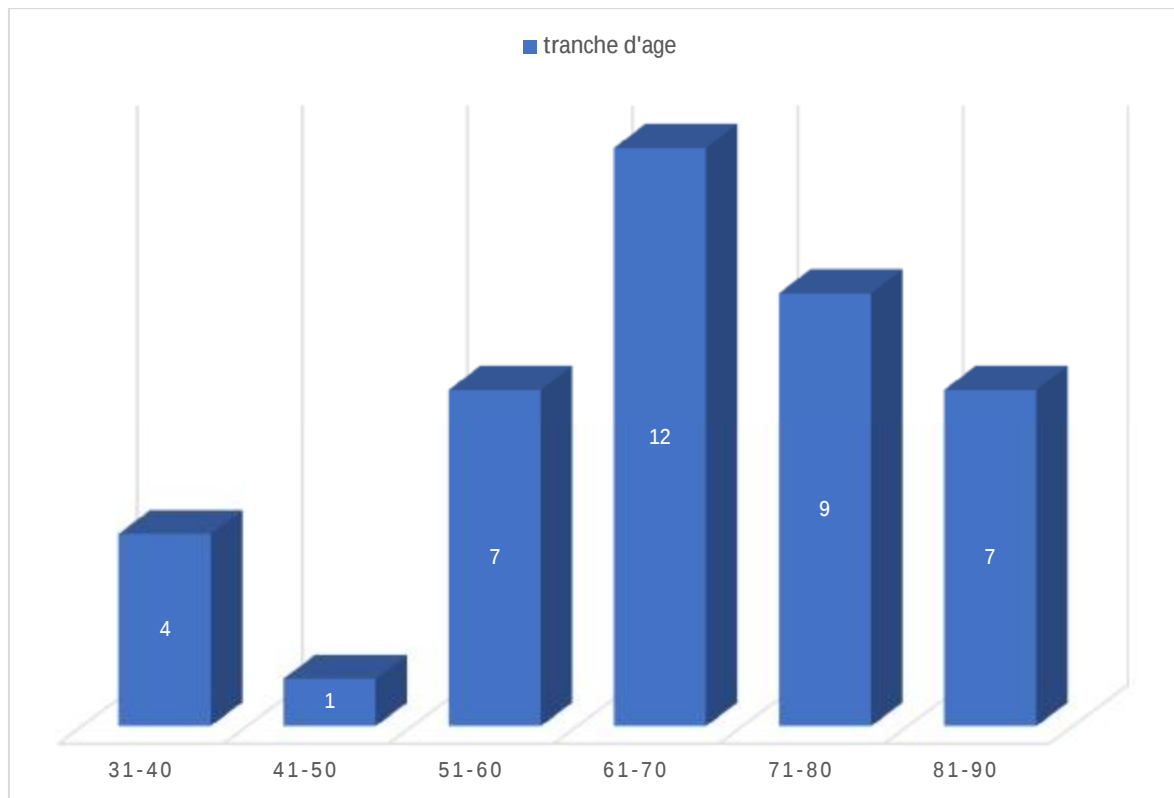


Figure 47. Répartition des patients par tranche d'âge

I.2. Répartition selon le sexe (Fig. 48)

Dans notre série, on note une nette prédominance masculine ; 29 hommes atteints contre 11 femmes soit un sexe ratio de 2,6. Ceci s'expliquerait par la prédominance des facteurs de prédisposition chez l'homme.

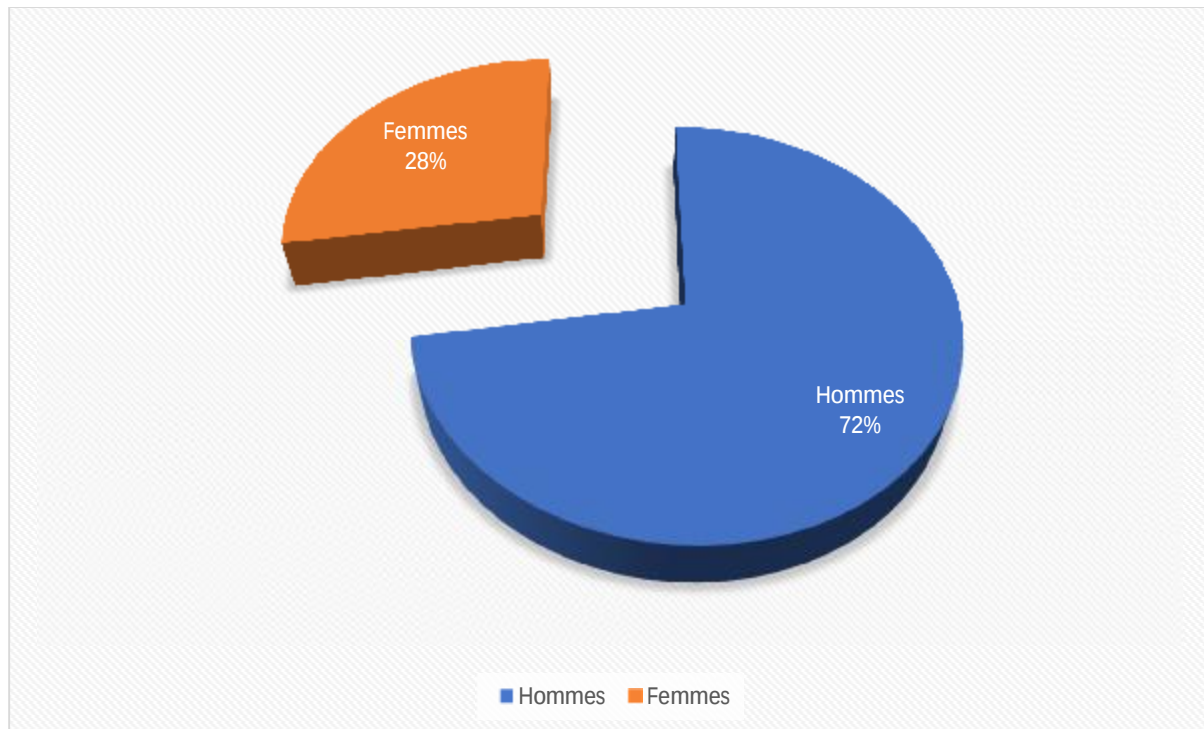


Figure 48. Répartition des patients selon le sexe

II. Facteurs de risque

II.1. Tabac

L'intoxication tabagique a été retrouvée chez 18 patients, soit 45% de l'ensemble des malades.

II.2. Exposition solaire

30% de nos patients avait une notion d'exposition solaire prolongée.

II.3. Etat bucco-dentaire

Un mauvais état bucco-dentaire était noté chez 27.5% des patients sous forme de caries dentaires et de parodontopathies.

II.4. Autres

Un état pré-néoplasique a été retrouvé chez 12 patients soit 30% ; il s'agit de 7 chéilites actiniques, 4 chéilites tabagiques et un cas de lupus érythémateux chronique

L'intoxication alcoolique a été retrouvée chez 3 patients soit 7.5%.

Tableau 5 : Facteurs de risque selon le sexe

Facteurs de risque	Tabagisme	Alcoolisme	Mauvais état bucco-dentaire	Exposition solaire répétée	Etats prénéoplasiques
Nombre de cas	18	3	11	12	12
Sexe masculin	17	3	9	10	6
Sexe féminin	1	0	2	2	6

III. Données cliniques

III.1 Motif de consultation

22 patients ont consulté pour une tuméfaction labiale, qui était source de gêne lors de l'alimentation et de la phonation. Cette tuméfaction était associée à un saignement dans 40% des cas.

18 patients ont accusé une ulcération labiale douloureuse.

Tous les malades se sont adressés directement à notre service, pour prise en charge initiale, sans aucun geste chirurgical et sans irradiation préalable.

Tableau 6 : Motifs de consultation des patients

Motifs de consultation	Nombre de cas
Tuméfaction seule	13
Tuméfaction + saignement	9
Ulcération	18

III.2 Délai de consultation (Fig. 49)

Le délai de consultation variait de 2 mois à 2 ans.

Le délai moyen était de : 7 mois

- 15 patients ont consulté avant 6 mois.
- 14 patients ont consulté dans un délai entre 6mois et 1 an.
- 11 patients ont consulté tardivement après 1 an.

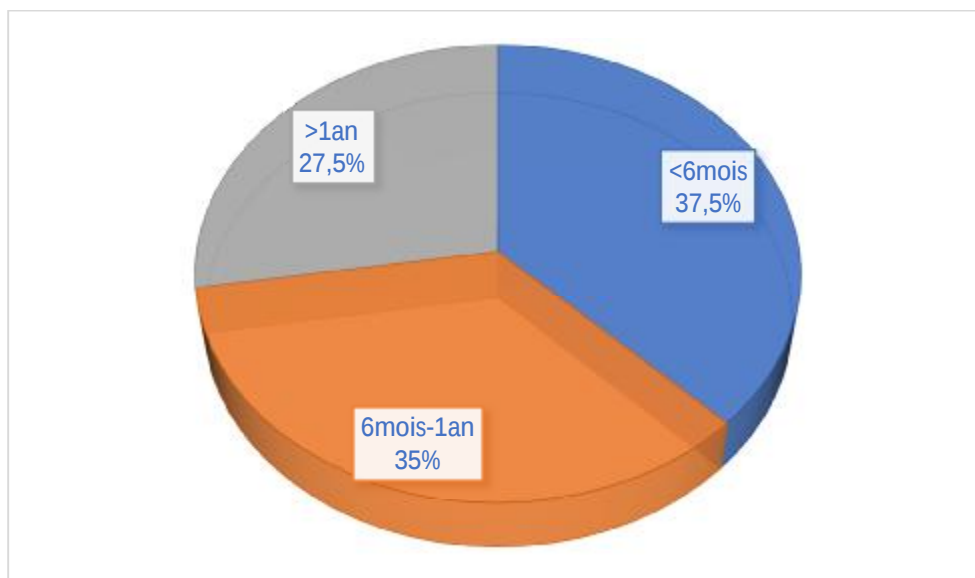


Figure 49. Délai de consultation des patients

III.3. Examen clinique

III.1.1. Sièges de la tumeur

La localisation au niveau de la lèvre inférieure était la plus fréquente (60% des cas), suivie par la localisation au niveau de la commissure labiale (17,5% des cas), les formes étendues (12,5% des cas) et la lèvre supérieure (10% des cas).

Tableau 7: Sièges de la tumeur

Siège	lèvre supérieure	lèvre inférieure	commissure	Formes étendues
Nombre de cas	4	24	7	5



Figure 50. Carcinome épidermoïde de la lèvre inférieure [62]



Figure 51. Carcinome basocellulaire de la lèvre supérieure [62]

III.1.2. Taille

Par rapport à la longueur de la lèvre, la taille de la tumeur était :

Inférieure à un tiers chez 13 patients soit (32,5%) ;

Entre un tiers et les deux tiers chez 17 patients (42,5%) ;

Supérieure aux deux tiers chez 10 patients (25%) ;

III.1.3. Aspect macroscopique (Fig. 52)

Dans notre série, l'aspect macroscopique de la tumeur était variable :

ulcéro-bourgeonnant chez 22 patients, ulcéreux chez 16 patients, tandis que l'état bourgeonnant a été retrouvé chez 2 patients.

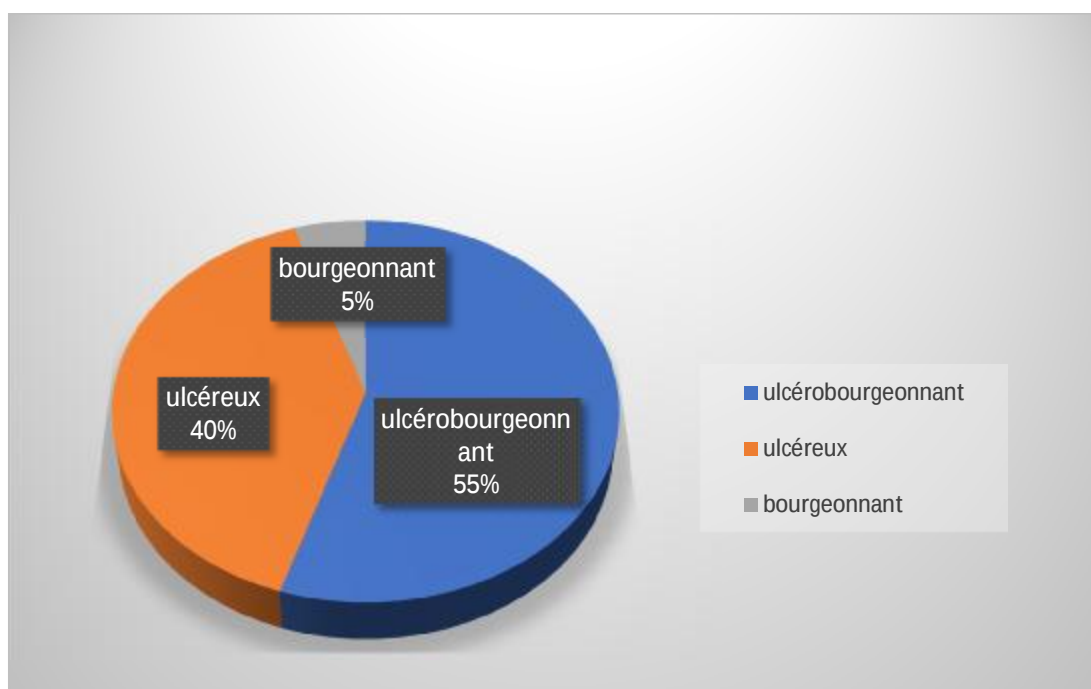


Figure 52. Aspect macroscopique de la tumeur

IV. Histopathologie

IV.1. Matériel biopsique

Tous les patients ont eu une biopsie tumorale avant tout geste thérapeutique.

La biopsie était pratiquée sous anesthésie locale en utilisant de la xylocaïne à 2%, injectée autour de la lésion, et non en plein coeur de celle-ci, afin d'empêcher toute dilacération artificielle des tissus.

Les fragments ont été prélevés en pleine lésion, en évitant les territoires nécrotiques, suffisamment volumineux (0,5 à 1 cm de long en moyenne), et suffisamment profonds intéressant l'épithélium, et le chorion sous-jacent.

IV.2. Fixation et envoi des biopsies

On pratiquait des fixations rapides, avec des quantités suffisantes de liquide (en moyenne 10 fois le volume du fragment). On vérifiait toujours que le fragment était correctement immergé.

Les fixateurs les plus utilisés étaient le liquide de Bouin (mélange d'acide picrique, de formol et d'acide acétique) ou le formol du commerce dilué de moitié.

IV.3. Etude anatomopathologique (Fig. 53)

L'étude anatomopathologique a montré deux types de tumeurs :

Des épithéliomas spino-cellulaires chez 32 patients, soit 80% des cas ;

Des épithéliomas baso-cellulaires dans 8 cas (20%) ;

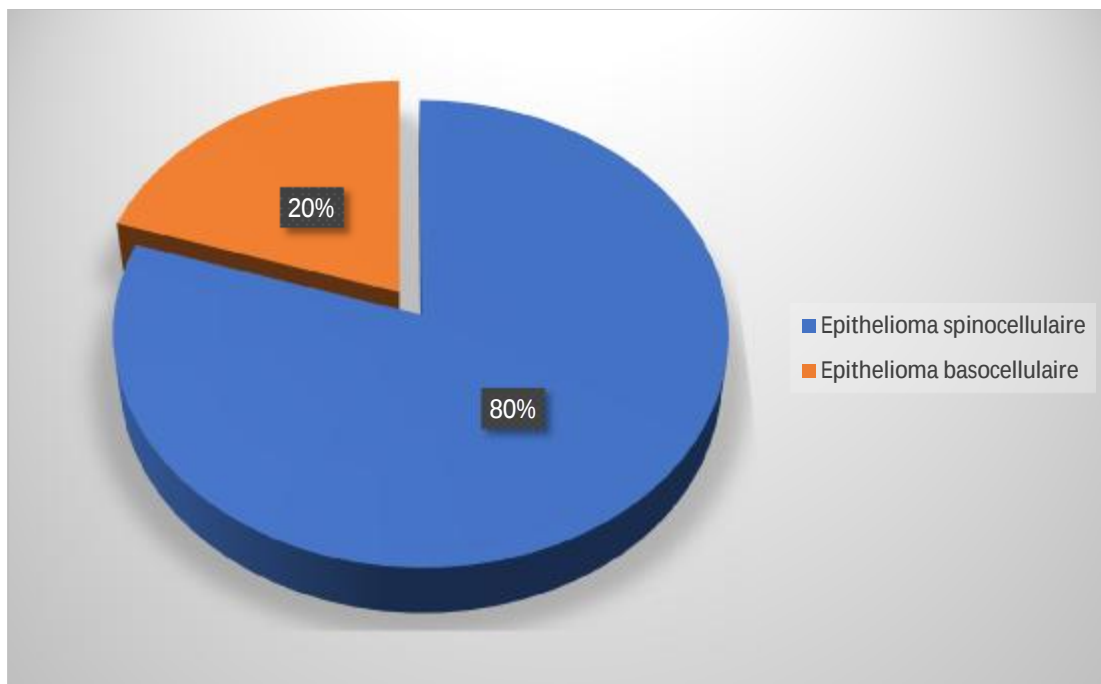


Figure 53. Type histologique

V. Bilan d'extension

V.1. Clinique

Ø Locale

Tableau 8 : Extension locale selon le siège

	Lèvre inférieure	Lèvre supérieure	Commissure	Formes étendues
Face interne de la joue	1	0	1	4
Mandibule	1	0	0	2
Vestibule nasale	0	1	0	0



Figure 54. Epithélioma de la lèvre inférieure avec envahissement de la mandibule

[62]

Ø Régionale

Tableau 9 : Extension régionale selon le siège

Siège de la tumeur	Patients ayant des ADPs cervicales
Lèvre inférieure	15
Lèvre supérieure	0
Commissure	6
Formes étendues	5

Aucune adénopathie n'a été notée pour les patients ayant une localisation tumorale au niveau de la lèvre supérieure.

Aucune autre localisation ORL n'a été trouvée chez nos patients.

Ø A distance

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

Ø Etat général

La majorité de nos patients étaient en bon état général.

1 patient présentait une hypertension artérielle qui était contrôlée sous traitement anti-hypertenseur.

1 autre patient présentait un diabète type 1 qui était contrôlée sous insuline.

Une patiente a été opérée pour un néo du sein, avec antécédent de radiochimiothérapie.

V.2. Paraclinique

V.2.1. Panoramique dentaire

Elle a été demandée chez 7 patients qui avaient une tumeur à proximité de la mandibule.

Cet examen a permis d'évaluer l'état buccodentaire et n'a montré aucune lyse osseuse.

V.2.2. Radiographie pulmonaire

Elle a été réalisée systématiquement, et revenue normale chez tous les patients.

V.2.3. Echographie cervicale

Elle a été faite chez tous les malades présentant un carcinome épidermoïde. Elle a permis de confirmer la présence d'adénopathies cervicales dans 26 cas.

V.2.4. Tomodensitométrie faciale

La TDM cervico-faciale a été effectuée dans 7 cas. Elle a permis de confirmer l'extension aux structures osseuses (Fig. 55) dans 5 cas et l'absence d'atteinte locorégionale dans 2 cas.

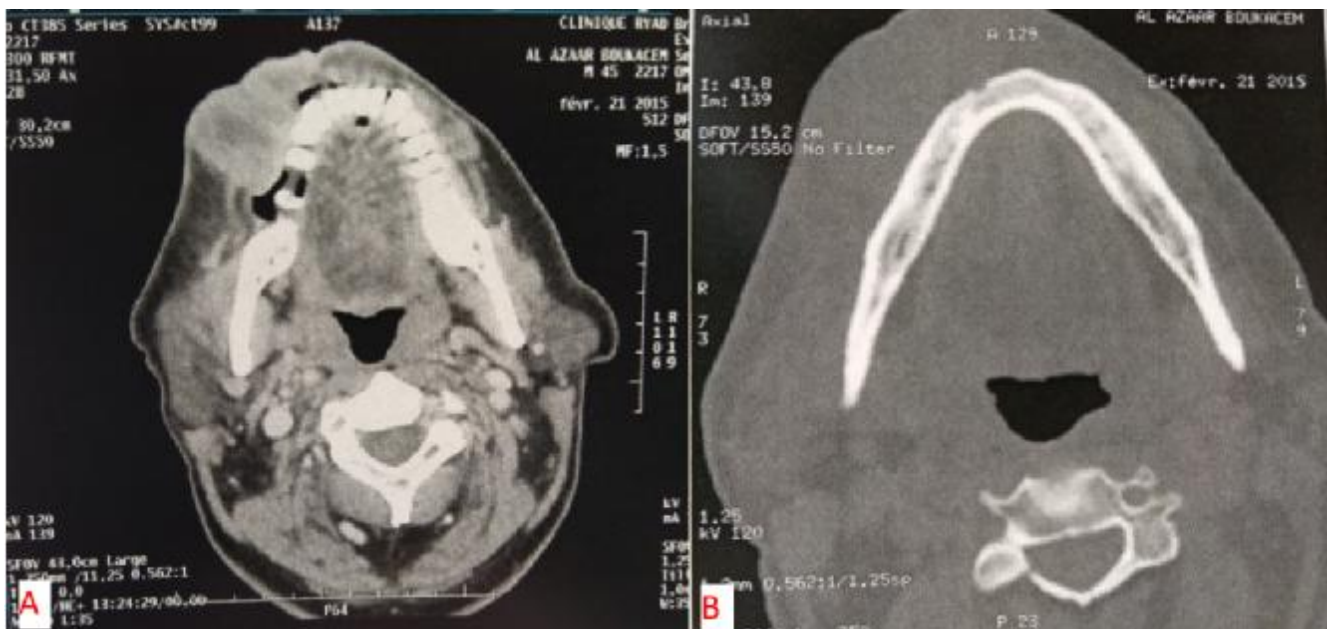


Figure 55. Coupes axiales d'une TDM cervico-faciale [62]

A : TDM avec injection montrant la tumeur de la lèvre inférieure droite

B : TDM montrant une discrète lyse de la corticale de l'os mandibulaire

VI. Classification TNM

VI.1. Tumeur

70% de nos malades avaient des tumeurs classées T1 ou T2, alors que 30% avaient des tumeurs classées T3 ou T4.

Le tableau 8 résume les données sur la taille tumorale :

Tableau 10 : Répartition en fonction de la taille de tumorale

Taille de la tumeur	Nombre de cas	%
T1	13	32.5
T2	15	37.5
T3	7	17.5
T4	5	12.5

VI.2. Adénopathies

Chez les 32 cas ayant des carcinomes épidermoïdes, 6 patients n'avaient aucune adénopathie palpable soit 19%, et ont été classés N0.

Parmi les 26 patients ayant des adénopathies palpables ; neuf cas ont été classés N1, 17 cas classés N2.

Le tableau ci-dessous résume l'état ganglionnaire des 32 patients :

Tableau 11 : Etat ganglionnaire

Adénopathies	Nombre de cas	%
N0	6	19
N1	9	28
N2	17	53
N3	0	0

VI.3. Métastases

L'ensemble de nos patients était classé M0.

Le tableau suivant résume la classification TNM des 32 cas de carcinomes épidermoïdes.

Tableau 12 : Classification TNM des cas de carcinomes épidermoïdes

	N0	N1	N2A	N2B	N2C	N3	Total
T1	5	2	5	0	0	0	12
T2	1	5	1	1	2	0	10
T3	0	2	0	3	0	0	5
T4	0	0	1	2	2	0	5

VII. Bilan pré thérapeutique

VII.1. Clinique

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

VII.2. Biologique

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

- Hémogramme,
- Bilan d'hémostase,
- Groupe rhésus,
- Urée, créatinémie,
- Glycémie à jeun.

VII.3. Radiologique

Pour évaluer l'opérabilité de nos patients, on demandait systématiquement une radiographie pulmonaire ainsi qu'un électrocardiogramme chez les patients âgés.

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

VIII. Traitement

VIII.1. Médical

Tous nos patients ont reçu des soins locaux, des antiseptiques buccaux, des traitements antalgiques et des antibiotiques.

VIII.2. Chirurgical

VIII.2.1. Exérèse tumorale

L'exérèse tumorale a été réalisée chez tous nos patients (32 CE et 8 CBC) en respectant une marge de 1 cm pour les CE et 8 mm pour les CBC sclérodermiiformes.

VIII.2.2. Curage ganglionnaire cervical

Dans notre série, le curage ganglionnaire a été réalisé chez 26 de nos patients.

Le curage radical a été effectué chez 4 patients. Le curage fonctionnel a été effectué chez 22 patients.

Le curage ganglionnaire était bilatéral dans 10 cas de tumeurs étendues aux 2/3 de la lèvre inférieure et aux structures de voisinages.

VIII.2.3. Reconstruction de la perte de substance

Le traitement chirurgical des tumeurs malignes des lèvres peut causer des pertes de substance qu'il faut réparer afin que le patient puisse récupérer une lèvre fonctionnelle et esthétique.

L'attitude du service concernant les techniques de réparation était influencée par la localisation tumorale et l'étendue de la perte de substance.

La reconstruction a eu lieu dans le même temps opératoire que l'exérèse tumorale chez tous nos patients.

Plusieurs techniques ont été utilisées :

2.3.1 Suture directe (Fig. 56)

La fermeture par suture directe de la perte de substance a été réalisée chez 19 patients : 12 classés T1 et 7 classés T2.

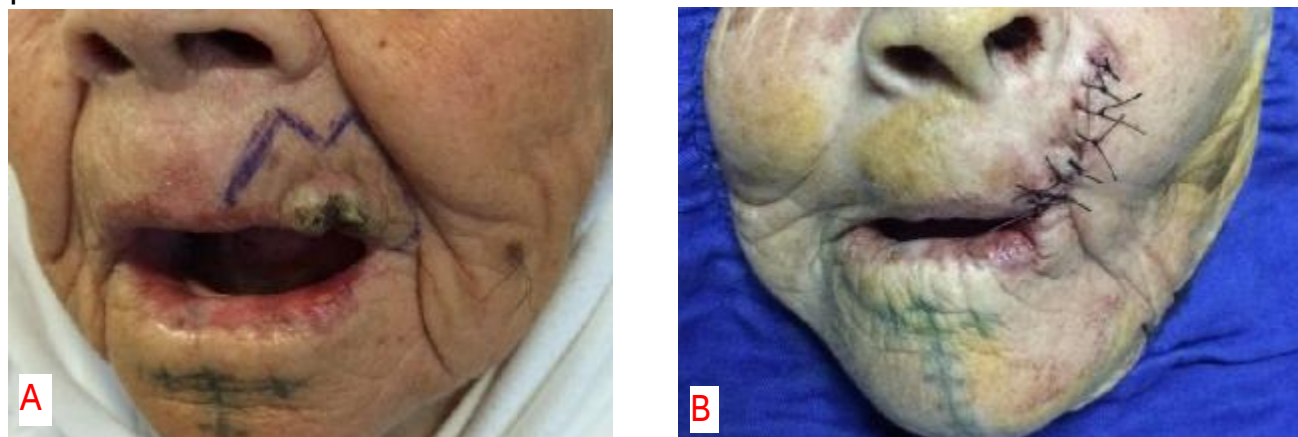


Figure 56[62] : A : Carcinome basocellulaire de la lèvre supérieure

B : Aspect post opératoire immédiat de l'exérèse-sutures en W

2.3.2 Lambeau locorégionaux

La reconstruction de la perte de substance a fait appel à des lambeaux locorégionaux chez 14 patients.

- Le lambeau de Karapandzic (Fig. 58) a permis la reconstruction chez 8 patients.
- Le lambeau de Camille Bernard (Fig. 60) a été utilisé trois fois.
- Le lambeau de Webster (Fig. 59) a été utilisé deux fois.
- Le lambeau d'Abbé (Fig. 57) a été utilisé une seule fois

Tableau 13 : Reconstruction par lambeaux locorégionaux

Technique de reconstruction	Nombre de cas	Stades
Lambeau de Karapandzic	8	T2,T3
Lambeau de Camille Bernard	3	T3,T4
Lambeaux de Webster	2	T1,T2
Lambeau d'Abbé	1	T2

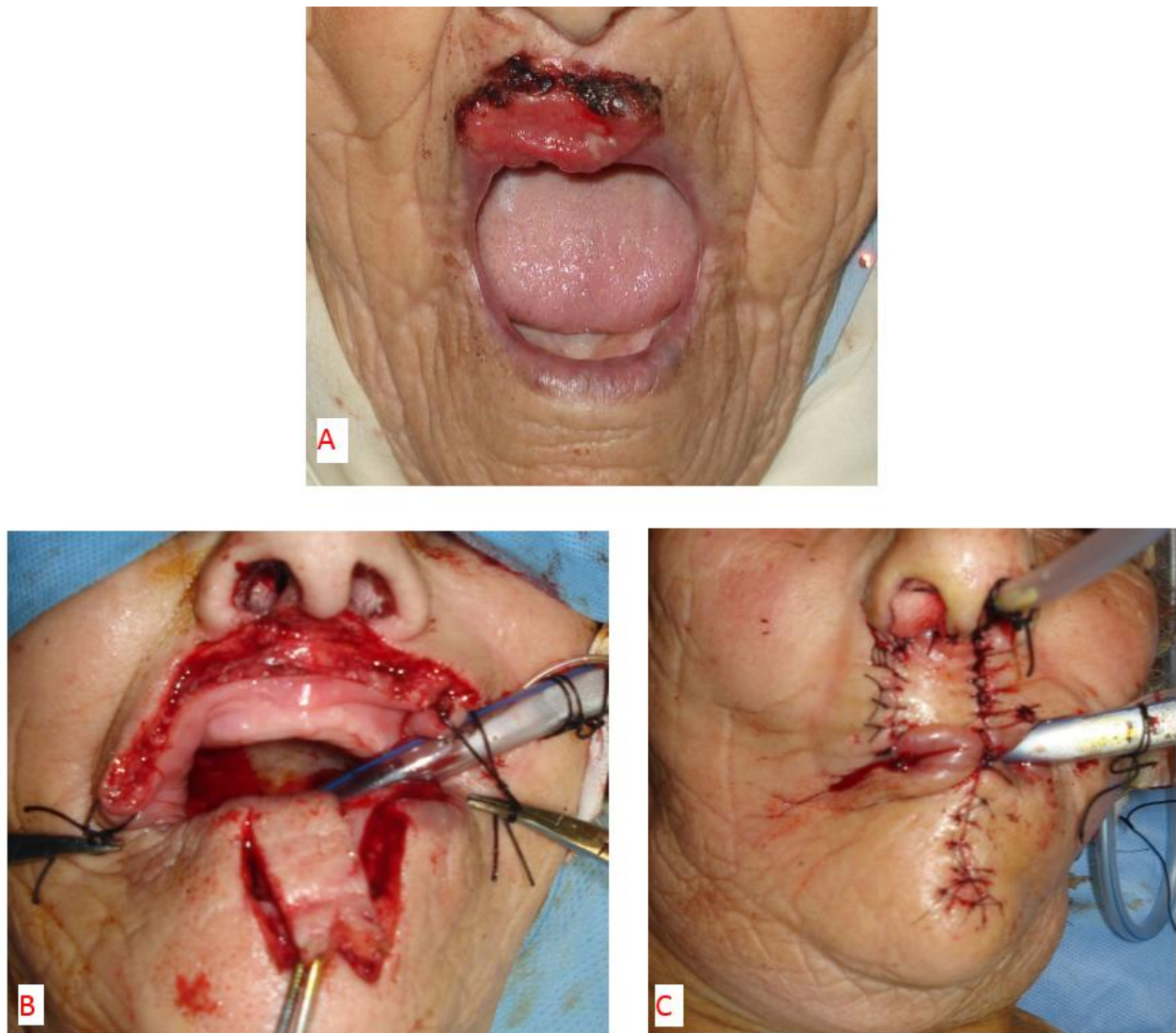


Figure 57[62] :

A : Carcinome basocellulaire de la lèvre supérieure

B : Réparation de la perte de substance par lambeau d'Abbé

C : Résultat post opératoire immédiat du lambeau d'Abbé



Figure 58[62] :

A : Carcinome épidermoïde de la lèvre inférieure

B : Résultat post opératoire immédiat du lambeau de Karapandzic



Figure 59[62] :

A : Carcinome basocellulaire de la lèvre supérieure

B : Exérèse tumorale

C : Résultat post opératoire immédiat du lambeau double de Webster

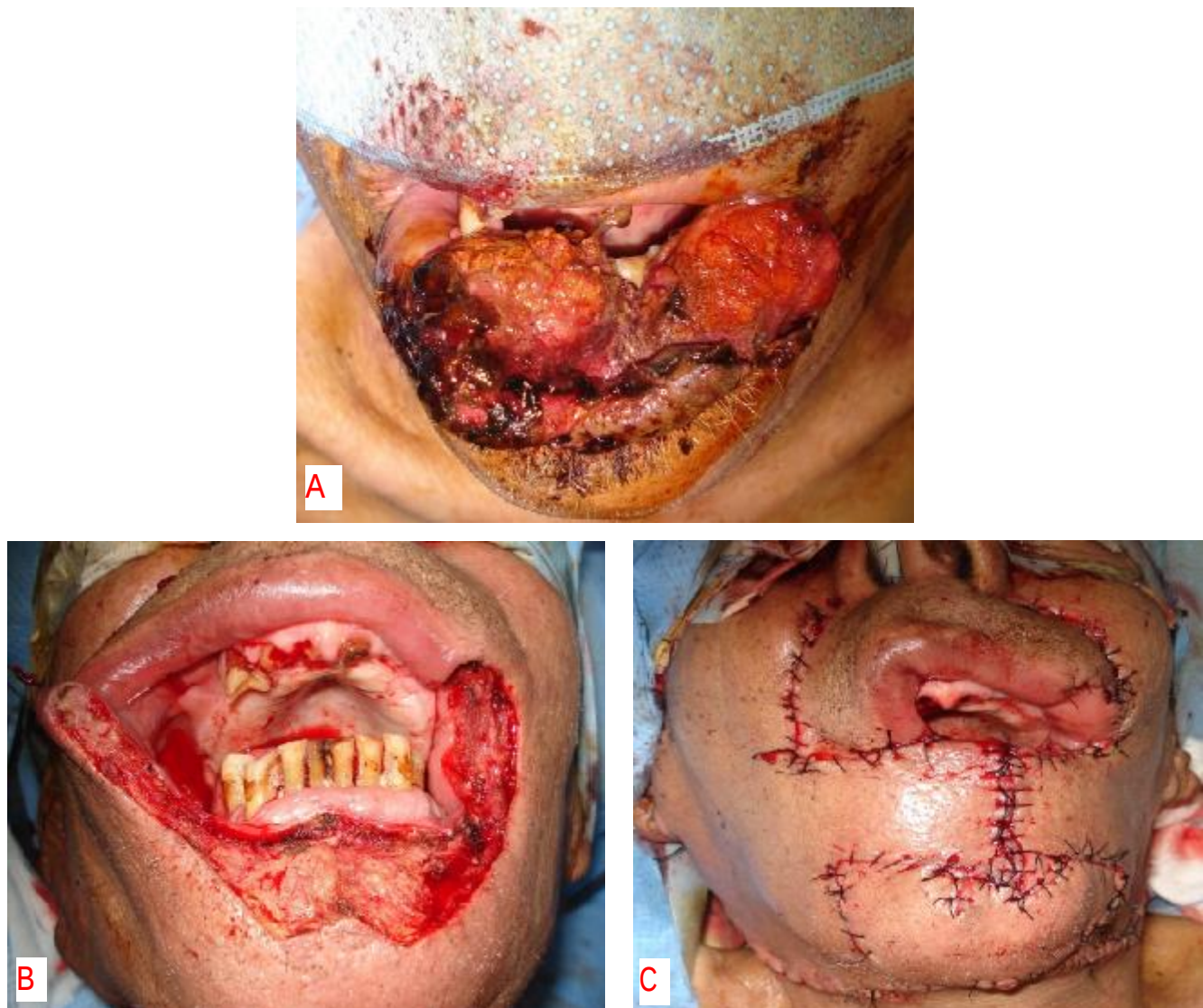


Figure 60[62] :

A : Carcinome épidermoïde de la lèvre inférieure

B : Exérèse tumorale

C : Résultat post opératoire immédiat du lambeau de Camille Bernard

2.3.3 Lambeaux à distance

La reconstruction par lambeau à distance a été effectuée chez 7 patients.

Tableau 14 : Reconstruction par lambeau à distance

Technique de reconstruction	Nombre de cas	Stade
Lambeau du grand pectoral (Fig. 61)	7	T3,T4

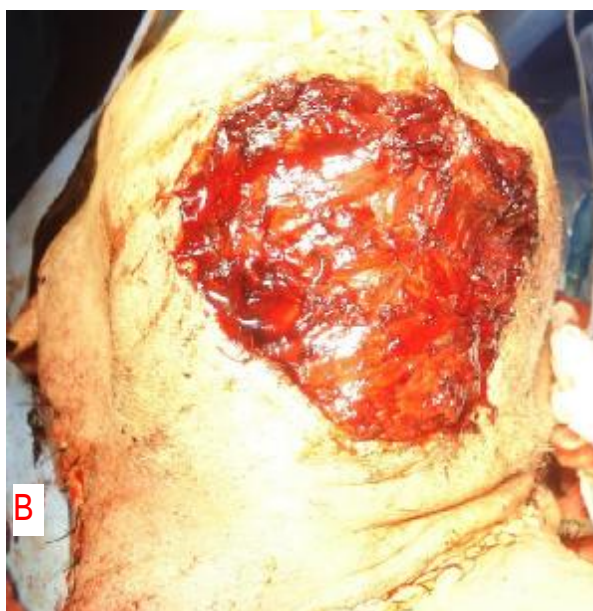


Figure 61[62].

A : Carcinome épidermoïde labiomentonnière

B : Lambeau en place

C : Résultat après un mois de la reconstruction par lambeau grand pectoral

VIII.3. Radiothérapie

La radiothérapie était associée à la chirurgie dans 4 cas soit 10% des cas. Elle a été indiquée dans deux cas devant un envahissement histologique ganglionnaire, et dans les deux autres cas de résection passée en zone tumorale.

La radiothérapie externe a été réalisée à la dose moyenne de 50 Gy (45–65) pour le lit tumoral et les aires ganglionnaires.

Aucune curiethérapie n'a été faite dans notre série, ni à titre exclusif, ni en complément de la radiothérapie externe.

VIII.4. Chimiothérapie

Dans notre série, il n'y avait aucune indication à la chimiothérapie.

⇒ Au total : la chirurgie seule a été préconisée dans notre série pour 34 cas, soit 85%.

La chirurgie associée à la radiothérapie a été indiquée dans 4 cas, soit 10% : il s'agissait de 2 cas d'envahissement ganglionnaire histologique ; et dans deux cas la résection était passée en zone tumorale.

La réparation des pertes de substances labiales faisait appel en dehors des situations où les sutures simples étaient possibles (47,5%), à des lambeaux loco-régionaux (35%), ou à distance (17,5%). (Fig. 62)

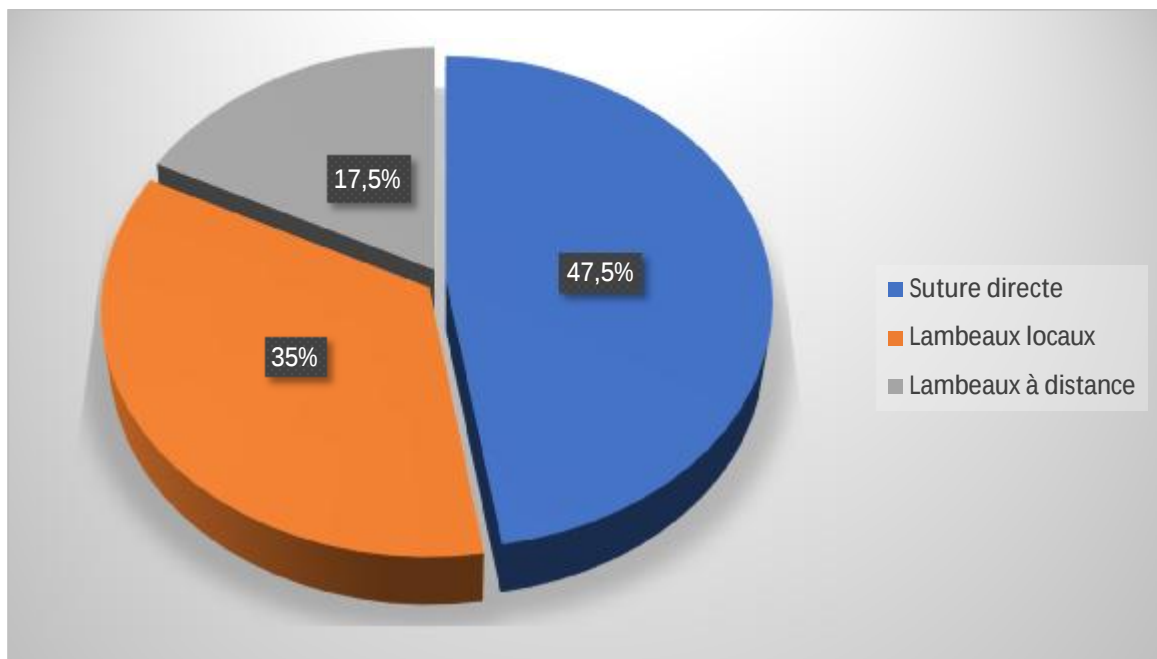


Figure 62. Techniques de reconstruction

IX. Soins post-opératoires

Une sonde gastrique a été mise en place pour les stades (T2, T3, T4) en per-opératoire et conservée pendant 10 jours, permettant une alimentation entérale et la cicatrisation endo-buccale.

Une antibiothérapie prophylactique à base d'une association amoxicilline-acide clavulanique a été prescrite pendant une semaine. Des bains de bouche ont été préconisés trois fois par jours pendant une période de 15 jours.

Les redons aspiratifs ont été enlevés lorsqu'ils ramenaient moins de 10cc/jour 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 J 10 du post opératoire.

X. Résultats histologiques définitifs

Tableau 15 : Résultats histologiques définitifs des CE

	Carcinome épidermoïde bien différencié	Carcinome épidermoïde moyennement différencié	Limites saines	Limites tumorales
Nombre de cas	30	2	30	2

Tableau 16 : Résultats histologiques définitifs des CBC

	Carcinome basocellulaire nodulaire	Carcinome basocellulaire sclérodermique	Limites saines	Limites tumorales
Nombre de cas	4	4	8	0

XI. Evolution

La surveillance post-opératoire a été faite à court, moyen et long terme avec un rythme d'une consultation tout les 3 mois pendant la première année, tous les six mois pendant deux ans, et puis une fois par an pendant 5 ans.

XI.1. Paramètres de surveillance

Les paramètres recherchés lors de ces consultations étaient focalisés sur :

- Dans l'immédiat : recherche de complications secondaires à la chirurgie et à la radiothérapie.
- 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 de séquelles fonctionnelles et esthétiques ainsi que des complications de la radiothérapie.

XI.2. Résultats

XI.2.1. A court terme

Deux patients ont présenté une surinfection locale avec fistule salivaire jugulée par des traitements médicaux.

Un patient a présenté une surinfection avec lâchage des sutures ayant nécessité une reprise chirurgicale des sutures après tarissement de l'infection.

XI.2.2. A moyen terme

Sur le plan fonctionnel, 7 patients ont présenté une incontinence labiale.

Un patient a présenté une limitation de l'ouverture buccale ne gênant pas l'alimentation ni l'élocution.

Six patients ont présenté une microstomie (Fig. 62) dont trois ont eu une commissuroplastie, celle-ci leur a permis une ouverture buccale satisfaisante.

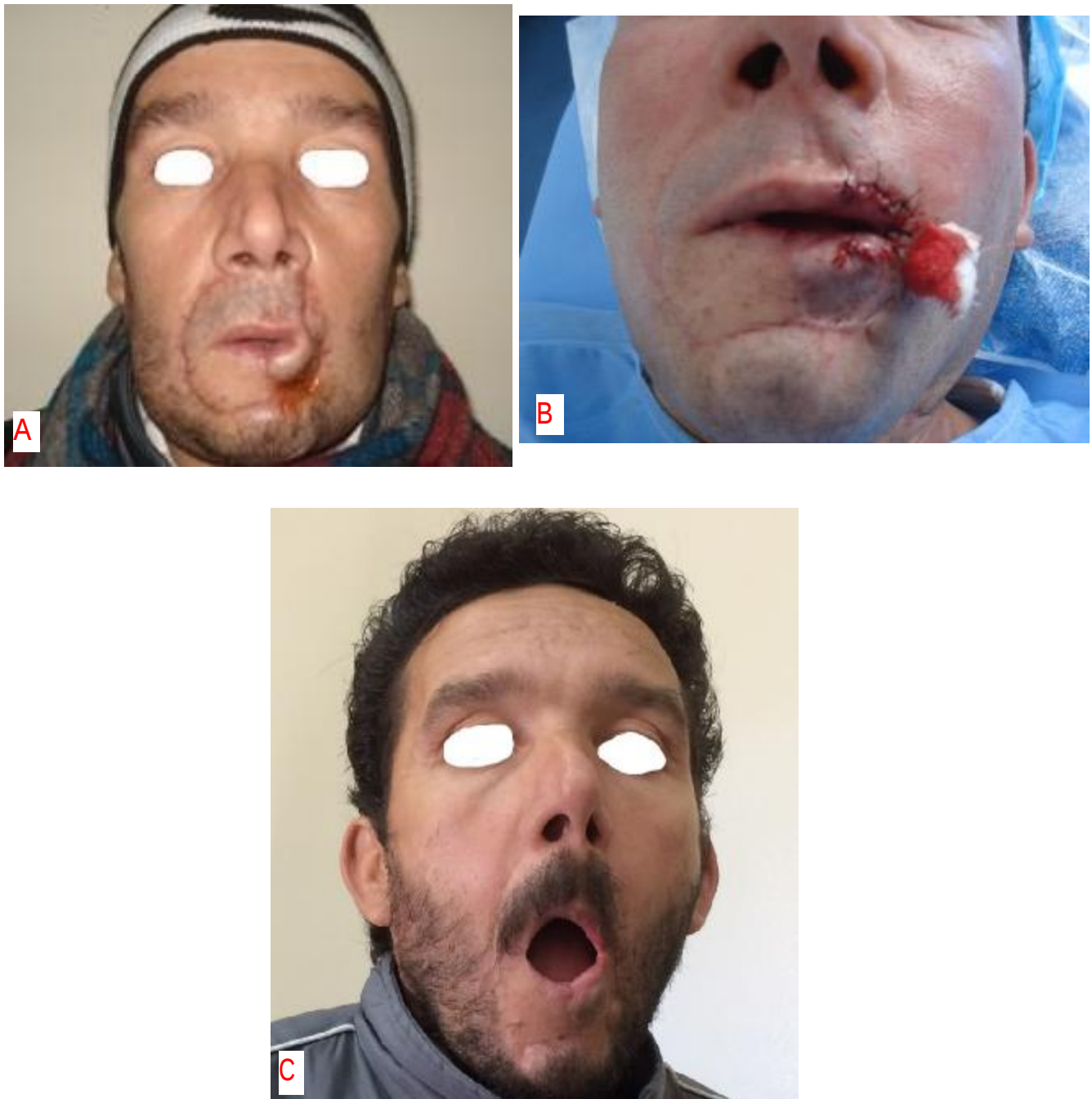


Figure 63. [62]

A : Microstomie après réparation par lambeau de Karapandzik et Estlander

B : Résultat post opératoire immédiat après commissuroplastie

C : Résultat de commissuroplastie après 1 an

XI.2.3. A long terme

Sur les 40 malades opérés, Il a été difficile d'apprécier les résultats au long terme, du fait que les patients n'étaient pas revenus régulièrement aux consultations de surveillance. Seuls 20 patients ont répondu à la convocation.

Ce qu'on peut retenir de notre série :

2.3.1 Résultats carcinologiques

- Les résultats carcinologiques sont basés essentiellement sur le taux de récurrences, l'apparition de nouvelles lésions et l'existence de métastases.
- Aucune récurrence locale n'a été notée chez nos patients après 2ans.
- Un cas de récurrence ganglionnaire controlatérale pour une tumeur T2 N0 qui a eu un curage unilatéral, l'adénopathie métastatique était controlatérale. Ce patient a été traité par radiothérapie externe.

Le taux de survie de nos patients était de 100% après 1 an et 2 ans.

2.3.2 Résultats fonctionnels et esthétiques

L'objectif de la chirurgie réparatrice effectuée sur nos patients était d'obtenir une lèvre esthétiquement acceptable, fonctionnelle, étanche et sensible.

Les résultats étaient appréciés sur les critères suivants:

- Ouverture buccale satisfaisante
- Continence salivaire
- Absence de difficulté à l'alimentation
- Absence de difficulté à la prononciation.

Dans notre série, les séquelles fonctionnelles sont le plus souvent mineures et sur le plan esthétique, le résultat a été jugé acceptable dans la majorité des cas.

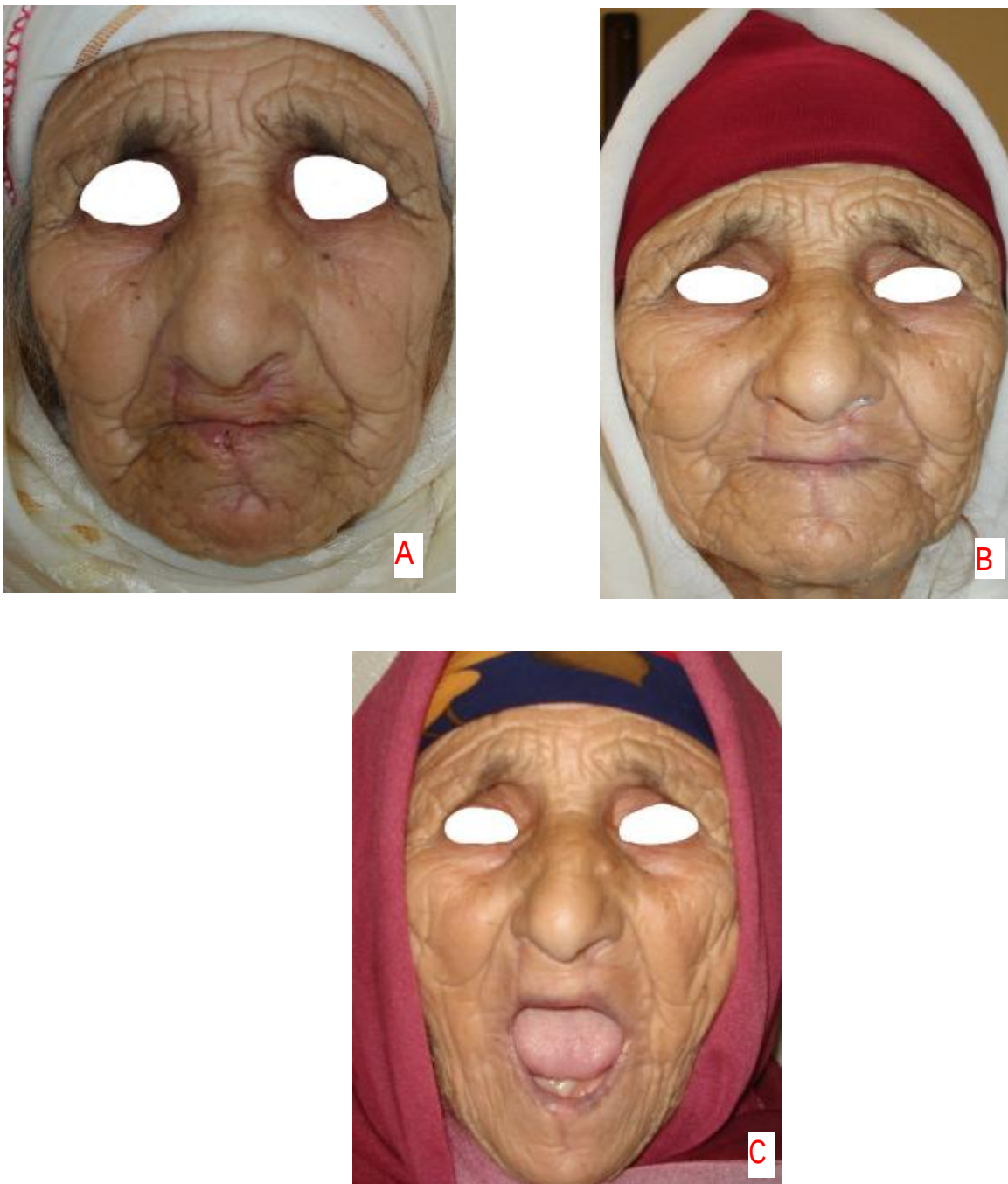


Figure 64[62]. Aspect esthétique et fonctionnel à (A :1mois, B :4mois, C :18mois) après résection d'un CBC de la lèvre supérieure et réparation par un lambeau d'Abbé

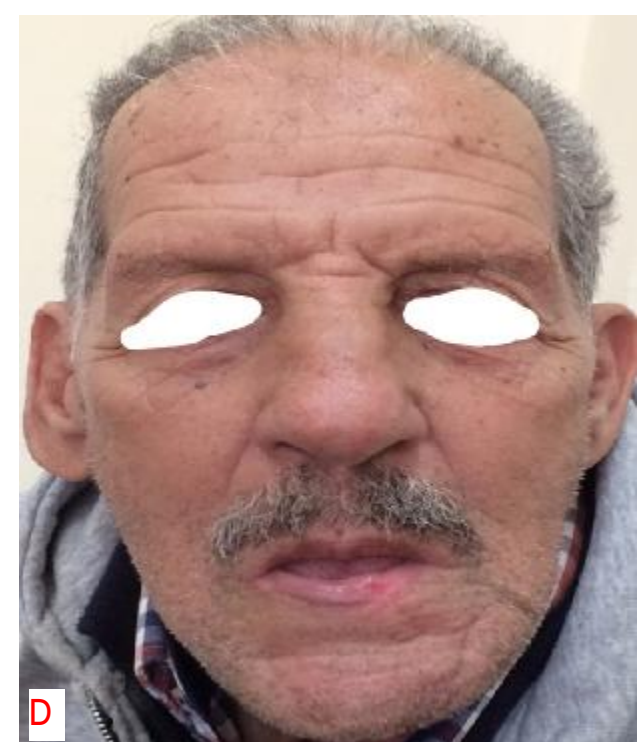


Figure 65[62]. Aspects esthétiques et fonctionnels à (A :6mois, B :1an, C :2ans, D :3ans) après résection d'un CE de la lèvre inférieure et réparation par un lambeau de Karapandzik

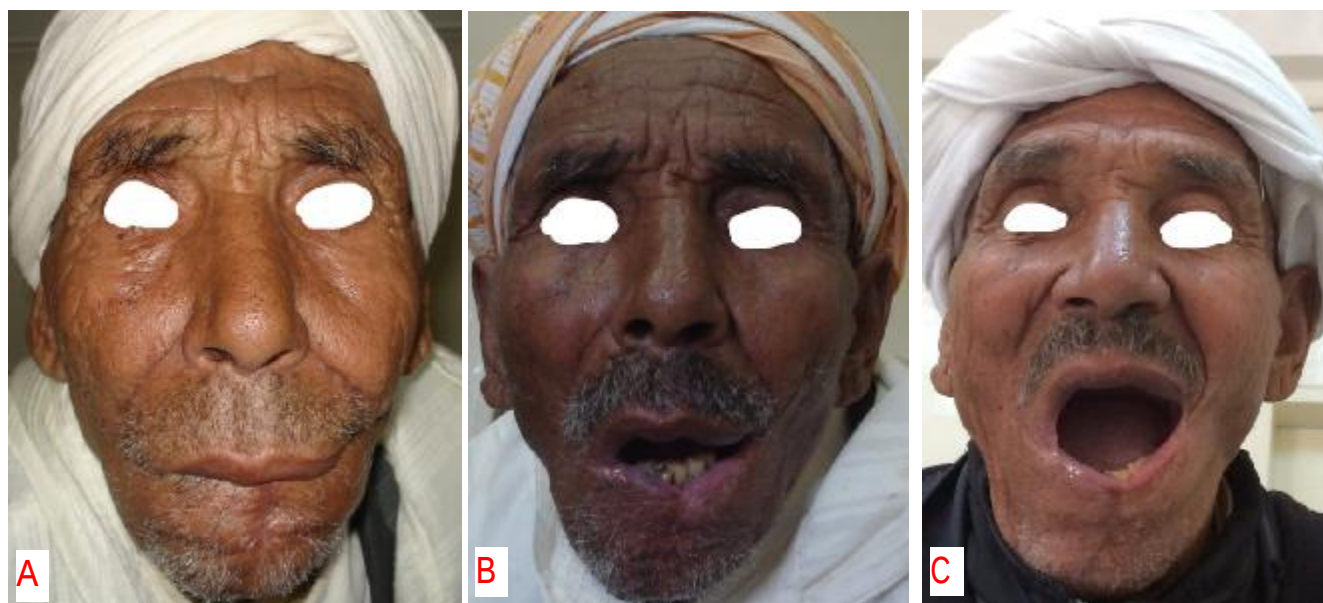


Figure 66[62]. Aspects esthétiques et fonctionnels à (A :3mois, B :6mois, C :3ans)
après résection d'un CE de la lèvre inférieure et réparation par un lambeau de
Camille Bernard



Figure 67[62]. Résultat esthétique à 3mois après résection d'un CE de la lèvre
inférieure et réparation par un lambeau de grand pectoral

DISCUSSION

I. Données épidémiologiques

I.1. Fréquence

Les lèvres sont occasionnellement le siège de nombreuses tumeurs malignes [2].

La fréquence des cancers des lèvres par rapport aux cancers de la bouche est de 6.6% pour BEN SLAMA [2]. Pour BEAUVILLAIAN [9], la fréquence est de 1,7% par rapport aux cancers des voies aérodigestives supérieures. Pour PERRINAUD [10], la fréquence est de 12% par rapport aux tumeurs de la tête et cou.

En 2012, l'incidence des cancers des lèvres-cavité buccale-pharynx plaçait la France en 5ème position parmi les pays européens [6].

Au Maroc Dans la série de AMAZZAL [28], les cancers des lèvres présentaient 6,5% de tous les cancers otorhinolaryngologiques.

I.2. Age

Ces tumeurs surviennent en moyenne vers la 6ème décennie [60].

Dans notre série, nous avons observé un pic entre 61 et 70 ans.

L'âge moyen était de 75 ans dans la série de Salgarelli AC [44], 65 ans dans la série de Tazi N [46], 63 ans dans la série de Zaraa I [48], 64 ans dans la série de Nfissi N [98], 60 ans dans la série de Lakhmiri M [94] et 66 ans dans notre série. Notre résultat concorde avec les données de la littérature.

I.3 Sexe

Les tumeurs malignes des lèvres prédominent chez les hommes. [2] Salgarelli AC [44] a rapporté un sex-ratio de 5,3 dans une série de 158 patients, Zaraa I [48] a rapporté un sex-ratio de 6,5 dans une série de 30 patients, Ezzoubi M [49] a rapporté un sex-ratio de 7,3 dans une série de 100 patients,

Vukadinovic M [25] a rapporté un sex-ratio de 5 dans une série de 233 patients et Casal D [56] a rapporté un sex-ratio de 4 dans une série de 228 patients.

Notre série diffère de toutes ces séries avec un sex-ratio de 2,6.

Et d'après Ligier K [91], 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.

I.4. Facteurs de risque

Des facteurs de risque favorisant la survenue de tumeurs malignes au niveau labial sont décrits dans la littérature [2,92,93].

Les principaux facteurs de risque rapportés par les auteurs sont :

- L'intoxication tabagique (Zaraa I[48], Ezzoubi M[49], Salgarelli AC [44], Tazi N [46]),
- L'exposition solaire (Zaraa I[48], Salgarelli AC[44], Tazi N[46]),
- L'éthylisme (Zaraa I[48], Ezzoubi M[49], Tazi N[46]),
- Le mauvais état bucco-dentaire (Tazi N[46]),
- Et les états pré-néoplasiques (Zaraa I[48]) .

Chez nos patients, l'intoxication tabagique et l'exposition solaire étaient les facteurs les plus fréquents (75% de nos patients), favorisant l'apparition d'états pré-néoplasiques qui font le lit du carcinome épidermoïde. L'éthylisme associé au tabagisme a été rapporté chez 7% de nos patients, le mauvais état bucco-dentaire chez 27,5% de nos patients et des états pré-néoplasiques chez 30% de nos patients.

II. Données cliniques

II.1. Circonstances de découverte

La plupart de nos patients ont consulté devant l'apparition d'une tuméfaction de la lèvre, causant une gêne à l'alimentation et à la phonation et parfois associée à des saignements.

Une minorité ont accusé une ulcération labiale douloureuse.

Ces motifs de consultation ont été retrouvés dans les séries de Amazzal N [28] et de Lakhmiri M [94] à des pourcentages similaires.

II.2. Délai de consultation

Nos patients ont consulté en moyenne 7 mois après l'apparition de leur symptomatologie. Dans la série de Zaraa I [48] en 2013, le délai moyen de consultation était de 7, 5 mois et dans la série de LAKHMIRI M [94] en 2015, il était de 7 mois.

Les patients semblent donc consulter après plusieurs mois d'évolution, ceci serait dû à la difficulté d'accès aux soins de santé dans notre pays.

II.3. Examen physique

La lèvre est un organe visible et palpable en totalité. Cependant un examen minutieux de la lèvre atteinte, de l'autre lèvre, des régions commissurales et du muscle orbiculaire est indispensable. [2,60]

II.3.1. Examen local

Ø Le siège de la tumeur :

L'atteinte labiale inférieure est la plus fréquemment retrouvée. Elle est retrouvée entre 80% et 98% [54,95,96].

D'après Ben Slama L [2], le carcinome épidermoïde siège typiquement au niveau du tiers moyen de la lèvre inférieure.

Cependant, d'après Descrozailles JM [97], il n'existe pas de localisation prédominante des cancers sur les lèvres.

Dans notre étude, les tumeurs malignes étaient localisées au niveau de la lèvre inférieure chez 60% de nos patients. Cette localisation a été retrouvée chez 72,8% des patients de la série AMAZZAL N [28], chez 92% des patients de la série de Vukadinovic M [25], chez 53% des patients de la série de NFISSI A [98] chez 80% des patients de la série de Zaraa I [48] et chez 70% des patients dans la série de LAKHMIRI [94].

Tableau 17: Siège des tumeurs labiales

Localisation Auteurs	Lèvre inférieure	Lèvre supérieure	Commissure labiale
Vukadinovic [25] (Belgrade 2004)	92%	6%	2%
Amazzal N [28] (Marrakech, 2008)	72,8%	9,1%	18,1%
Nfissi A [98] (Fes, 2009)	53%	20%	27%
Zaraa I [48] (Tunis, 2013)	80%	3%	17%
Lakhmiri M [94] (Rabat, 2015)	70%	-	30%
NOTRE SERIE 2018	60%	10%	17,5%

Ø L'aspect de la tumeur

Les tumeurs labiales peuvent revêtir 3 aspects : bourgeonnant, ulcéré et ulcéro-bourgeonnant.

Dans la littérature on retrouve que l'aspect macroscopique le plus fréquent est l'ulcéro-bourgeonnant [46,48,97], c'est le cas de notre étude où il représente 55% des cas, suivi par un aspect ulcéreux dans 40% des cas, et un aspect bourgeonnant dans 5% des cas.

Ø La taille de la tumeur

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.

Elle dépend de la durée d'évolution avant la consultation. Dans la série de Ezzoubi M [49], 71% des cas avaient des tumeurs mesurant moins de 4 cm dans le plus grand axe. Chez Lakhmiri M [94], dans plus de 60% des cas, le cancer mesure plus de 4 cm dans le plus grand axe.

70% de nos patients avaient une tumeur labiale classée T1-T2.

Ø L'existence de lésions associées

30% de nos patients avaient une chéilite actinique, avec comme facteurs de risque principaux le tabagisme et l'exposition solaire.

Chéilite actinique et chéilite tabagique peuvent s'associer et augmenter le risque de carcinome. L'incidence de la chéilite actinique n'est pas toujours corrélée à l'exposition au soleil. D'autres facteurs exogènes peuvent intervenir et avoir une action synergique, notamment le tabac [2]. Elle est retrouvée, selon Barrelier P [99], dans 66 % des cancers labiaux.

Dans la série de LAKHMIRI M [94] 20% des patients avaient une leucoplasie labiale.

II.3.2 Examen locorégional

Chez nos patients, les tumeurs de la lèvre inférieure envahissaient parfois la muqueuse gingivale, la face interne de la joue et la mandibule. Les tumeurs étendues de la commissure labiale envahissaient les deux lèvres et la joue. Les adénopathies ont été retrouvées chez 65% des patients. Elles représentent un élément capital dans le diagnostic, dans l'attitude thérapeutique et pour le pronostic.

La présence d'adénopathies a été notée chez 33% des patients dans la série de NFISSI A [98], chez 43,3% des patients dans la série de Zaraa I [48] et chez 26 % des patients dans la série de Vukadinovic M [25]. Chez LAKHMIRI M [94], 40% des patients atteints d'un carcinome épidermoïde de la lèvre avaient des adénopathies.

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 [100].

II.3.3 Examen général

L'examen clinique n'a pas retrouvé de localisations secondaires à distance chez nos patients.

Une étude rétrospective [101] sur 186 patients ayant un carcinome des lèvres a objectivé 4 cas de métastases à distance soit 2,1% au niveau osseux, dont une concomitante à un envahissement du ganglion axillaire, pour des tumeurs classées T2-T4.

III. Données paracliniques

III.1 Histologie : Biopsie + étude histologique

La biopsie est un examen clé. Elle permet de confirmer le diagnostic, de déterminer le type histologique et le degré d'invasion. Elle a été réalisée systématiquement chez tous nos patients.

L'étude histologique a révélé la présence d'un carcinome épidermoïde chez 80% de nos patients. Alors que le carcinome baso cellulaire était retrouvé chez 20% des patients. Ce résultat rejoint les données de la littérature. Les carcinomes épidermoïdes constituent 90% des tumeurs malignes labiales [2].

Tableau 18 : Histologie des tumeurs labiales

Auteurs \ Histologie	Carcinome spino-cellulaire	Carcinome baso-cellulaire
Amazzal N [28] (Marrakech, 2008)	83,3%	9,1%
Nfissi A [98] (Fes, 2009)	77%	23%
Casal D [56] (Lisbonne, 2010)	81%	19%
Tazi N [46] (Casablanca, 2014)	95%	5%
Lakhmiri M [94] (Rabat, 2015)	100%	0%
Notre série 2018	80%	20%

Dans notre série, 84% avaient un carcinome épidermoïde bien différencié. Dans la série de Zaraa I [48], Casal D [56] et Lakhmiri M [94], 63,3%, 70,8% et 100% des carcinomes épidermoïdes étaient bien différenciés.

III.2. Radiologie

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

III.2.1. Bilan d'extension locorégionale

Il comprend :

Ø La radiographie panoramique dentaire

Elle est effectuée pour les tumeurs évoluées (T3-T4) ou dans le cadre de la préparation avant la radiothérapie.

Elle a été demandée chez 17,5% de nos patients. Il a permis d'évaluer leur état dentaire sans montrer de lyse osseuse.

Dans la série de Lakhmiri M [94], l'examen a été demandé chez 30% des patients et a permis d'objectiver une lyse osseuse chez 10% des cas.

Chez Amazzal N [28], la pratique de la radio panoramique dentaire était revenue sans particularités.

Ø L'échographie cervicale

Elle a été réalisée chez les 32 patients présentant des carcinomes épidermoïdes. Elle a permis de confirmer la présence d'adénopathies cliniques dans 81% des cas, d'où l'intérêt de compléter systématiquement l'examen clinique par l'échographie des aires ganglionnaires. [9]

Ø La tomodensitométrie cervico-faciale

Elle a été effectuée chez 17,5% de nos patients. Elle a permis d'évaluer l'extension de la tumeur aux structures osseuses dans 12,5% des cas et de confirmer l'absence d'atteinte locorégionale dans 5% des cas.

Chez Lakhmiri.M[94], la TDM a été faite chez 30% des malades. Elle a permis de montrer une atteinte osseuse dans 20% des cas et de visualiser une adénopathie dans 10% des cas.

Chez Amazzal.N[28], la TDM a été réalisée chez un patient. Elle a montré une érosion et une lyse de la branche horizontale de la mandibule.

La TDM 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 des tumeurs étendues (supérieure à 2cm) ou pour compléter les données de l'échographie concernant l'envahissement des aires ganglionnaires [2,9].

III.2.2. Bilan d'extension à distance

Il comprend :

Ø La radiographie pulmonaire

Les métastases pulmonaires sont les premiers sites métastatiques en importance pour les carcinomes épidermoïdes de la face. Elle est indiquée systématiquement dans la littérature [2,9].

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

Ø L'échographie abdominale

Elle constitue un examen important pour la recherche de métastases hépatiques [2,9].

Elle n'a pas été réalisée dans notre série, et ceci étant probablement dû à l'absence de signes cliniques orientant vers des métastases hépatiques.

Dans la série de Nfissi A [98], elle a été réalisée chez 6 patients sans montrer de métastases viscérales.

IV. Classification TNM

Selon la classification TNM de L'IUCC (International union of cancerology classification) 70% de nos patients ont été classés T1-T2. Des résultats similaires ont été rapportés dans la série de Salgarelli AC [44], Tazi N [46], Casal D [56], Zaraa I [48] et Ezzoubi M [49], la tumeur a été classée T1-T2 dans 87,9%, 70%, 81%, 83,3% et 71% des cas.

Toutefois, dans la série de Nfissi A [98] et Lakhmiri M [94]: la tumeur a été découverte à des stades plus tardifs, classée T3-T4 dans 57% et 60% des cas.

Tableau 19: Classification TNM des tumeurs labiales

Auteurs	Tumeurs	
	T1-T2	T3-T4
Casal D [56] (Lisbonne,2010)	81%	9%
Zaraa I [48] (Tunis,2013)	83,3%	16,7%
Tazi N [46] (Casablanca,2014)	70%	30%
Amazzal N [28] (Marrakech,2008)	54%	46%
Nfissi A [98] (Fes, 2009)	43%	57%
Lakhmiri M [94] (Rabat, 2015)	40%	60%
Notre série 2018	70%	30%

V. Données thérapeutiques

V.1. Chirurgical

V.1.1. Au niveau du site tumoral

La chirurgie est le traitement de choix des tumeurs malignes des lèvres.
[64,102]

Elle permet le traitement rapide et l'évaluation de la qualité de l'exérèse par l'analyse histologique de la pièce opératoire, et permet ainsi d'affirmer son caractère complet ou non.

L'exérèse chirurgicale a été indiquée en première intention chez tous les patients dans notre série ainsi que dans la série de Nfissi A [98] et Lakhmiri M [94]. Dans la série de Casal D [56], 2 des 228 patients ont bénéficié de radiothérapie pré-opératoire pour une tumeur labiale inférieure rapidement évolutive. Le reste des patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical en première intention.

• Marge d'exérèse

Le problème des marges d'exérèse est délicat car il s'agit d'éviter un sacrifice inutile de peau saine en ayant des limites carcinologiques correctes en tenant compte de l'extension infraclinique.

- Carcinome basocellulaire : marge de 3-5 mm atteignant en profondeur l'hypoderme ; marge de 8-10 mm en cas de carcinome basocellulaire sclérodermique [19,51].
- Carcinome spinocellulaire : marge de 10 mm.

Dans notre série, l'étude histologique des marges d'exérèse orientées de la tumeur a montré un envahissement chez 5% des cas, chez Casal D [56], dans 3,1% des cas. Tandis que, chez Lakhmiri M [94], les limites d'exérèse étaient toujours saines.

L'examen extemporané constitue une alternative et permet de guider les éventuelles reprises nécessaires en per opératoire [103,104].

V.1.2. Au niveau ganglionnaire

L'attitude vis-à-vis des ganglions est la suivante :

- En l'absence d'adénopathie clinique, il n'y a habituellement pas d'indication à un curage ganglionnaire systématique de l'aire de drainage.
- En présence d'adénopathies palpables, l'adénectomie avec examen histologique extemporané guide l'attitude chirurgicale imposant un curage en cas d'envahissement ganglionnaire (N+) [47,50,74].

Ainsi chez nos patients, 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 aux 2/3 et aux organes de voisinage (10 patients). En effet, la présence d'adénopathies bilatérales est souvent liée à une tumeur de la ligne médiane [2].

Pour les cancers antérieurs et/ou médians, les adénopathies sont le plus souvent sous mandibulaires et/ou sous mentales et pour les cancers latéraux, elles sont jugulo-carotidiennes [60].

Les pièces d'exérèse ont ensuite été orientées et adressées au laboratoire pour un examen histologique. Les résultats de cet examen ont montré une atteinte ganglionnaire dans deux cas. Les études de Nfissi A [98], Amazzal N [28] et de Lakhmiri M [94], rapportent la présence d'une atteinte ganglionnaire chez 1 cas. On en conclut qu'il n'y a pas de parallélisme entre les adénopathies cliniques et l'atteinte ganglionnaire.

V.1.3. Reconstruction de la perte de substance

Les procédés de reconstruction sont nombreux, il en existe plus de 200 [44]. Ils sont choisis en fonction du siège et de la taille de la tumeur, de la fiabilité des techniques et des particularités cliniques du patient. Il n'existe pas de consensus.

Tableau 20 : Techniques utilisées pour la reconstruction labiale

Reconstruction Auteurs	Sutures	Lambeaux Loco-régionaux	Lambeaux à distance
Nfissi A [98] 2009	33%	60,3%	6,6%
Casal D [56] 2010	91,6%	7,3%	0,9%
Salgarelli AC [44] 2015	29,1%	70,3%	0,6%
Lakhmiri M [94] 2015	20%	70%	10%
Notre série 2018	47,5%	35%	17,5%

Chez nos patients, la réparation de la perte de substance a été faite essentiellement par des lambeaux locorégionaux et des sutures.

Ces techniques ont également été les plus utilisés dans la série de Salgarelli AC [44] et Casal D [56] ce qui laisse supposer que les patients ont consulté à un stade tumoral débutant ou moyennement avancé. Toutefois, dans la série de Nfissi A [98] et Lakhmiri M [94], les tumeurs étaient assez évoluées et les résultats sont comparables.

Le lambeau de Karapandzic était le lambeau locorégional le plus utilisé chez nos patients (20% des cas). Chez Amazzal N [28], les lambeaux nasogéniens ont été réalisés chez 17,5% des cas. Chez Nfissi A [98], la reconstruction par lambeaux hétéro-labiaux a été effectuée chez 26% des cas.

Concernant les lambeaux à distance, dans notre série, seul le lambeau grand pectoral a été utilisé chez 17,5% des patients. La même technique a été réalisée chez

6% des cas dans la série de Nfissi A [98]. Par contre, chez Lakhmiri M [94], c'est le lambeau chinois qui a été utilisé pour 10% des cas.

Chaque type de lambeau possède des avantages et des inconvénients. Ils sont reportés dans les tableaux suivants :

Tableau 21 : avantages et inconvénients des lambeaux locorégionaux

	Lambeaux locorégionaux
Avantages	• Texture et coloration identiques aux téguments labiaux • Reconstituent les trois plans cutanés en monobloc • Apportent une large composante musculaire qui permet de rétablir la sangle musculaire orbiculaire • Préservent l'innervation sensitive musculaire
Inconvénients	• Ne peuvent être utilisés pour les pertes de substance étendues

Tableau 22 : avantages et inconvénients des lambeaux à distance

	Lambeaux à distance
Avantages	• Lambeaux fiables utilisés en cas de pertes de substances étendues ou de tissu de mauvaise qualité
Inconvénients	• Sont souvent privés de motricité • Nécessitent des temps opératoires secondaires d'ajustement • Laissent des cicatrices inesthétiques

V.2. Radiothérapie

V.2.1. Radiothérapie externe

Elle a été indiquée pour les grosses tumeurs difficiles à traiter, et en complément thérapeutique lors d'un envahissement ganglionnaire ou d'une exérèse limite dans la série de Zaraa I [48] et de Casal D [56].

Dans notre série, 4 patients ont été adressés pour une radiothérapie postopératoire.

La radiothérapie permet de traiter des zones difficiles à réparer et ne nécessite pas d'anesthésie. En revanche, ce traitement est plus long et plus coûteux. Il peut entraîner à long terme des problèmes esthétiques tels une dyschromie, des télangiectasies et de la fibrose et induire des cancers.

V.2.2. Curiethérapie

Dans de nombreux centres européens, le cancer de la lèvre est une indication majeure de curiethérapie.

Wang [106], 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 [105] 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.

Elle présente l'avantage d'être faite sous anesthésie locale, mais nécessite une hospitalisation de courte durée [107].

Aucune curiethérapie n'a été faite dans notre série. Ceci serait probablement dû aux difficultés de disponibilité.

VI. Evolution

VI.1. Résultats carcinologiques

Quelque soit le traitement réalisé dans les cancers labiaux, plusieurs complications peuvent survenir en particulier des récidives locales et des métastases ganglionnaires.

Chez Salgarelli AC [44], Casal D [56], Vukadinovic M [25] et Amazzal N [28], les patients ont d'abord été traités par chirurgie. Des récidives locales ont été observées chez 0,6%, 12,80%, 10,80% et 4,6% des patients. Aucune récidive ni métastase à distance n'a été retrouvée chez Lakhmiri M [94] après une évolution allant de 1 à 2 ans.

Les caractéristiques des malades et des tumeurs présentes dans notre série sont compatibles à celles rapportés dans la plupart des autres séries.

Les résultats de la chirurgie sont bons puisque parmi les 40 opérés, nous avons noté un seul cas de récidive ganglionnaire soit 2,5% et aucune récidive locale.

Tableau 23: Résultats carcinologiques après traitement chirurgical

Séries	Récidives locales	Métastases à distance
Vukadinovic M [25] (Belgrade, 2004)	10,8%	4,5%
Amazzal N [28] (Marrakech, 2008)	4,6%	0%
Casal D [56] (Lisbonne, 2010)	12,8%	0%
Salgarelli AC [44] (Modène, 2015)	0,6%	0%
Lakhmiri M [94] (Rabat, 2015)	0%	0%
Notre série 2018	0%	0%

Selon Conill C et al [107], la curiethérapie donne d'excellents résultats sur le plan carcinologique, esthétique et fonctionnel. Le taux de contrôle local à cinq ans est de 90 à 98 %. Le taux d'évolution ganglionnaire est d'environ de 5 %, ce qui justifie

une surveillance rapprochée uniquement. Ce risque augmente en cas d'atteinte de la commissure labiale et de tumeur infiltrante de plus de 1 cm. Le taux de complications de T2–T3 est de l'ordre de 3 %. Ce risque est directement lié à l'absence de port de protection plombée.

La curiethérapie constitue une alternative à la chirurgie pour les petites tumeurs de moins de 4cm. Elle doit toujours être envisagée compte tenu des résultats carcinologiques et fonctionnels.

La radiothérapie externe permet la guérison dans 92,5 % des cas [108]

Les tumeurs malignes des lèvres sont plutôt de bon pronostic. Le taux de survie à 5 ans est supérieur à 80% pour la majorité des auteurs et peut atteindre 96,7% [2]. Dans notre série, il était de 100% à 1 an et 2 ans.

VI.2. Résultats esthétiques et fonctionnels

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

Selon Brahem H et al [109], 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 Gilles 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 notre série, 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 Salgarelli AC [44], les résultats fonctionnels et esthétiques étaient satisfaisants sauf pour 1 patient traité par lambeau du grand pectoral qui a gardé des séquelles inesthétiques et fonctionnelles.

Dans la série d'Ezzoubi M [49], 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 de Amazzal N [28], un patient a présenté une limitation de l'ouverture buccale ne gênant pas l'alimentation ni l'élocution. 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 [94], 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.

CONCLUSION

Les cancers des lèvres sont des tumeurs d'assez bon pronostic qui s'améliore grâce au diagnostic précoce des lésions et à la chirurgie réparatrice. Cette chirurgie permet grâce aux différentes techniques possibles, la réparation des pertes de substances engendrées par l'acte chirurgical carcinologique.

Plusieurs facteurs de risque sont impliqués dans sa survenue. Le tabagisme chronique et l'exposition solaire sont les facteurs les plus récurrents. Ils favorisent l'apparition d'états pré-néoplasiques.

C'est la taille de la tumeur qui intervient dans le choix du procédé de réparation, faisant ainsi appel à des lambeaux locorégionaux ou à des lambeaux à distance.

Quelque soit la technique choisie, l'objectif final est la guérison de la tumeur tout en obtenant une lèvre satisfaisante sur le plan fonctionnel et esthétique.

La prévention reste le moyen le plus simple, facile et accessible. Elle passe par la sensibilisation des populations aux facteurs de risque, le dépistage et le traitement précoce des lésions pré-néoplasiques.

RESUMES

Résumé

Les tumeurs malignes des lèvres regroupent plusieurs types histologiques dont les plus fréquents sont : le carcinome épidermoïde et le carcinome basocellulaire.

La prise en charge des cancers de lèvres est essentiellement chirurgicale. Tout aussi important pour le traitement est la reconstruction post-chirurgie qui peut être difficile puisque la lèvre joue un rôle esthétique et a une caractéristique fonctionnelle importante dans le visage.

Notre étude est rétrospective et concerne 40 cas de carcinomes des lèvres, colligés au service d'ORL et de Chirurgie cervico-faciale à l'hôpital Omar Drissi durant la période allant de juillet 2010 à juillet 2016.

Sont étudiés dans ce travail les caractères épidémiologiques de ces lésions, de même leurs aspects cliniques, radiologiques, anatomopathologiques, thérapeutiques et évolutifs. Les résultats de notre série sont comparés à ceux de la littérature.

72% des cas de notre échantillon étaient des hommes et l'âge moyen était de 66.7ans. L'âge avancé et l'exposition solaire chronique constituent les facteurs de risque les plus importants.

Le siège de prédilection est la lèvre inférieure. L'examen histologique souligne la forte prédominance du carcinome épidermoïde (80 %).

L'exérèse tumorale a été la règle chez tous nos patients, avec une marge de sécurité large. Ces marges ont été complètes chez 38 patients et incomplètes chez 2 patients. Un curage ganglionnaire a été réalisé chez 26 patients. Le procédé de réparation a été adapté au siège et à l'étendu du defect.

La reconstruction a fait appel à la suture directe chez 19 patients, aux lambeaux locorégionaux chez 14 patients et aux lambeaux à distance chez 7 patients.

L'évolution carcinologique a été marquée par un cas de récurrence ganglionnaire qui a été adressé en radiothérapie. Aucune récurrence locale n'a été notée.

Les résultats postopératoires sont satisfaisants pour la majorité de nos malades, hormis quelques complications.

Summary

Malignant tumors of the lips include several histological types, the most common are squamous cell carcinoma and basal cell carcinoma.

The management of lip cancers is essentially surgical. just as important for treatment is post-surgery reconstruction, which can be difficult since the lip plays an aesthetic role and has an important functional feature in the face.

Our work is a retrospective study that concerns 40 cases of lip carcinoma, collected in the ENT and maxillofacial surgery at the Omar Drissi hospital during the period from July 2010 to July 2016.

The epidemiological characteristics of these lesions, as well as their clinical, radiological, anatomopathological, therapeutic and evolutionary aspects, are studied in this work. The results of our series are compared with those of the literature.

72% of the cases in our sample were men and the average age was 66.7 years old. Advanced age and chronic sun exposure are the most important risk factors.

The favorite seat is the lower lip. Histological study emphasizes the strong predominance of squamous cell carcinoma (80%).

Tumor excision was the rule for all our patients, with a wide margin of safety. These margins were complete to 38 patients and incomplete to 2 patients. Lymph node dissection was performed to 26 patients. The repair process has been adapted to the seat and the extent of the defect.

The reconstruction involved direct suturing to 19 patients, locoregional flaps to 14 patients, and flaps at a distance to 7 patients.

The oncological evolution was marked by one case of ganglionic recurrence that was addressed for radiotherapy. No local recurrence was noted.

The postoperative results are satisfactory for the majority of our patients, except for some complications.

مطى

الأورل للخبيثة في الشفاه شمل عدّة أنواع نسيجية، أكثرها شيوعاً هي سرطان الخلايا النخاعية وسرطان الخلايا القاعدية.

يعتمد علاج سرطان الشفاه أساساً على الجراحة. وتعدّ عادةً تشكيل الشفاه بعد الجراحة بنفس القدر من الأهمية للمطاج، والتي يمكن أن تكون صعبة لأن الشفاه تلعب دوراً جمالياً لها ميزة وظيفية هامة في الوجه.

عملنا هذا عبارة عن دراسة رجاعية وتتعلّق بـ 40 حالة من سرطان الشفاه، متواجدة في قسم أُمّ الحنّ الأنف والأذن والحنجرة وجراحة الوجه والرقبة في مستشفى عمر الدريبي خلال الفترة الممتدة من يوليو 2010 إلى يوليو 2016.

هذا العمل شكل تحليلاً للمصابين بالسريرية النسيجية، الطاجية التطورية. 72% من الحالات في العيادة المدرّسة فينا من الرجال وكان متوسط العمر 66.7 سنة. يعتبر العمر المتقدم والتعرض لأشعة الشمس المزمن أهم عوامل الخطر.

لوحظ أن معظم الأورل تركزت على الشفاه السفلى ولسرطان الخلايا النخاعية هي النوع النسيجي الأكثر تواجداً بـ 80% من الحالات.

لم يستهال الورم عند 40 مريضاً، مع هاش ولسع من السلامة وكانت هذه الهولشك تملاء عند 38 مريضاً وغيومك تملاء عند مريضين. كما أجري تجريف عقيدتي العقق عند 26 مريضاً. وقد تمّ تعديل عملية الإصلاح على حسب مستوى ومدى الخلل.

اعتمدت عملية إعادة تشكيل الشفاه على الدرزال المبشّر لدى 19 مريضاً، للسدائل المجاورة لدى 14 مريضاً، ولسدائل المقطوعة عن بعد عند 7 مريضين.

وقد تميزت طور الأورل بحالة واحدة طوّد انشداً عقيدية، وجهت للمطاج الإشعاعي. بينما لم نلاحظ أي حالة لإشداً انشدار الورم.

نتائج ما بعد الجراحة كانت مرضية في معظم الحالات بلسدناء بعض المضاعفات.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Auriol M-M, Le Charpentier Y.

Histologie de la muqueuse buccale et des maxillaires.

EMC Stomatologie 1998; 22-007-M-10

[2] Lotfi Ben Slama

Carcinomes des lèvres

La presse médicale 2008 ; 37 : 1490-1496

[3] Frank H. Netter, MD

Atlas d'anatomie humaine 5^e édition 2011 ; P 54,70,71

[4] Richard L. Drake, A. Wayne, W. M. Mitchell

Gray's Anatomie 2^e édition - Tête et cou 2010, P 860

[5] A. Kolokythas

Lip cancer treatment and reconstruction,

Anatomic considerations of the lips 2014 ; 5-9

[6] Dakpé S, Neiva C, Testelin S, et al.

Feasability study of screening for malignant lesions in the oral cavity targeting tobacco users].

Rev Stomatol Chir Maxillofac Chir Orale. 2015Apr;116(2):65-71.

[7] Anatomie topographique des lèvres :

http://www.chirurgiedermatologique.com/public/formation/diapotheque/diapotheque_detail.asp?IDCatDiapo=77

[8] Bessede JP

Cicatrices et cicatrisation : réparation des pertes de substance cutanée de la face
2002 ; 37 :87-106.

[9] Beauvillain de montreuil C, Dréno B, Tessier M-H.

Tumeurs bénignes et malignes des lèvres.

EMC Oto-rhino-laryngologie 2016 ;20-625-A-10

[10] Perrinaud A.

Carcinomes épidermoïdes.

Presse Med. 2008;37:1485–9.

[11] Kuffer R, Husson-Bui C, Lombardi T, Plantier F.

Lésions blanches kératosiques et précurseurs des carcinomes épidermoïdes de la muqueuse buccale. In: Pathologie de la muqueuse buccale.

Rapport de la société française d'ORL et de CCF; 2009

[12] Ben Slama L.

Affections potentiellement malignes de la muqueuse buccale : nomenclature et classification.

Rev Stomatol Chir Maxillofac 2010;111:208–12.

[13] McDonald C, Laverick S, Fleming CJ, White SJ.

Treatment of actiniccheilitis with imiquimod 5% and a retractor of the lower lip: clinicaland histological outcomes in 5 patients.

Br J Oral Maxillofac Surg 2010;48:473–6.

[14] Hermanek P, Hutter RV, Sobin LH

TNM CLASSIFICATION OF MALIGNANT TUMOURS.

BERLIN : SPRINGER :1987.

[15] Zanaret M, Paris J, Duflo S.

Évidements ganglionnaires cervicaux

EMC, Oto-rhino-laryngologie 2005 ;2: 539–53

[16] Piette E.

Affections des lèvres.

EMC - Stomatologie, Volume 1, Issue 3, September 2005, Pages 193-207

[17] Rigel:

CHAPTER 8 Possible Precursors to Keratinocytic Epidermal Malignancies.

Cancer of the skin Rigel 1st ed 2004

[18] HAS. Prise en charge diagnostique et thérapeutique du carcinome épidermoïde cutané et de ses précurseurs.

Recommandations pour la pratique clinique; 2009.

[19] ANAES. Prise en charge diagnostique et thérapeutique du carcinome basocellulaire de l'adulte.

Recommandations pour la pratique clinique; 2004.

[20] HAS. Stratégie du diagnostic précoce du mélanome.

Recommandations en santé publique; 2006.

[21] Luna-Ortiz H, Güemes-Mez A, Villavicencio V, et al.

Lip cancer experience in Mexico. An 11-year retrospective study.

Oral Oncology 2004;40:992–9.

[22] Ben Slama L.

Carcinomes des lèvres.

Rev Stomatol Chir Maxillo fac 2009;110:278–83.

[23] Nisi G, Grimaldi L, Brandi C.

Cutaneous metastasis of the superior lip from adenocarcinoma of the gastro-oesophageal junction. A case report.

Chir Ital 2007;59:883–6

[24] www.db-gersite.com/HISTOLOGIE/EPITHDIG/cbgsoe/cbgsoe.htm

[25] Vukadinovic M, Jezdic Z, Petrovic M, et al.

Surgical Management of Squamous Cell Carcinoma of the Lip: Analysis of a 10-Year Experience in 223 Patients.

J Oral Maxillofac Surg 2007;65:675-679.

[26] Salgarelli. A-C, Sartorelli F, Cangiano A, et al.

Treatment of lower lip cancer: an experience of 48 cases

Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2005;34:27–32.

[27] Guney E, Yigitbasi OG.

Functional surgical approach to the level I for staging early carcinoma of the lower lip.

Otolaryngol Head Neck Surg. 2004;131;4:503-8.

[28] Amazzal N

Cancers des lèvres-A propos de 22 cas. Thèse de doctorat en médecine.

Marrakech : Université Cadi Ayyad, 2008 ;

[29] Califaro L, Zupi A, Massari P, Giardino C.

Lymph-node metastasis in squamous cell carcinoma of the lip: retrospective analysis of 105 cases.

Int J Oral maxillofac Surg 1994;23:351–5.

[30] Menegoz F, Leseq'h JM, Rame JP, ReytE, Bauvin E, Arveux P et al.

Lip, oral cavity and Pharynx cancers in France: incidence, mortality and trends (period 1975–1995).

Bull Cancer2002;89:419-29

[31] Szpirglas H, Ben Slama L.

Pathologie de la muqueuse buccale.

EMC. Paris: Elsevier; 1999.(pp.141–170)

[32] Piette E.

Pathologie des lèvres. Traité de pathologies buccale et maxillofaciale. Bruxelles:

De Boeck Université;1991 ;(pp.865–911)

- [33] Marx J, Hockberger R, Walls R Eds,
Langer's Lines head
Emergency Medecine : Concepts and Clinical practice 2002
- [34] Zitsch3rd RP, Park CW, Renner GJ, Rea JL.
Outcome analysis for lip carcinoma.
Oto laryngol Head Neck Surg 1995; 113: 589-96
- [35] Philippe B
Carcinomes épithéliaux : Tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques
Annales de dermatologie et de vénéréologie 2003 ; 130.
- [36] Descamps V
Carcinome épidermoïde : Tumeurs cutanées
La revue du praticien 1999; 49.
- [37] Verola O, Peri G
Les tumeurs épithéliales cutanées. Rappels anatomopathologiques.
Annales de chirurgie plastique et esthétique 1998 ; 43.
- [38] Bonnetblanc J-M.
Tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques : carcinomes cutanés.
Annales de dermatologie et vénérologie 2005 ; 132 : 127-131.
- [39] Miller SJ, Maloney ME,
Cutaneous oncology, pathophysiology, diagnosis and management.
Blak well science, Malden, MA, 1998.
- [40] Thomas L
Tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques
La revue du praticien. 2002 ; 52.

- [41] Saldanha G, Fletcher A and Slater DN,
Basal cell carcinoma: a dermatopathological and molecular biological update,
Br J Dermatol 2003; 148: 195–202.
- [42] Lacour J P
Carcinome baso-cellulaire : Tumeurs cutanées
La revue du praticien. 1999; 49.
- [43] Douglas R. Gnepp, MD
Diagnostic Surgical Pathology of the Head and Neck, 2nd ed ;
Cutaneous Tumors and Pseudotumors of the Head and Neck, 2009
- [44] Salgarelli AC, Bellini GSP, Magnoni C et al.
Guidance flap choice for lip cancer : Principles, timing and estheticfunctional
results.
Rev. Esp. Cir. Oral Maxilofac. 2015 ; 38(1) :1-10
- [45] Lee J, Fernandez R, Jacksonville FL.
Microvascular reconstruction of extended total lip defects.
Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2007;104:170-6
- [46] Tazi N. El Jahd L. Rouadi S et al.
Les aspects thérapeutiques des cancers de la lèvre inférieure : notre expérience
durant la dernière décennie.
Annales françaises d'Oto rhinolaryngologie et de Pathologie Cervico-faciale,
2014, Volume 131, Issue 4, Page A117.
- [47] Beauvillain de Montreuil C, Bessède JP
Chirurgie des tumeurs cutanées de la face 2002 ; 5 :255-264.
- [48] Zaraa I, Ben Taazayet S, Dakhli I, et al.
[Squamous cell carcinoma of the lip: a report of 30 cases].
Tunis Med. 2013 Feb;91(2):144-9.

- [49] Ezzoubi M, Benbrahim A, Fihri JF, et al.
[Reconstruction after tumour's excision in lip's cancer: report of 100 cases]. Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord). 2005;126(3):141-6.
- [50] Jol JAD, Van Velthuisen MLF
Treatment results of regional metastasis from cutaneous head and neck squamous cell carcinoma
European Journal of surgical oncology. 2002; 29: 81-86.
- [51] Bessede J-P, Sannajust J-P, Vergnolles V.
Chirurgie des tumeurs des lèvres.
EMC, Techniques chirurgicales - Tête et cou 2006;46-238.
- [52] Rajaonarivelo-Gorochoy 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
Annales de chirurgie plastique esthétique 2006;51:531-35.
- [53] Ginestet G.
Reconstruction de toute la lèvre inférieure par des lambeaux nasogéniens totaux.
Rev. Odont. stomat. 1946; 8 :28
- [54] Casino A R, Toledano I P, Jorge J F, et al.
Brachytherapy in lip cancer.
Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2006;11:E223-9.
- [55] <http://www.reseau-melanome-ouest.com/melanome/classification-du-melanome.html>
- [56] Casal D, Carmo L, Melancia T, et al.
Lip cancer: a 5-year review in a tertiary referral centre. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2010 Dec;63(12):2040-5.

[57] Sakurai H, Soejima K, Takeuchi M, et al.

Reconstruction of perioral burn deformities in male patients by using the expanded frontal scalp.

Burns 2007;33:1059 –64.

[58] Foussadier F, Servant J-M.

Bilan d'activité des équipes de l'hôpital Saint-Louis à Niamey pour la prise en charge des séquelles de noma.

Annales de chirurgie plastique esthétique 2004 ;49 :345–54.

[59] Hafezi F, Naghibzadeh B, Nouhi AH.

Facial reconstruction using the visor scalp flap.

Burns 2002; 28 : 679–83.

[60] Barthélémy I, Sannajust J-P, et coll.

Cancers de la cavité buccale. Préambule, épidémiologie, étude clinique.

EMC, Stomatologie 2005;22-063-A-10

[61] Brix M.

Principes généraux de la chirurgie des lèvres.

Annales de Chirurgie Plastique Esthétique 2002 ; 47 :413–22.

[62] Pr Kamal D.

Iconographie : Service de Chirurgie ORL et Maxillo-faciale, Hôpital Omar Drissi de Fès.

[63] Payement G, Cariou J-L, Cantaloube D, et al.

Chirurgie réparatrice des lèvres

EMC ; Techniques chirurgicales - Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique 1997 ;45-555.

[64] V. Pinsolle, G. Robert, E. Sawaya, B. sommier, B. Pélissier

Prise en charge chirurgicale des carcinomes spinocellulaires

Annales de chirurgie plastique et esthétique 2012, 57, 114-117

[65] Estlander JA.

Méthode d'autoplastie de la joue ou d'une lèvre par un lambeau emprunté à l'autre lèvre.

Rev. Mens. Med. Chir. 1877;1:344-56

[66] Bey E, Hautier A, Pradier J-P.

Is the deltopectoral flap born again? Role in postburn head and neck reconstruction.

Burns 2009;35:123 – 29.

[67] Zwetyenga N, Lutz JC, Vidal N, et al.

Le lambeau de fascia temporal superficiel pédiculé.

Rev Stomatol Chir Maxillofac 2007;108:120-27.

[68] Stricker M, Simon E, Duroure F.

[Full thickness defects of the lips.Reconstructive techniques and indications].

Ann Chir Plast Esthet. 2002 Oct;47(5):449-78.

[69] Sakai S, Soeda S

A compound radial artery forearm flap for the reconstruction of lip and chin defect.

Br.J. Plast. surg:1989, 42:337-338.

[70] Langstein HN, Robb L.

Lip and Perioral Reconstruction.

Clin Plastic Surg 2005;32:431–45

[71] Merville LC.

Chirurgie réparatrice des lèvres. EMC, 2010 ;45400, 45401, 45402,4.7.12 ;

[72] Pech A, Senechal G, Laccourreyeh.

Le lambeau musculo-cutané de grand pectoral. Techniques actuelles de la chirurgie réparatrice en carcinologie cervicofaciale.

Société Française D'ORL et de pathologie cervico-faciale : 1996 :51-59

[73] Chavoin JP.

Reconstruction des lèvres.

Manuel de chirurgie plastique reconstructrice et réparatrice 2009 ; 503-523.

[74] Martin L, Bonerandi JJ.

Prise en charge diagnostique et thérapeutique du carcinome épidermoïde et de ses précurseurs.

Recommandations. Ann Dermatol Venereol 2009 ; 136(Suppl.5) :S189-242

[75] Ethunandan M, Macpherson DW, Santhanam V.

Karapandzic Flap for Reconstruction of Lip Defects.

J Oral Maxillofac Surg 2007;65:2512-17.

[76] Meresse T., Chavoin J.-P., Grolleau J.-L.

Chirurgie réparatrice des lèvres. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris),

Techniques chirurgicales - Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, 2010 ; 45-555.

[77] McCarn KE, Park SS.

Lip Reconstruction.

Otolaryngol Clin N Am 2007;40: 361–80.

[78] Freedman AM, Hidalgo DA.

Full-thickness cheek and lip reconstruction with the radial forearm free flap. Ann Plast Surg. 1990 Oct;25(4):287-94.

[79] Mutaf M, Bulut O, Sunay M, et al.

Bilateral musculocutaneous unequal-Z procedure: a new technique for reconstruction of total lower-lip defects.

Ann Plast Surg 2008 ;60;2:162-8.

[80] Simon E, Stricker M, Duroure F.

Les régions commissurales. Procédés de restauration et indications.

Annales de Chirurgie Plastique Esthétique 2002 ;47:479–502.

[81] Lebeau J, Sadek H.

Les lèvres dépassées. Techniques de reconstruction et indications.

Annales de Chirurgie Plastique Esthétique 2002;47 :503–19.

[82] Guinot J-L, Arribas L, Chust ML, et al.

Lip cancer treatment with high dose rate brachytherapy

Radiotherapy and Oncology 2003;69:113–115

[83] 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. 2006;56 ;4:384-6.

[84] Lapeyre M, Bellière A, Hoffstetter S, et al.

Curiethérapie des cancers de la tête et du cou (cavum exclu)

Cancer/Radiothérapie 2008 ; 83:512–6.

[85] Géry B, Brune D, Barrellier P.

Radiothérapie des cancers de la cavité buccale.

EMC 1999; 22-065-D-10 ;11.

[86] Mazeron JJ, Noël G, Simon J-M, et al.

Curiethérapie des cancers de la sphère ORL.

Cancer/Radiothérapie 2003 ;7 :62–72.

[87] Bucur A, Stefanescu L.

Management of patients with squamous cell carcinoma of the lower lip and NO - neck

Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery 2004;32:16–18.

[88] Wu C-F, Chen C-M, Chen C-H, et al.

Continuous intraarterial infusion chemotherapy for early lip cancer.

Oral Oncology 2007 ; 43:825–30.

[89] Védrine L, Chargari C, Le Moulec S, et al.

Chimiothérapie des cancers des voies aérodigestives supérieures.

Cancer/Radiothérapie 2008 ;12 ;110–19.

[90] Sheen MC, Sheu HM, Lai FJ, et al.

A huge verrucous carcinoma of the lower lip treated with intra-arterial infusion of methotrexate.

British Journal of Dermatology, Volume 2004;151;3:727 – 29.

[91] Ligier K, Belot A, Launoy G, et al.

[Epidemiology of oral cavity cancers in France].

Rev Stomatol Chir Maxillofac. 2011 Jun;112(3):164-71

[92] Nseir A, Estève E.

[Basal cell carcinoma].

Presse Med. 2008 Oct;37(10):1466-73.

[93] El bousaadani A, El Jahd B, Rouadi S, et al.

Facteurs de risque locaux et généraux exposant au carcinome épidermoïde de la muqueuse de la cavité orale : étude cas témoins sur 109 patients.

Annales françaises d'Oto-rhino-laryngologie et de Pathologie Cervicofaciale, 2014 ; Volume 131, Issue 4, Page A90

[94] LAKHMIRI M.

Les tumeurs malignes des lèvres. Thèse de doctorat en médecine. Rabat :
Université Mohammed V, 2015

[95]. Stucker F J, Lian T S.

Management of cancer of the lip.

Operative Techniques in Otolaryngology 2004;15;226-33

[96]. Dediol E, Luksić I, Virag M.

Treatment of squamous cell carcinoma of the lip.

Coll Antropol. 2008;32;2:199-202.

[97] Descrozailles JM, Daban A, Fontanel JP, et al.

[Cancer of the lips].

Rev Prat. 1983 May 21;33(29):1523-4, 1527-8, 1531-5.

[98] NFISSI A

Carcinomes des lèvres. Thèse de doctorat en médecine. Fes :

Université Sidi Mohammed Ben Abdellah, 2009

[99] Barrelier P, Granon C.

Épidémiologie des cancers de la cavité buccale.

Encycl Méd Chir (Elsevier SAS, Paris), (Stomatologie,22-063-B-10), 1997:10p

[100] Malard O, Michel G, Espitalier F.

Chirurgie des tumeurs des lèvres.

EMC-Techniques chirurgicales- Tête et cou 2013 ;8(1) :1-15[Article 46-238]

[101] Vahtsevanos K, Ntomouchtsis A, Andreadis C, et al.

Distant bone metastases from carcinoma of the lip: a report of four cases.

Int J Oral Maxillofac Surg. 2007 Feb;36(2):180-5.

[102] B. Pinatel, A. Mojallal

Prise en charge diagnostique et thérapeutique du carcinome cutané basocellulaire — Analyse des recommandations

Annales de chirurgie plastique esthétique ,2012 ; 57, 92—105

[103] Petit F, Betcher KE, Petit T.

[Mohs micrographic surgery: why? Why not?].

Ann Chir Plast Esthet. 2012 Apr;57(2):164-8.

[104] Benatar M, Dumas P, Cardio-Leccia N, et al.

[Interestand reliability of frozen section biopsy in the treatment of skin tumors].

Ann Chir Plast Esthet. 2012 Apr;57(2):125-31

[105] Chekrine T, Benhmidoune MA, Benchakroun N et al.

Carcinomes de la lèvre : à propos de 41 cas.

Cancer/Radiothérapie, 2008 ;Volume 12, Issue 6, Pages 739-740

[106] Wang CC.

Radiation Therapy for Head and Neck Neoplasms. (Third Edition ed.),

Wiley-Liss, New York (1997)

[107] Conill C, Verger E, Marruecos J, et al.

Low dose rate brachytherapy in lip carcinoma.

Clin Transl Oncol. 2007 Apr;9(4):251-4.

[108] Avril MF, Auperin A, Margulis A, et al.

Basal cell carcinoma of the face: surgery or radiotherapy? Results of arandomized study.

Br J Cancer. 1997;76(1):100-6.

[109] Brahem H, Kallel S, Hmida N, et al.

Réparation des pertes de substances transfixiantes des lèvres (A propos de 78 CAS).

37th world congress on military medicine Tunis. Tunisie, 2007 ; 20-25.