



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

Année 2021

Thèse N° 229

Le traitement chirurgical des tumeurs palpébrales

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 29/11/2021

PAR

Mlle. **Fatima Zahra DRISSI BAH**

Née Le 23/02/1996 à Marrakech

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Paupière – Tumeur bénigne – Tumeur maligne – Anatomopathologie –
Chirurgie d'exérèse – Chirurgie de reconstruction

JURY

Mr. **Y. DAROUASSI**

Professeur d'Oto-Rhino-Laryngologie.

PRESIDENT

Mr. **A. ABOUCHADI**

Professeur de Chirurgie Maxillo-Faciale.

RAPPORTEUR

Mr. **B. ABIR**

Professeur agrégé de Chirurgie Maxillo-Faciale.

Mr. **R. MESSAOUDI**

Professeur agrégé d'Ophtalmologie.

JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

قَالُوا سُبْحَنَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ

الْحَكِيمُ ﴿٣٢﴾

صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمُ

(سورة البقرة)



Serment d'hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale,

Je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

*Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades
sera mon premier but.*

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

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

Les médecins seront mes frères.

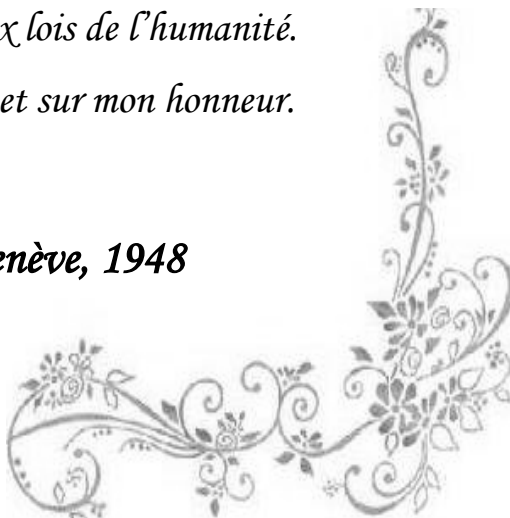
*Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération
politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

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

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948





*LISTE DES
PROFESSEURS*

UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires

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

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie	ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie- réanimation	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	FOURAIJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
ADALI Imane	Psychiatrie	GHOUNDALE Omar	Urologie
ADMOU Brahim	Immunologie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	JALAL Hicham	Radiologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
ALJ Soumaya	Radiologie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AMAL Said	Dermatologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KISSANI Najib	Neurologie
AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie -Virologie	LAKMICHI Mohamed Amine	Urologie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique	LAOUAD Inass	Néphrologie

ATMANE El Mehdi	Radiologie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato– orthopédie
BASSIR Ahlam	Gynécologie– obstétrique	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BELKHOUE Ahlam	Rhumatologie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENALI Abdeslam	Psychiatrie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie – réanimation
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie – générale	MOUFID Kamal	Urologie
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie – orthopédie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo– phtisiologie	NAJEB Youssef	Traumato– orthopédie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie– obstétrique	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie – chimie	NEJMI Hicham	Anesthésie– réanimation
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio– Vasculaire	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
BOURRAHOUE Aicha	Pédiatrie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHAFIK Rachid	Traumato– orthopédie	QACIF Hassan	Médecine interne
CHAKOUR Mohamed	Hématologie Biologique	QAMOUISS Youssef	Anesthésie– réanimation
CHELLAK Saliha	Biochimie– chimie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RADA Noureddine	Pédiatrie
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
DAHAMI Zakaria	Urologie	RAJI Abdelaziz	Oto–rhino–laryngologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	ROCHDI Youssef	Oto–rhino–laryngologie

EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SARF Ismail	Urologie
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	SORAA Nabila	Microbiologie - Virologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZOUHAIR Said	Microbiologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZYANI Mohammed	Médecine interne
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	GHAZI Mirieme	Rhumatologie
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie-embryologie cytogénétique
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	IHBIBANE Fatima	Maladies Infectieuses
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	KADDOURI Said	Médecine interne
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BELHADJ Ayoub	Anesthésie -Réanimation	MARGAD Omar	Traumatologie - orthopédie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo- phtisiologie	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino - Laryngologie

BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	NADER Youssef	Traumatologie – orthopédie
CHRAA Mohamed	Physiologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino – Laryngologie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie – Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio-vasculaire	SERGHINI Issam	Anesthésie – Réanimation
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZARROUKI Youssef	Anesthésie – Réanimation
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie thoracique
FAKHRI Anass	Histologie– embryologie cytogénétique		

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
AABBASSI Bouchra	Pédopsychiatrie	ESSADI Ismail	Oncologie Médicale
ABALLA Najoua	Chirurgie pédiatrique	FASSI FIHRI Mohamed jawad	Chirurgie générale
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio– organique
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique
ABOULMAKARIM Siham	Biochimie	HAJHOUI Farouk	Neurochirurgie
ACHKOUN Abdessalam	Anatomie	HAJJI Fouad	Urologie
AIT ERRAMI Adil	Gastro–entérologie	HAMMI Salah Eddine	Médecine interne
AKKA Rachid	Gastro – entérologie	Hammoune Nabil	Radiologie
ALAOUI Hassan	Anesthésie – Réanimation	HAMRI Asma	Chirurgie Générale
ALJALIL Abdelfattah	Oto–rhino–laryngologie	HAZIME Raja	Immunologie
AMINE Abdellah	Cardiologie	JALLAL Hamid	Cardiologie
ARROB Adil	Chirurgie réparatrice et plastique	JANAH Hicham	Pneumo– phtisiologie
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
AZAMI Mohamed Amine	Anatomie pathologique	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie clinique
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	LAHMINI Widad	Pédiatrie
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	LALYA Issam	Radiothérapie
BABA Hicham	Chirurgie générale	LAMRANI HANCH Asmae	Microbiologie–virologie

BELARBI Marouane	Néphrologie	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	MAOUJOURD Omar	Néphrologie
BELGHMAIDI Sarah	Ophtalmologie	MEFTAH Azzelarab	Endocrinologie et maladies métaboliques
BELLASRI Salah	Radiologie	MESSAOUDI Redouane	Ophtalmologie
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	MILOUDI Mohcine	Microbiologie – Virologie
BENCHAFAI Ilias	Oto-rhino-laryngologie	MOUGUI Ahmed	Rhumatologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	NASSIH Houda	Pédiatrie
BENZALIM Meriam	Radiologie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	OUEIRAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
CHAHBI Zakaria	Maladies infectieuses	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
CHEGGOUR Mouna	Biochimie	RAGGABI Amine	Neurologie
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
CHETTATI Mariam	Néphrologie	REBAHI Houssam	Anesthésie – Réanimation
DAMI Abdallah	Médecine Légale	RHARRASSI Isam	Anatomie–patologique
DARFAOUI Mouna	Radiothérapie	RHEZALI Manal	Anesthésie–réanimation
DOUIREK Fouzia	Anesthésie– réanimation	ROUKHSI Redouane	Radiologie
EL- AKHIRI Mohammed	Oto- rhino- laryngologie	SAHRAOUI Houssam Eddine	Anesthésie–réanimation
EL AMIRI My Ahmed	Chimie de Coordination bio–organnique	SALLAHI Hicham	Traumatologie– orthopédie
EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale	SAYAGH Sanae	Hématologie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	SBAAI Mohammed	Parasitologie–mycologie
EL GAMRANI Younes	Gastro–entérologie	SBAI Asma	Informatique
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
EL JADI Hamza	Endocrinologie et maladies métaboliques	SIRBOU Rachid	Médecine d’urgence et de catastrophe
EL KHASSOUI Amine	Chirurgie pédiatrique	SLIOUI Badr	Radiologie
ELATIQUI Oumkeltoum	Chirurgie réparatrice et plastique	WARDA Karima	Microbiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	YAHYA OUI Hicham	Hématologie
ELJAMILI Mohammed	Cardiologie	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
ELOUARDI Youssef	Anesthésie réanimation	ZOUIA Btissam	Radiologie
EL-QADIRY Rabiyy	Pédiatrie	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio– vasculaire

LISTE ARRÊTÉE LE 23/06/2021



DÉDICACES

*Ce moment est l'occasion d'adresser mes remerciements et
ma reconnaissance et de dédier cette thèse*



Je dédie cette thèse

A ma Maman chérie :

SARDIDE MALIKA

A toi ma douce et tendre maman, nulle expression ne saurait transmettre l'amour que je porte pour toi. Depuis ma naissance, durant mon enfance et même à l'âge adulte, tu as fait plus qu'une mère puisse faire pour que ses enfants suivent le bon chemin dans leurs vies. Ta gentillesse et ta bonté sont sans limites. Je n'ai jamais manqué de rien auprès de toi. Tu m'as comblée avec ta tendresse et affection dès mon premier jour. Pendant ce long trajet d'études, tant de larmes j'ai versées, tant de stress et d'angoisse m'ont bouleversée. Tu étais mon alliée, ma protectrice et ma confidente. Tes mots étaient les seuls au monde à pouvoir me reconforter, et tes bras étaient le refuge le plus paisible et chaleureux. Je te remercie, maman, de m'avoir soutenue lors de mes moments les plus faibles. C'est grâce à toi que je suis aujourd'hui médecin. Que mon travail soit témoin du grand amour, affection et gratitude que j'ai pour toi. Puisse Dieu tout puissant te préserver de tout mal, t'accorder une longue et heureuse vie afin que je puisse te rendre un minimum de ce que je te dois. Tu resteras à jamais le soleil qui illumine ma vie, et je resterai toujours ta petite fille, TITIMA qui t'aime inconditionnellement.

A mon papa chéri :
DRISSI BAHÍ MOULAY AHMED

Quoique j'écrive, je ne pourrai te remercier pour les innombrables sacrifices et efforts que tu continues de nous fournir jusqu'au jour d'aujourd'hui. Tu as toujours été le papa exemplaire, attentionné et protecteur. Tu m'as toujours poussée à aller de l'avant et à me surpasser quand je n'avais plus de force. Tu as su m'inculquer le sens de la responsabilité, de l'optimisme et de la confiance en soi face aux difficultés de la vie. Tes conseils ont toujours guidé mes pas vers la réussite. Ta patience sans fin, ta compréhension et ton encouragement sont pour moi le soutien indispensable que tu as toujours su m'apporter. Je te dois ce que je suis aujourd'hui et ce que je serai demain et je ferai toujours de mon mieux pour rester ta fierté et ne jamais te décevoir. Je suis si heureuse de pouvoir enfin concrétiser ton rêve, et je te dédie particulièrement ce titre de docteur car tu le mérites amplement. Puisse Dieu, le tout puissant, te protéger et t'accorder santé et longue vie afin que je puisse te rendre un minimum de ce que je te dois. J'espère que tu sois fier de ta petite fille.

A ma chère petite sœur :
la seule et unique Nwida :

Tu es la joie et le bonheur de notre famille. Quoique j'écrive, les mots ne sauraient exprimer l'amour et l'affection que je porte à ton égard. Tu es toujours là pour moi dans les bons comme dans les mauvais moments. Tu es le flambeau éclairant mon chemin. Tu m'as soutenue pour traverser les épreuves les plus pénibles et comblée tout au long de mon parcours. Tu es ma sœur, ma confidente et ma meilleure amie. Merci pour tout ce que tu fais pour moi. Merci pour l'amour et la joie que tu m'apportes. Puisse DIEU, le tout puissant, te préserver du mal et t'accorder santé, prospérité et longue vie. Je te dédie ce travail en témoignage de mon grand amour.

A mon cher frère Ismaïl :

La distance qui nous sépare ne saurait pas entamer les liens qui nous unissent. Je te remercie pour tout ce que tu es. Merci pour l'encouragement sans limites que tu ne cesses de manifester. Aucun mot et aucune phrase ne peuvent exprimer mes sentiments profonds d'amour, de respect et de reconnaissance. Merci pour le soutien moral et émotionnel. Merci de me rappeler toujours que tu étais et seras toujours là pour moi, j'en suis très reconnaissante. Je te souhaite beaucoup de bonheur, de santé et de réussite dans ta vie. Je te dédie ce travail en témoignage de mon grand amour. Que Dieu nous unisse pour toujours.

A ma chère tante : SARDIDE FATIMA

Tu es ma deuxième maman. Je ne saurais exprimer l'amour et l'affection que j'ai pour toi. Tu es l'exemple illustré de la femme forte et combattante. Tu m'as toujours soutenue et poussée à donner mon meilleur. Tu as toujours su me reconforter dans mes périodes de préparation. Ce que je suis devenue aujourd'hui n'aurait jamais été sans tes prières et tes encouragements. Je te dédie aujourd'hui ce travail qui est le témoin de ma reconnaissance et ma gratitude. J'espère que tu sois fière de moi.

A ma chère grand-mère : MILALLA

Qui m'a accompagnée par ses prières, sa douceur et son courage. Je te dédie ce modeste travail en espérant que dieu le tout-puissant te procure santé et longévité.

A la mémoire de mes très chers grands-parents Paternels et Maternels: J'aurais tant aimé que vous soyez présents. Que votre âme repose en paix. Que Dieu tout puissant vous accorde sa clémence et sa miséricorde.

*À mes Oncles et Tantes, Cousins et Cousines, petits et grands, aux
membres de toutes les familles :*

SARDIDE et DRISSI BAHÍ

*J'aurais aimé pouvoir citer chacun par son nom. Vous aviez toujours su
rendre, les moments les plus difficiles, plus joyeux. J'ai une chance
inestimable d'être née dans une famille si aimante et si généreuse. Pour
tous les moments de folies qu'on a passés ensemble, je vous dédie ma chère
famille ce travail avec tous mes vœux de bonheur, de santé et de réussite.*

*Sans vous, rien n'aurait été possible. Merci pour les valeurs que vous
m'avez transmises, vos encouragements, votre amour, votre patience et
votre soutien quotidien tout au long de ces années. Merci de m'avoir
toujours écoutée, conseillée et d'avoir cru en moi.*

À mes rotí et meilleures amies :

Yousra Chafiq et Hanae Eddoughri

*Les mots ne peuvent exprimer les sentiments que je vous porte. Je suis
chanceuse de vous avoir dans ma vie. Certes, vous n'êtes pas mes sœurs de
sang, mais vous êtes mes sœurs d'âme. A tous les moments que nous avons
passés ensemble, à tous nos voyages et nos aventures, à notre collocation
pendant le Covid, et toutes nos séances de cuisine et de sport, bref, à tous
nos souvenirs, nos fous rires et nos moments de folie. La vie nous a réunies
dès nos premiers jours. On s'est rencontrées au primaire et on a grandi
ensemble. Le destin nous a séparé pendant quelques années avant de nous
réunir de nouveau, cette fois à la faculté de médecine et de pharmacie de
Marrakech, toutes avec le même objectif, d'arriver à ce jour tant attendu,
et depuis, je ne me rappelle du nombre tant de jours que de nuits que nous
avons passés ensemble.*

Rtito Yousra,

Déjà 18 ans que l'on se connaît, qu'on se supporte, qu'on s'apporte mutuellement chaque jour des rires et des folies. Tu es ma meilleure amie, mon binôme de tkhbach, ma compagne de voyage, ma sœur et ma confidente. Merci pour ce que tu es. Merci pour tes états d'âme et tes originalités. Merci pour l'affection et l'amour dont tu m'as toujours entourée. Merci pour l'encouragement sans limites que tu ne cesses de manifester. Que Dieu te protège et te réserve le meilleur avenir, et puisse l'amour et la fraternité nous unir à jamais.

Rtito Hanae,

Mon binôme de garde depuis le premier jour, le gros bébé et la fofolle de notre trio. La plus tendre et la plus douce. L'occasion m'est offerte pour te dire merci d'être toujours à mes côtés, pour ton amour infini et pour tous ces moments de joie, fous rires et aventures que tu m'as offerts, sans toi ma vie n'aurait jamais eu le même goût. Merci de me comprendre sans même avoir à parler, merci de garder mes secrets et de m'avoir redonnée le sourire dans les moments difficiles. Merci de me soutenir dans les moments les plus difficiles, et de m'aimer sans contrepartie.

Je vous souhaite tout le bonheur et le succès dans votre vie.

Puisse Dieu vous accorder santé, joie et longue vie. Je vous dédie ce travail en hommage à notre belle amitié et à l'amour que je porte envers vous.

THIS IS JUST THE BEGINNING, THE BEST IS YET TO COME!!

*A mes très chers amis : Ali Boudounit, Kenza Abounaïme,
Nizar Amllah, Amine Afif, Mohamed Amine Eddahoui, Meryem
Eddehbi, Anas Dalouhamouch, Yassine Eladeli, Hamza Takouit,
Chaymaa Benyamna, Yousra Saïd, Aaimran Achibane, Reda Chantaoui,
Yassine, Anas, Ismaïl, Youssef, Rajae, Moad, Ayyoub, Achraf ...
En souvenir des moments merveilleux que nous avons passés et aux liens
solides qui nous unissent. Un grand merci pour votre soutien, vos
encouragements, votre aide. J'ai trouvé en vous le refuge de mes chagrins
et mes secrets. Avec toute mon affection et estime, je vous souhaite
beaucoup de réussite et de bonheur, autant dans votre vie professionnelle
que privée. Je prie Dieu pour que notre amitié et fraternité soient
éternelles.*

*A tous mes amis et collègues, à mes maîtres de la Faculté de Médecine Et
de Pharmacie de Marrakech, à mes enseignants tout au long de mon
parcours scolaire et à tous ceux qui me sont chers et que j'ai
involontairement omis de citer. En témoignage de mes profonds respects.
Ce travail est aussi le vôtre.*



REMERCIEMENTS

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MR. DAROUASSI YOUSSEF

*Professeur en Oto-Rhino-Laryngologie à l'Hôpital Militaire de
Marrakech.*

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

A NOTRE MAÎTRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE

MR. ABOUCHADI ABDELJALIL

*Professeur de chirurgie maxillo-faciale l'hôpital Militaire de Marrakech
Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de nous confier ce
travail. Nous vous remercions de votre patience, votre disponibilité, de
vos encouragements et de vos précieux conseils dans la réalisation de ce
travail. Votre compétence, votre dynamisme et votre rigueur ont suscité
en nous une grande admiration et un profond respect. Vos qualités
professionnelles et humaines nous servent d'exemple. Veuillez croire à
l'expression de ma profonde reconnaissance et de mon grand respect.*

NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE

MR. ABIR BADREDDINE

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

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

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE

Mr. MESSAOUDI REDOUANE

*Professeur Agrégé en ophtalmologie à l'hôpital Militaire de Marrakech.
Vous nous faites un grand honneur en acceptant d'assister parmi le jury
de cette thèse. Vos qualités professionnelles et la sympathie que vous
témoignez à tous ceux qui vous sollicitent suscitent notre admiration.
Permettez-nous de vous faire grande estime et notre haute considération.*



ABRÉVIATIONS

Liste des abréviations :

PDS	: Perte de substance
BAV	: Baisse de l'acuité visuelle
OD	: Œil droit.
OG	: Œil gauche.
TDM	: Tomodensitométrie.
IRM	: Imagerie par résonance magnétique.
ORL	: Oto-rhino-laryngologie.
ADP	: Adénopathie.
CBC	: Carcinome baso-cellulaire
CE	: Carcinome épidermoïde



PLAN

INTRODUCTION	1
MATÉRIEL ET MÉTHODES	4
I. Type d'étude	5
II. Durée de l'étude	5
III. Lieu de l'étude	5
IV. Recrutement des patients	5
1. Les critères d'inclusion	5
2. Critères d'exclusion	5
3. L'échantillonnage	5
V. Méthodes	6
1. Le recueil des données	6
2. Le traitement des données	6
RÉSULTATS	8
I. Profil épidémiologique	9
1. Répartition selon les années	9
2. Répartition selon l'âge	9
3. Répartition selon le sexe	10
4. Origine géographique	11
5. Antécédents	12
II. Résultats cliniques	14
1. Délai de consultation	14
2. Les signes fonctionnels	15
3. Examen clinique	15
III. Résultats paracliniques	18
1. Imagerie	18
2. Bilan préopératoire	19
IV. Résultats thérapeutiques	19
1. La chirurgie	19
2. La radiothérapie	22
3. La chimiothérapie	22
V. Résultats postopératoires et suivi	22
DISCUSSION	23
I. Rappel théorique	24
1. Rappel embryologique	24
2. Rappel anatomique	24
3. Physiologie de la paupière	39
4. Histoire naturelle des tumeurs	41
5. Classification des tumeurs	42
6. Rappel histologique	50
II. Analyse des données	55
1. Données épidémiologiques	55

2. Données cliniques	60
3. Données paracliniques	65
4. Données thérapeutiques	68
5. Analyse des résultats thérapeutiques et suivi des patients	112
CONCLUSION	116
ANNEXES	118
RESUMES	124
BIBLIOGRAPHIE	129



Les paupières sont des lames cutané-musculo-fibreuse qui jouent un rôle important dans la physiologie de l'œil. Elles constituent un bouclier de protection pour le globe oculaire, et permettent l'étalement du film lacrymal sur la cornée grâce au clignement, participant ainsi au maintien de la fonction optique et assurant l'hydratation et la nutrition de la cornée.

La pathologie tumorale des paupières est au carrefour de plusieurs spécialités comme la chirurgie maxillo-faciale, l'ophtalmologie, la dermatologie, l'ORL ainsi que la médecine générale. Il s'agit de lésions peu fréquentes, mais dont le pronostic peut être grave sur le plan esthétique, fonctionnel voire même vital.

L'examen clinique initial est un temps capital dans la prise en charge des tumeurs palpébrales. La finesse de cet organe fait en sorte que toute lésion tumorale palpébrale entraîne sa déformation, d'où l'intérêt de l'inspection qui permet de détecter les anomalies qu'elle puisse comporter. En plus de la gêne et du dysfonctionnement qu'une tumeur palpébrale puisse engendrer, elle porte atteinte à l'esthétique de la paupière et du visage. Tout ceci motivera une consultation de médecine générale, d'ophtalmologie, de dermatologie ou de chirurgie maxillo-faciale. Il est donc nécessaire pour tout clinicien, de reconnaître la lésion et de maîtriser sa prise en charge.

La complexité architecturale de la région palpébrale explique la grande diversité histologique de la pathologie tumorale. Les progrès de la radiologie notamment la TDM ou encore l'IRM ont permis une approche diagnostique plus fine. Toutefois, l'analyse anatomo-pathologique constitue le pilier diagnostique de cette pathologie. Elle permet grâce à une analyse microscopique de l'architecture histologique et de la composition cellulaire de préciser la nature histologique de la tumeur.

Une tumeur bénigne nécessite parfois une simple surveillance, cependant, certains patients réclament un certain résultat esthétique même devant une tumeur bénigne, il est nécessaire alors pour le chirurgien de proposer le traitement adéquat tout en respectant la physiologie de la paupière. Cependant, pour les lésions précancéreuses et cancéreuses, l'exérèse chirurgicale constitue le traitement de choix pour un meilleur pronostic.

Cette prise en charge représente un vrai challenge pour le chirurgien, qui doit non seulement respecter les règles carcinologiques lors de la chirurgie d'exérèse des tumeurs malignes, mais aussi les règles de reconstruction pour rétablir les fonctions mécaniques, physiologiques et esthétiques des paupières.

La radiothérapie semble une alternative intéressante lorsque la chirurgie est contre indiquée ou en complément de celle-ci.

Nous avons choisi de discuter, dans cette thèse, la chirurgie en raison de son importance dans la pathologie tumorale palpébrale, et ce à travers une étude rétrospective des dossiers de tumeurs palpébrales hospitalisés au sein du service de chirurgie maxillo-faciale à l'hôpital militaire de Marrakech, de Janvier 2016 à Décembre 2020.

Les objectifs de ce travail :

- Illustrer le profil épidémiologique des patients atteints de tumeurs palpébrales.
- Préciser les modalités thérapeutiques chirurgicales de ces tumeurs
- Discuter les moyens de chirurgie réparatrice des PDS des paupières, leurs indications et leurs résultats.

Cette thèse est une modeste contribution qui pourrait servir dans la pratique quotidienne du chirurgien maxillo-facial. Il ne s'agit donc pas de décrire toutes les formes possibles de tumeurs palpébrales et tous les traitements réalisables. Nous nous sommes concentrés sur les tumeurs les plus fréquentes et les plus caractéristiques selon l'analyse anatomopathologique.



I. Type d'étude:

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

II. Durée de l'étude :

La période étendue du 1er janvier 2016 au 31 Décembre 2020.

III. Lieu de l'étude :

Service de chirurgie maxillo-faciale de l'Hôpital Militaire de MARRAKECH.

IV. Recrutement des patients :

1. Les critères d'inclusion :

Nous avons inclus dans notre étude tous les patients hospitalisés au service pour tumeur palpébrale, ayant bénéficié d'un examen clinique complet et d'un traitement chirurgical.

2. Critères d'exclusion :

Nous avons éliminé les patients n'ayant pas bénéficié d'un traitement chirurgical ou perdus de vue et les dossiers inexploitable.

3. L'échantillonnage :

Nous avons inclus 34 patients dans notre étude, qui ont été tous hospitalisé au service de chirurgie maxillo-faciale de l'hôpital militaire de Marrakech et qui répondaient aux critères d'inclusion.

V. Méthodes :

1. Le recueil des données :

- Le recueil des données cliniques, radiologiques, histologiques et thérapeutiques est réalisé pour chaque patient à partir des dossiers médicaux archivés dans le service de chirurgie maxillo-faciale.
- Ces informations sont recueillies selon une fiche d'exploitation établie au préalable. (Annexe1).
- Les photographies pré et post-opératoires de la tumeur sont prises systématiquement.

2. Le traitement des données :

Les données recueillies à travers la fiche d'exploitation préétablie ont été rassemblées puis analysées en utilisant le programme Microsoft Excel. Les résultats statistiques des variables de notre échantillon sont présentés sous forme de tableaux et de graphes.

Pour chaque dossier, des données pré, per et post-opératoires ont été recueillies :

2.1. Les données préopératoires comprenaient :

a. Des données épidémiologiques:

- L'âge du patient.
- Le sexe.
- L'origine géographique
- Les antécédents personnels et familiaux du patient.

b. Des données cliniques :

- La date du début de la symptomatologie et le délai de consultation ainsi que la durée d'évolution.
- Les caractères de la tumeur : l'aspect clinique, la taille, la localisation et le degré d'envahissement local.
- La présence d'adénopathies locorégionales.
- L'examen somatique complet et le bilan d'extension clinique.

c. Des données paracliniques :

- La réalisation d'examens d'imagerie (TDM/IRM), ainsi qu'un bilan d'extension radiologique au besoin.
- Le bilan biologique préopératoire.

2.2. Les données peropératoires :

- Le type d'exérèse.
- Le mode de reconstruction.

2.3. Les données post- opératoires et suivi des patients :

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



I. Profil épidémiologique :

1. Répartition selon les années :

Sur une période de 5 ans, de Janvier 2016 à Décembre 2020, nous avons collecté 34 dossiers de tumeurs palpébrales, soit une moyenne de 6,8 tumeurs par an avec un pic de 10 tumeurs retrouvé au cours de l'année 2018. 8 tumeurs ont été retrouvées en 2016, 7 tumeurs en 2017, 5 tumeurs en 2019 et 4 tumeurs en 2020.

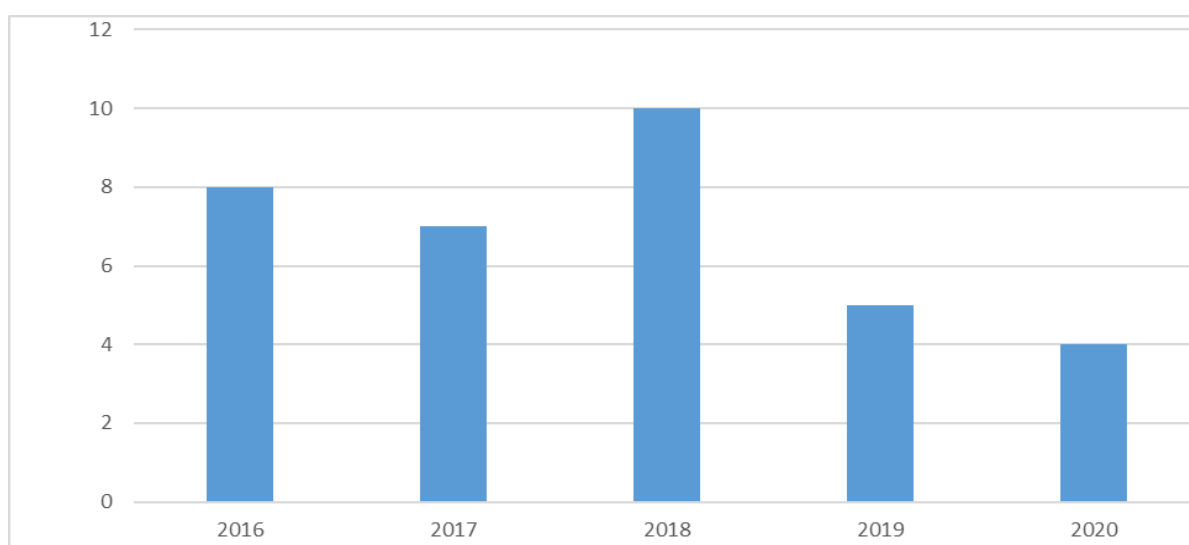


Figure N°1 : Répartition des patients selon les années.

2. Répartition selon l'âge:

- Tous patients confondus, l'âge moyen lors du diagnostic de la tumeur est de 58 ans avec des extrêmes allant de 32 à 85 ans.
- Chez le sexe masculin, l'âge moyen est de 58,16 ans avec des extrêmes allant de 41 à 85ans.
- Chez le sexe féminin, l'âge moyen est de 61.77% ans avec des extrêmes allant de 32 à 84 ans.

- 16 patients présentent un âge avancé de plus de 60 ans, soit une moyenne de 47,05%.
- La moyenne d'âge chez les patients qui présentaient une tumeur maligne était de 59 ans
- La moyenne d'âge chez les patients qui présentaient une tumeur bénigne était de 35 ans.
- La majorité des cas se concentre dans la tranche d'âge 50–70 ans, avec 22 cas soit 64,7%. Les patients ayant entre 30–50 ans étaient au nombre de 7 soit 20,58% des cas. Finalement 5 cas au-delà de 70 ans soit 14,7%.

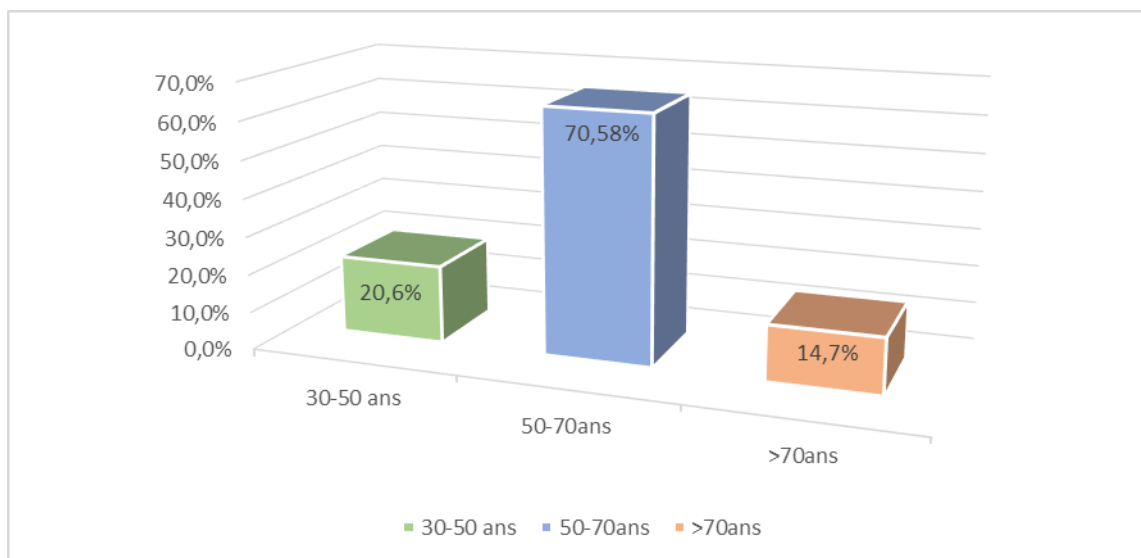


Figure N°2: Répartition des patients selon la tranche d'âge.

3. Répartition selon le sexe:

- Notre série comporte 18 hommes soit un pourcentage de 53% et de 16 femmes soit un pourcentage de 47%.
- Nous pouvons ainsi conclure à un sexe ratio de 1,125.

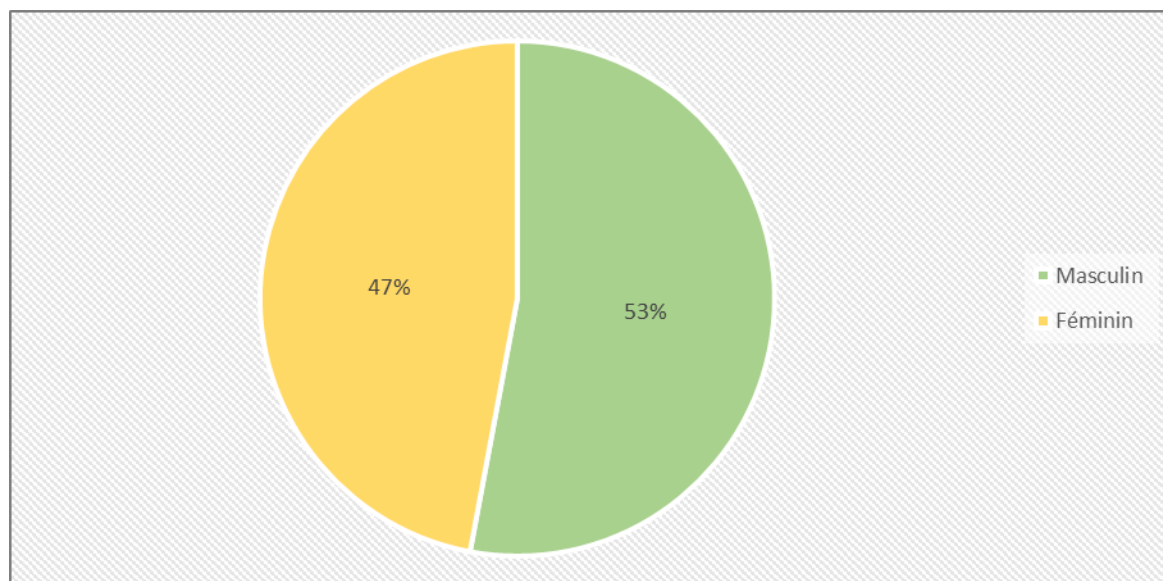


Figure N°3: Répartition des patients selon le sexe.

4. Origine géographique :

22 patients soit 64.7% des cas de notre série sont d'origine rurale contre 12 soit 35.3% des patients d'origine urbaine.

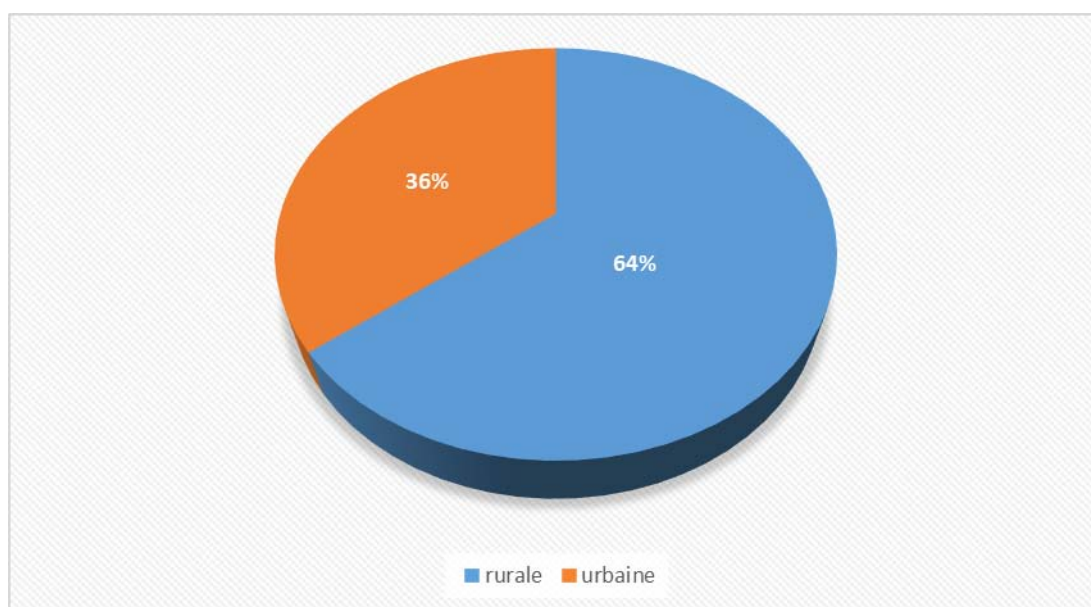


Figure N°4 : Origine géographique.

5. Antécédents :

5.1. Phototype :

- Le phototype IV était le prédominant avec un pourcentage de 64% suivi du phototype 5 dans 12%.

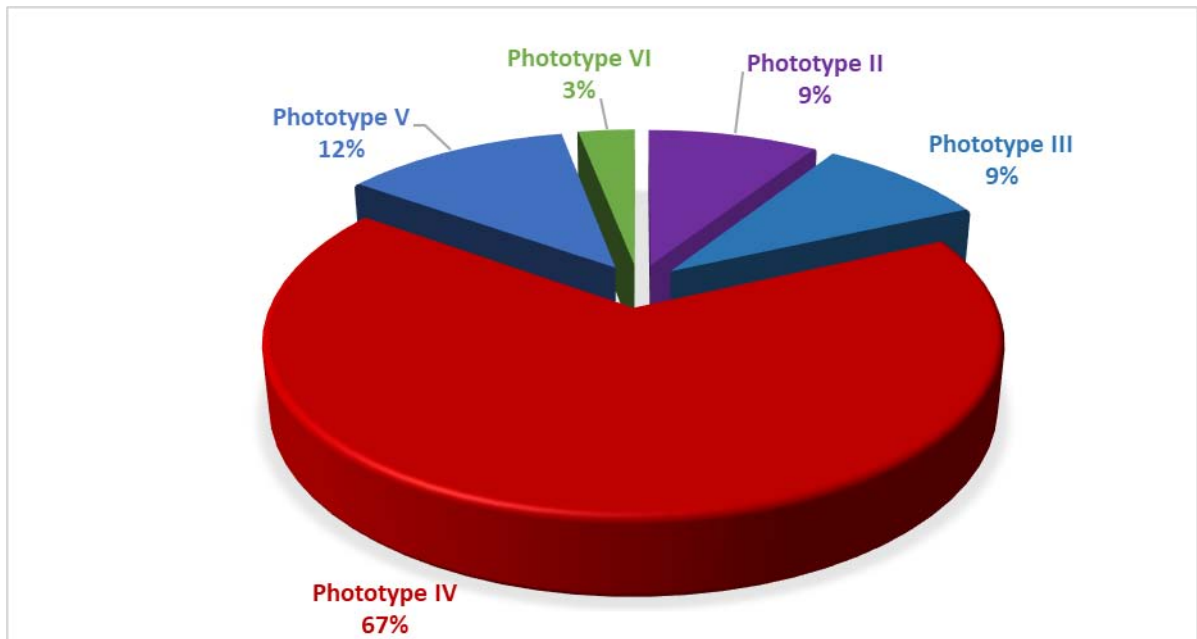


Figure N°5: Répartition des patients selon leur phototype

5.2. Exposition solaire :

- 91,17% des patients étaient exposés au soleil durant leur vie avec absence de protection solaire tandis que seulement 8,83% n'avaient aucune exposition au soleil.
- Elle ne peut être précisément quantifiable, cependant, elle est retrouvée de façon plus importante chez le genre masculin, où elle est principalement liée à une activité professionnelle.

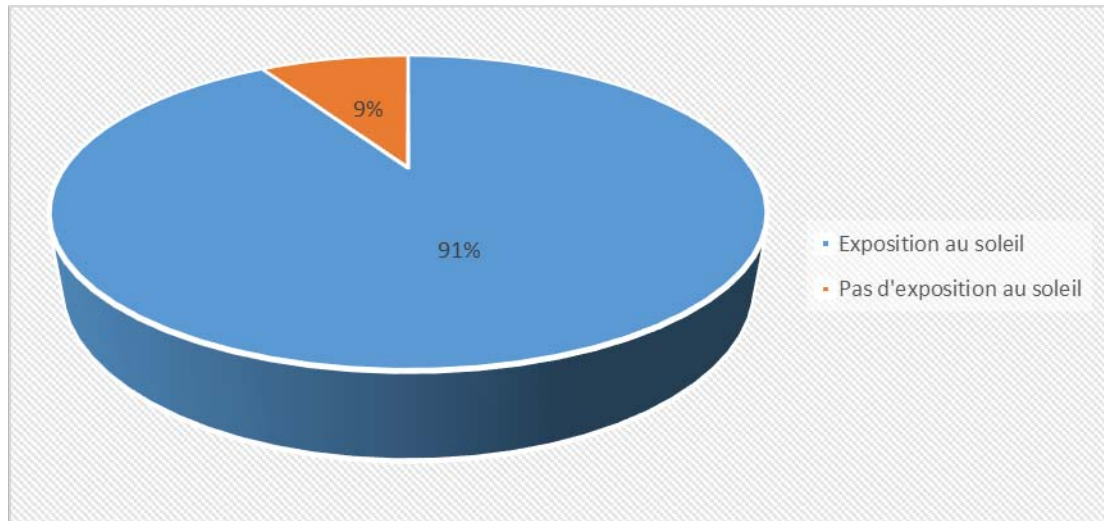


Figure N°6 : L'exposition au soleil.

5.3. Lésions précancéreuses :

- 3 patients qui présentaient une lésion de kératose actinique avaient développés un carcinome baso-cellulaire.
- Aucune autre lésion précancéreuse n'a été recensée notamment pas de maladie de Bowen, ni de Xeroderma Pigmentosum.

5.4.

Dans notre série, nous rapportons 4 cas de récives tumorales :

- 3 patients ont présentés une récive tumorale de type carcinome épidermoïde intéressant respectivement : un canthus interne gauche, une paupière inférieure gauche et une paupière inférieure droite. Ces patients avaient bénéficié d'une exentération suite à cette récive. Les délais de récive étaient de 12 mois, 9 mois et 20 mois respectivement.
- 1 patient présentait un carcinome méta-typique baso-spinocellulaire massivement infiltrant des 2 paupières, ayant bénéficié d'une exérèse chirurgicale, et ayant présenté une récive 4 ans après avec envahissement de l'orbite droit.

5.5. Le tabagisme :

Le tabagisme a été retrouvé chez 12 patients (35,29%), dont 9 avaient développés un carcinome baso-cellulaire, 2 un carcinome épidermoïde et 1 carcinome méta-typique.

5.6. Les autres antécédents :

- 4 patients étaient hypertendus sous traitement antihypertenseur, bien contrôlée lors de la prise en charge.
- 5 patients étaient diabétiques de type 2, sous antidiabétiques oraux, avec des chiffres de glycémie équilibrés lors de la prise en charge.
- 1 patient présentait une cardiopathie ischémique et 1 patient présentait une dyslipidémie sous traitement.
- 1 patiente présentait une allergie à la pénicilline.
- Par ailleurs, 16 patients ne présentaient aucun antécédent pathologique particulier, soit un pourcentage de 47%.

5.7. Cas similaires dans la famille :

Aucun patient ne présentait de cas similaires dans la famille.

La récurrence tumorale :

II. Résultats cliniques :

1. Délai de consultation :

- Le délai entre le début de la symptomatologie clinique et le diagnostic variait entre 1 mois et 8 ans, avec un délai moyen de 22 mois.
- 23 patients parmi notre série ont consulté à un délai de plus de 12 mois après l'apparition du premier signe clinique, soit un pourcentage de 67,64%.

2.

Tableau N°I : Les différents signes fonctionnels.

	Nombre de cas	Pourcentage
Masse	24	70,58%
Ulcération	10	29,41%
Nævus	3	8,82%
Récidive tumorale	4	11,76%
Signes associés		
Larmoiement	3	8,82%
BAV	5	14,70%
Douleur	4	11,76%
Saignement au contact	6	17,64%
Limitation des mouvements oculomoteurs	3	8,82%
Signes inflammatoires	1	2,94%

3. Examen clinique :

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

3.1. Caractéristiques de la tumeur :

a. Le siège tumoral :

Dans notre série, les lésions tumorales intéressaient pratiquement toutes les régions palpébrales avec des proportions différentes :

- La paupière inférieure présente le siège de prédilection des tumeurs palpébrales avec 12 cas soit 35,29%.
- Le canthus interne vient en seconde position avec 11 cas soit 32,35% suivie de la paupière supérieure avec 6 cas soit 17,64%.

Les signes fonctionnels : 2 cas (2%) présentaient une atteinte du canthus externe soit 8,82%

- 2 patients présentaient une atteinte de toute la région palpébrale, soit 5,88%.

Nous avons également noté que l'atteinte de l'œil droit était prédominante, avec 20 cas parmi notre série, soit 58,82% contre 14 cas pour l'œil gauche soit 41,18%.

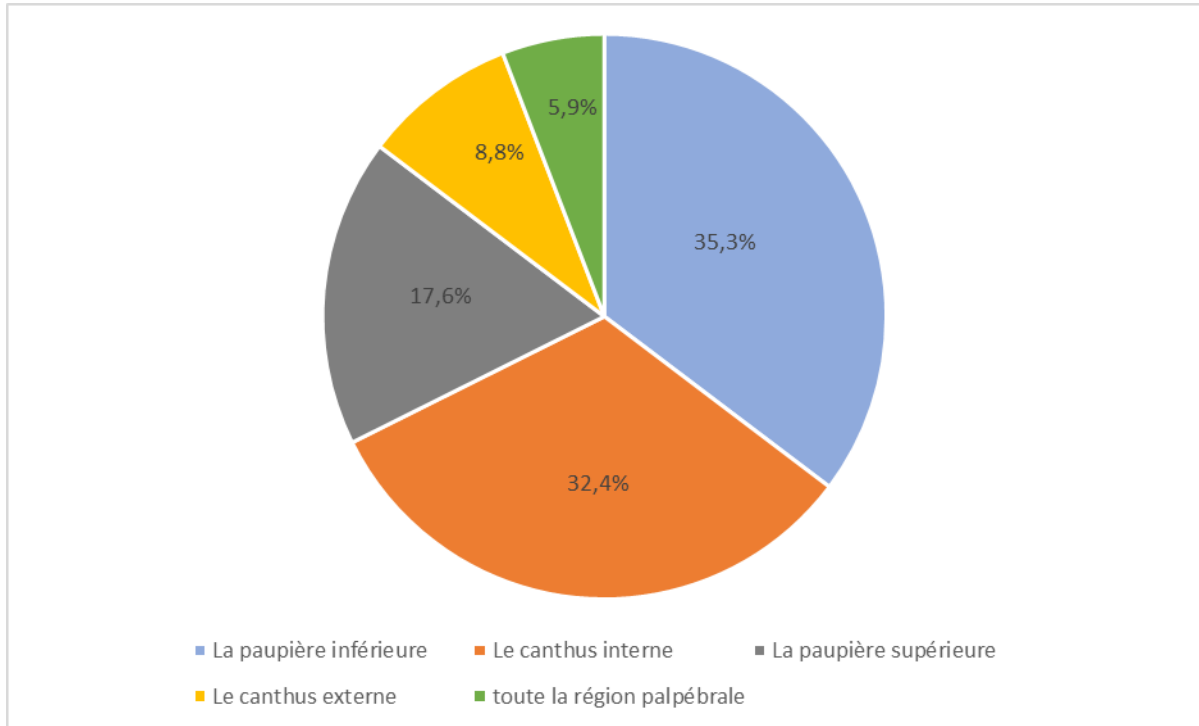


Figure N°7 : Répartition des tumeurs selon leur siège.

b. L'aspect macroscopique :

L'aspect macroscopique était dominé par les lésions ulcérées dans 35% de cas, suivi des lésions nodulaires chez 29% des patients, ainsi que les lésions ulcéro-bourgeonnantes qui occupent la 3^e place avec 24% de cas. Les lésions ulcéro-nodulaires représentaient la minorité avec 12% de cas.

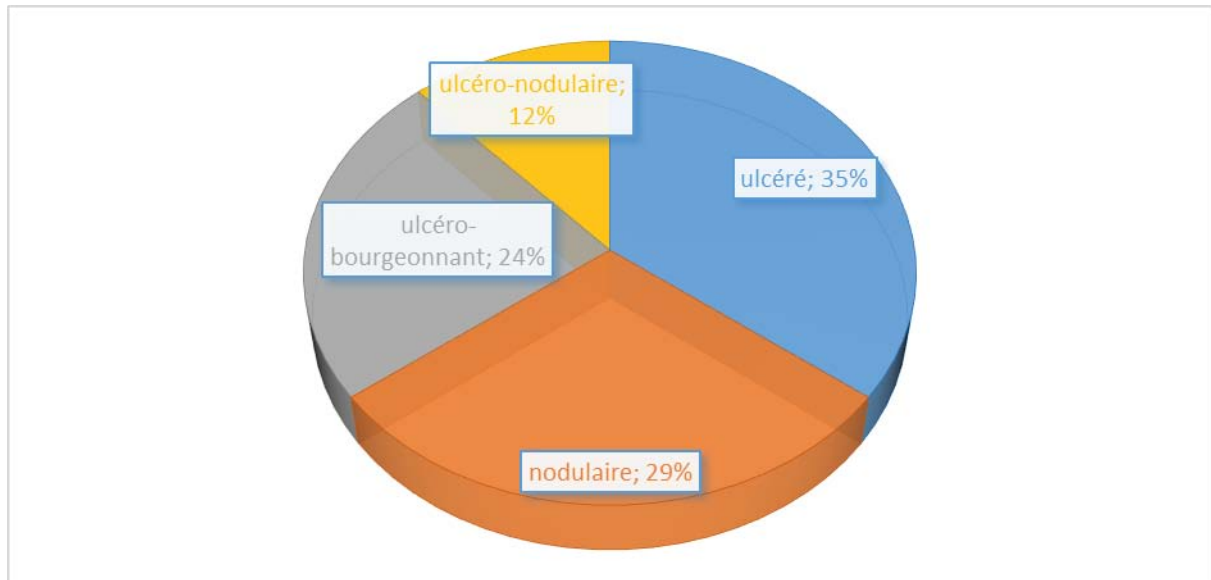


Figure N°8 : Répartition des tumeurs selon l'aspect macroscopique.

c. La taille tumorale :

La taille tumorale tous types confondus, mesurée selon le plus grand axe, variait entre 20 et 70mm avec une moyenne de 32mm.

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

3.2. Examen locorégional et somatique :

- 6 patients présentaient un saignement au contact de la tumeur.
- 5 patients présentaient une réduction de la fente palpébrale et une BAV.
- 4 patients présentaient une douleur à la palpation de la tumeur, 4 autres présentaient un envahissement du bord libre avec une perte de cils.
- 3 patients présentaient une extension à l'aile du nez, 3 autres présentaient une limitation des mouvements oculaires.
- 1 patient présentait un envahissement total du globe oculaire avec des signes inflammatoires importants.

- 2 cas d'adénopathies pré-tragiennes et sous mandibulaires ont été notées chez des patients qui présentaient un carcinome spinocellulaire.
- L'examen ORL et le reste de l'examen somatique étaient sans particularités chez tous les patients.

III. Résultats paracliniques :

1. Imagerie :

1.1. TDM/IRM Maxillo-Faciale :

Nous avons réalisé un examen tomodensitométriques de l'orbite chez 7 patients (20.58%), ses indications étaient la taille tumorale importante, la fixité aux plans sous-jacents et le caractère envahissant évident à l'examen clinique:

- 4 soit 11,73% étaient des récives tumorales avec un envahissement massif du globe.
- Dans 1 cas (2,9 %), la tumeur envahissait les structures du globe notamment la graisse extra et intra-conique, le muscle droit externe, la choroïde et la paroi osseuse.
- dans 2 cas (5,88%) restants, la TDM n'a pas objectivé d'envahissement des structures avoisinantes.

Aucun examen d'imagerie par résonnance magnétique n'a été réalisé dans notre série.

1.2. Bilan d'extension :

Un bilan d'extension a concerné certains patients chez qui la maladie pouvait disséminer, il était fait d'une radiographie et une TDM pulmonaire ainsi qu'une échographie abdominale qui sont revenues normales.

2. Bilan préopératoire :

Tous nos patients avaient bénéficié d'un bilan préopératoire systématique qui comprenait :

- Bilan biologique : hématologique (NFS-PQ et groupage-RH), hémostase (TP-TCK), glycémie, bilan rénal (urée et créatininémie), protidémie et ionogramme sanguin (sodium, potassium, chlorure).
- Bilan radiologique : radiographie thoracique qui est revenue sans anomalies pour tous les patients.
- Un ECG, une écho-cœur et un avis cardiologique pour les patients à risque.
- Consultation pré-anesthésique : aucun patient ne présentait de contre-indication à l'anesthésie.

IV. Résultats thérapeutiques :

- Tous nos patients avaient bénéficié d'un traitement chirurgical d'exérèse, puis d'un geste de reconstruction dans un deuxième temps. 3 patients avaient bénéficié également d'une radiothérapie supplémentaire.

1. La chirurgie :

1.1. La chirurgie d'exérèse :

- Tous nos patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical.
- Les kystes sébacés ont bénéficié d'une exérèse simple (8.82%).
- Les nævus ont bénéficié d'une exérèse simple (11.74%).
- Nous avons eu recours à des exentérations à 5 reprises soit chez 15% des malades : suite à des récidives tumorales et un envahissement massif du globe, dont 2 (soit 2,94%) avaient également bénéficié d'un curage ganglionnaire associé.

- 22 de nos malades soit 64,70% ont bénéficié d'une exérèse de la tumeur suivie d'une reconstruction.
- Toutes les pièces d'exérèses ont été envoyées au laboratoire d'anatomopathologie pour confirmer le type histologique et analyser les marges d'exérèse.
- Les marges cutanées de sécurité variaient entre 3mm et 10mm.
 - 3mm : 12 cas
 - 5 mm : 14 Cas
 - 10 mm : 8 cas

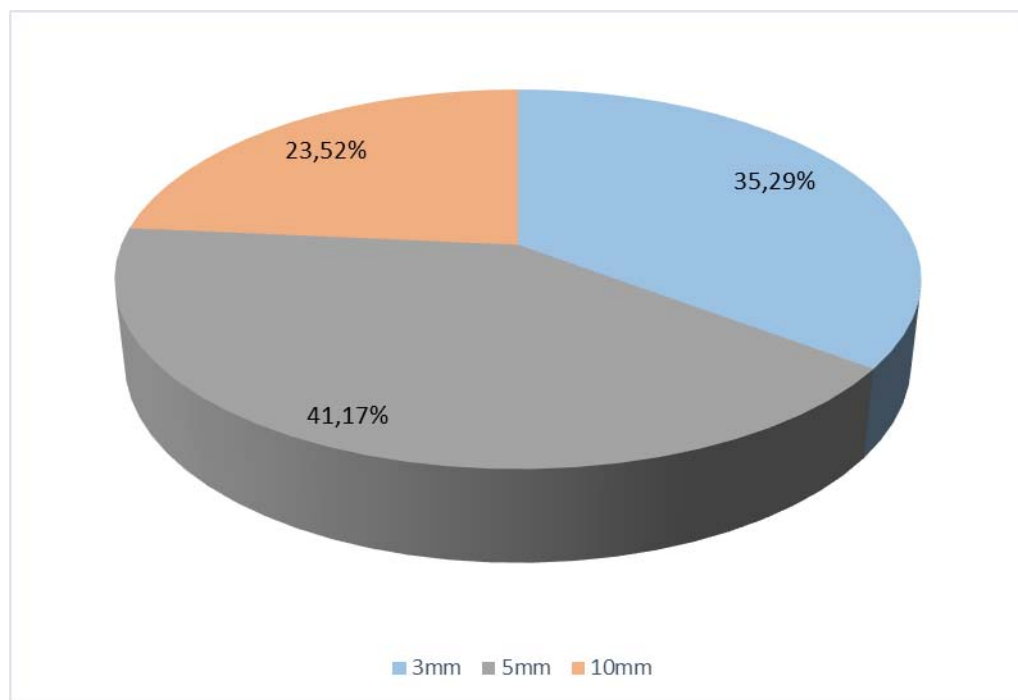


Figure N°9 : Répartition selon les marges d'exérèse.

1.2. Les résultats de l'examen histologique des pièces d'exérèse :

Tous les patients de notre série avaient bénéficiés d'une étude anatomo-pathologique des pièces d'exérèse chirurgicale qui avait révélé :

- 20 cas de carcinome baso-cellulaire soit 58,82%.
- 5 cas de carcinome spinocellulaire soit 14,70%.
- 1 carcinome méta-typique baso-spinocellulaire très infiltrant soit 2,94%.

- 1 cas de carcinome adénoïde kystique à point de départ lacrymal soit 2,94%.
- Les autres types de tumeurs retrouvés dans notre série comportaient : 4 cas de nævus palpébral (11,76%) et 3 cas de kystes sébacés (8,82%)
- Les marges d'exérèse montraient une exérèse incomplète de carcinomes baso-cellulaires dans 3 cas (8.82%), dans le reste des cas l'exérèse était complète.

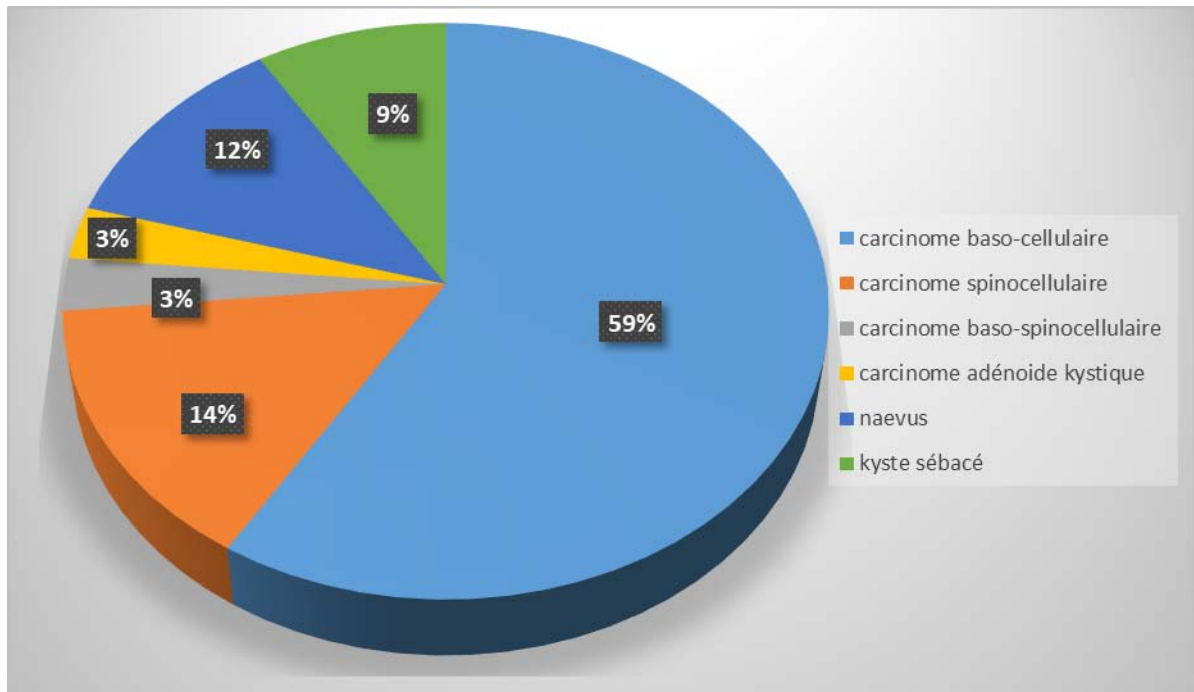


Figure 10 : Répartition des tumeurs selon le type histologique.

1.3. La chirurgie de reconstruction :

Différentes techniques ont été utilisées chez 29 patients de notre série selon la localisation de la perte de substance et sa taille :

- Chez 8 patients (23.52%), nous avons réalisé des greffes de peau totale (6 soit 17.64% des cas en utilisant la face interne du bras et 2 soit 5.88% des cas par la peau totale de la paupière).
- La suture directe a été utilisée 2 fois soit 5.88%.
- Le lambeau de Mustardé a été utilisé 4 fois soit 11.76%.
- Un lambeau orbito-naso-génien a été utilisé dans 3 cas soit 8.82%.

- Un lambeau du muscle temporal a été utilisé 4 fois soit 11.76%.
- Chez 4 patients un lambeau du muscle grand dorsal soit 11.76%.
- Chez 2 patients un lambeau du muscle frontal soit 5.88%.
- Chez 2 patients un lambeau de Tripièr soit 5.88%.
- Pour la réparation de la lamelle postérieure, une greffe de cartilage conchal a été utilisée 2 fois soit 5.88% et une greffe muco-palatine a été faite dans 4 cas soit 11.76%.

2. La radiothérapie :

La radiothérapie externe était utilisée en complément de la chirurgie chez 3 patients porteurs de carcinome baso-cellulaire, dont l'exérèse chirurgicale s'est avérée incomplète à l'examen anatomo-pathologique.

3. La chimiothérapie :

Aucun patient n'avait recours à la chimiothérapie.

V. Résultats postopératoires et suivi :

- Dans notre série les suites postopératoires étaient simples dans 29 cas.
- L'infection a été observée dans 2 cas (5.88%), elle avait cédé sous antibiothérapie à large spectre par voie générale et la reprise chirurgicale n'a pas été nécessaire
- 1 cas (2.94%) de saignement a été jugulé par un pansement hémostatique.
- 2 patients (5.88%) avaient présentés un ectropion résolu par une libération et greffe de peau totale.

L'évolution à long terme est généralement favorable, des récives ont été rapportées dans 3 cas soit 8.82% des malades. Dans 2 cas, il s'agissait initialement d'un carcinome épidermoïde, et dans un cas d'un carcinome baso-cellulaire.



DISCUSSION

I. Rappel théorique

1. Rappel embryologique : [1 ; 4 ; 17]

Le développement embryologique des paupières débute vers la quatrième semaine de gestation. Le squelette de la paupière est formé à partir du mésenchyme entourant l'œil, alors que la peau et les structures glandulaires naissent à partir du revêtement ectodermique.

Lors des premières semaines de vie, la vésicule optique se trouve entourée d'un film ectoblastique. Vers la 4^e semaine apparaissent deux bourgeons à la face antérieure du futur globe oculaire : un bourgeon fronto-nasal, à l'origine du repli palpébral supérieur, et un bourgeon maxillaire, à l'origine du repli palpébral inférieur. L'épithélium de surface se kératinise progressivement vers la 7^e semaine. Les bourgeons vont fusionner vers la 9^e semaine pour former le sac conjonctival. Après cette fusion apparaissent progressivement les tarse, les vaisseaux, les ligaments palpébraux, les muscles orbiculaires et releveurs de la paupière supérieure, les cils puis enfin les glandes de Zeiss, Moll et Meibomus. Les deux replis palpébraux se séparent vers le 7^e mois, donnant naissance à la fente palpébrale, par un triple mécanisme : les mouvements musculaires, la sécrétion des glandes lacrymales et la kératinisation du bord libre.

2. Rappel anatomique :

2.1. Configuration externe [2 ; 3;5 ; 6 ; 7 ; 8 ; 9 ; 10] :

Les paupières sont deux replis musculo-membraneux mobiles disposés à la surface des yeux.

Elles ont pour rôle la lubrification des conjonctives et la protection du globe oculaire contre les agressions externes.

Elles sont en continuité avec les téguments de la face sans qu'il y ait de limite bien définie.

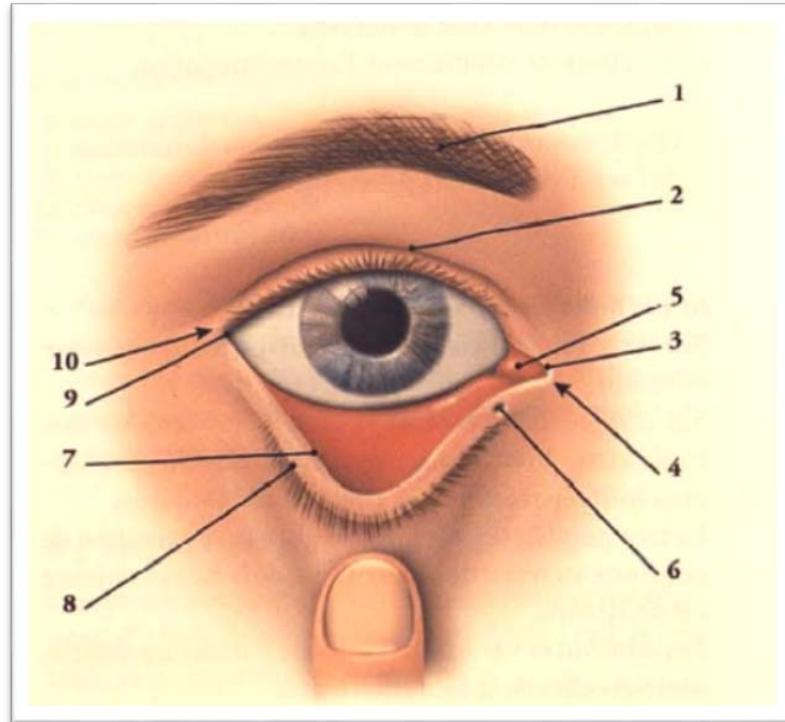


Figure 11 : Vue générale de la paupière (avec traction sur la paupière inférieure). [11]

1. Sourcil 2. Sillon palpébral supérieur 3. Commissure médiale des paupières
4. Angle médial de l'œil 5. Caroncule lacrymale 6. Point lacrymal
7. Bord libre de la paupière 8. Cils
9. Commissure latérale des paupières 10. Angle latéral de l'œil

On distingue une paupière supérieure et une paupière inférieure, reliées entre elles par les Canthus – médial et latéral– .

Elles mesurent en moyenne 30mm de largeur et 10mm de longueur, et délimitent entre leurs bords libres la fente palpébrale.

Chaque paupière se constitue de deux lamelles – antérieure et postérieure– et d'un bord libre :

- La lamelle antérieure comporte la peau et les faisceaux du muscle orbiculaire. Elle-même est subdivisée en deux portions par les replis palpébraux horizontaux : une portion tarsienne située entre le bord libre et le pli palpébral parallèle au bord libre, et une portion septale ou orbitaire qui répond à la graisse de la cavité.
- La lamelle postérieure comporte une muqueuse conjonctivale et se moule sur le bulbe oculaire.

- Le bord libre mesure 30mm de longueur et 2 à 3mm d'épaisseur. Il est divisé en deux parties par la papille lacrymale, qui contient en son sommet l'orifice des canalicules lacrymaux: Une portion interne lacrymale d'une longueur de 6 mm de direction transversale ne comportant pas des cils, et une portion externe ciliaire qui s'étend du point lacrymal à l'angle externe sur une longueur de 24mm. Sur une coupe sagittale, on distingue 2 parties au bord libre palpébral :

- une partie antérieure, cutané-orbitaire, où sont implantés les cils. On compte habituellement 50 à 160 cils, disposés sur 4 à 6 rangées. Ils sont entourés par leurs glandes annexes : les glandes sébacées de Zeiss et les glandes sudoripares de Moll.
- Une partie postérieure où se situent les orifices des glandes de Meibomius, qui sont au nombre de 20 à 35.

Ces deux parties sont séparées par la ligne grise qui correspond à la projection du muscle de Riolan (muscle orbiculaire rétro ciliaire), et qui constitue un repère chirurgical important.

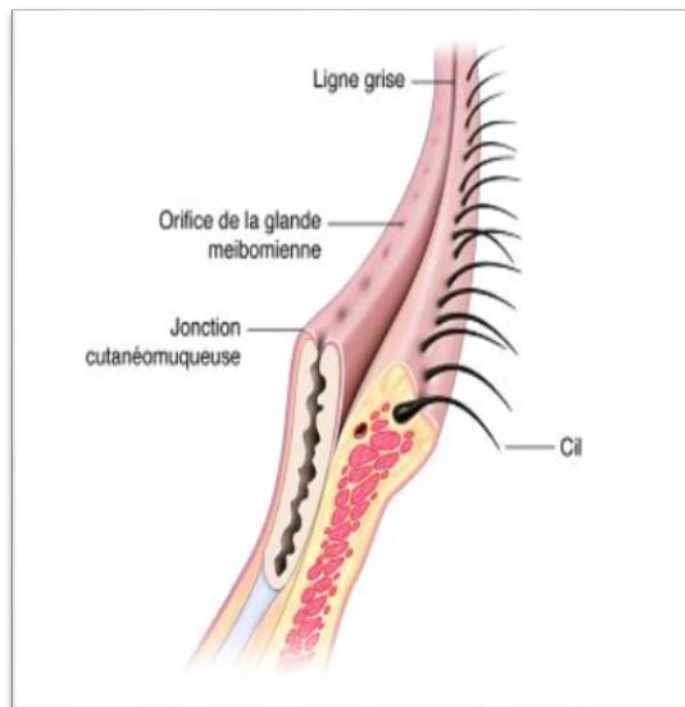


Figure 12 : Coupe sagittale de la paupière inférieure distinguant lamelle antérieure et lamelle postérieure [2].

2.2. Structure palpébrale : [11 ; 12 ; 13 ; 14 ; 15 ; 16 ; 18 ; 19 ; 20]

Cinq plans superposés peuvent être individualisés :

- Le plan cutané et le tissu cellulaire sous-cutané
- Le muscle orbiculaire
- Le septum orbitaire et la charpente fibreuse palpébrale
- Les muscles releveurs des paupières supérieurs
- Le revêtement conjonctival et la sécrétion lacrymale

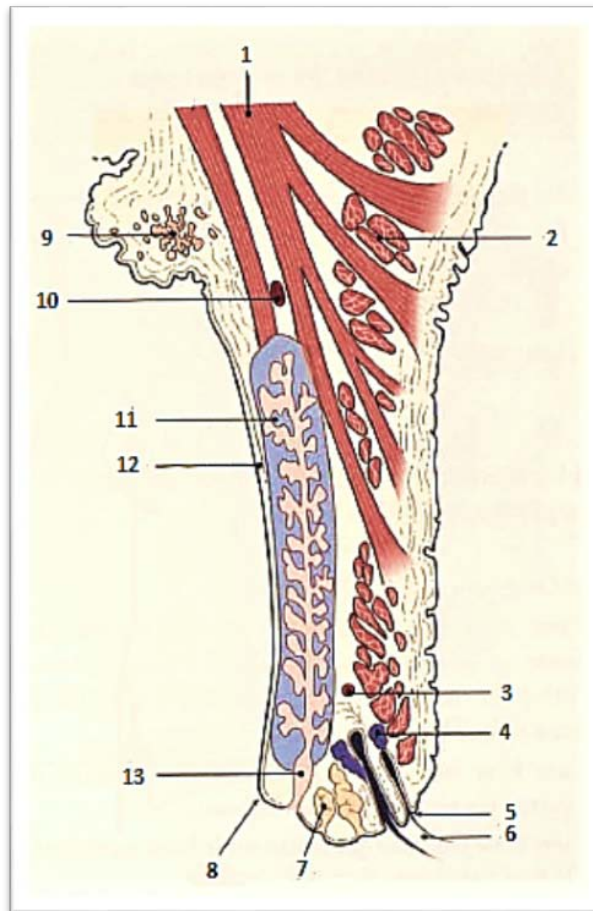


Figure 13: Coupe sagittale de la paupière [11].

1. Muscle releveur de la paupière supérieure 2. Muscle orbiculaire de l'œil
3. Arcade marginale 4. Glande ciliaire 5. Limbe antérieur 6. Cils
7. Glandes lacrymales accessoires 8. Arcade palpébrale sup.
9. Tarse supérieur et glandes tarsales 10. Conjonctive palpébrale
11. Conduit excréteur des glandes tarsales 12. Limbe postérieur
13. Glandes sébacées

a. Peau et fascias :

La peau de la paupière est l'une des plus fines du corps avec une épaisseur inférieure à 1 mm, du fait qu'elle soit dépourvue de graisse sous-cutanée.

L'existence d'un tissu conjonctif lâche entre la peau et le muscle orbiculaire, et d'une dynamique palpébrale permanente, contribue à la laxité cutanée de la paupière avec l'âge.

On trouve à sa surface deux replis parallèles au bord libre :

- Le pli palpébral supérieur qui siège 8 à 10 mm du bord libre et délimite le bord supérieur du tarse.
- Le pli palpébral inférieur, siégeant environ à 4 à 6 mm du bord libre, il souligne le bord inférieur du tarse.

La peau est constituée de deux parties principales :

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

a.1. L'épiderme :

C'est un épithélium malpighien kératinisé, comportant plusieurs types de cellules : les kératinocytes, les mélanocytes, les cellules de Langerhans et les cellules de Merkel. Il mesure environ 0,1 millimètre d'épaisseur, et il est de ce fait, l'épiderme le plus fin du corps entier, favorisant ainsi, l'extension rapide des tumeurs aux tissus adjacents. C'est un tissu avasculaire, qui ne contient aucun vaisseau sanguin ni lymphatique, cependant, il renferme de nombreuses terminaisons nerveuses libres.

Les kératinocytes constituent 80 % des cellules épidermiques, et jouent un rôle fondamental comme barrière cutanée. Ils subissent une évolution morphologique en permanence qui se fait de la profondeur vers la superficie et permet donc de distinguer sur une coupe d'épiderme quatre couches superposées, de la profondeur vers la superficie : la couche basale, la couche épineuse, la couche granuleuse et la couche cornée.

La couche basale est le seul siège d'activité mitotique, assurant le renouvellement constant de l'épiderme. Elle constitue une barrière physico-chimique entre le derme et l'épiderme. Son franchissement par les cellules tumorales est le premier signe d'invasion locale.

Les cellules basales subissent une maturation vers la surface en s'enrichissant de kératine et en granulations basophiles, à l'origine de la couche épineuse puis la couche granuleuse. Ensuite, et de façon brutale, les cellules expulsent leurs noyaux, devenus pycnotiques, donnant naissance à des cellules totalement aplaties et anucléées, appelées cornéocytes, constituant la couche cornée.

En plus des kératinocytes, 20 % des cellules sont constituées par :

- Les mélanocytes : sont la deuxième grande population cellulaire de l'épiderme. Leur fonction est d'assurer la synthèse de mélanine, pigment donnant à la peau sa couleur et responsable de sa photo protection. Les mélanocytes peuvent être le point de départ de nævus bénins ou de mélanomes malins.
- Les cellules de Langerhans sont des cellules dendritiques qui jouent un rôle immunitaire important comme cellules présentatrices d'antigène
- les cellules de Merkel sont des cellules neuro-épithéliales, et jouent le rôle de mécanorécepteurs. Elles peuvent donner naissance aux tumeurs de Merkel.

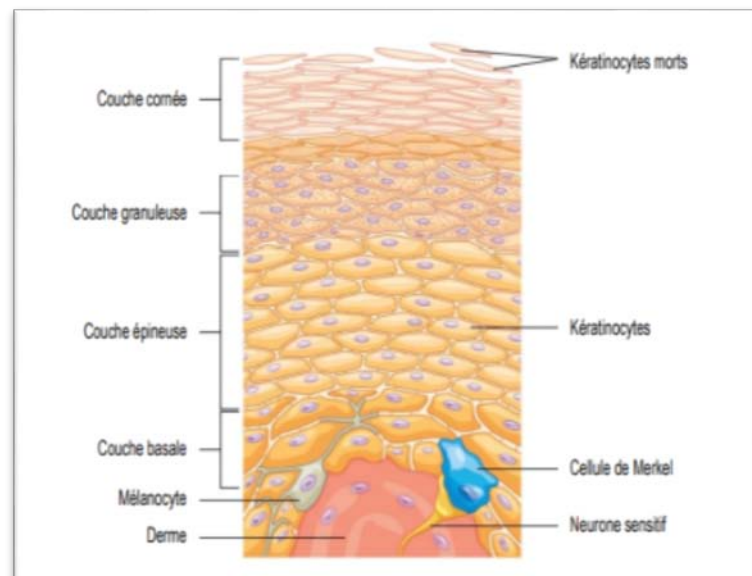


Figure 14 : Schéma de l'épiderme et du derme [19].

a.2. La jonction dermo-épidermique :

Elle est constituée par la membrane basale et de systèmes d'ancrage qui permettent l'adhésion de l'épiderme et du derme à la lame basale.

Elle joue un rôle de soutien mécanique et représente une surface d'échange nutritionnel considérable entre les deux tissus.

a.3. Le derme :

Le derme comporte une fine couche de tissu conjonctif d'une épaisseur de 0,6mm, riche en fibres élastiques. C'est une véritable charpente cutanée, composée de deux couches :

• Le derme papillaire :

Il forme les papilles dermiques entre les crêtes épidermiques, et renferme plusieurs structures déterminant ses rôles multiples :

- Rôle de soutien car il abrite un réseau dense enchevêtré de fibres élastiques et de fibres de collagène.
- Rôle de thermorégulation suite à la présence du réseau vasculaire de la peau.
- Rôle dans le tact car il renferme plusieurs terminaisons nerveuses et récepteurs sensoriels.
- Rôle immunitaire suite à la présence de vaisseaux lymphatiques, de cellules de Langerhans, de macrophages et de polynucléaires éosinophiles.
- Rôle dans la réparation cutanée du fait de sa richesse en cellules fibroblastiques qui participent à la formation et à l'organisation de la matrice extracellulaire.

• Le derme réticulaire :

Il est plus profond et plus dense mais moins cellulaire que le derme papillaire. Il est composé d'un entrecroisement des grosses fibres de collagène et des fibres élastiques, qui sont orientées parallèlement aux lignes de tension cutanée, représentées par Langer, et qui correspondent à des lignes de moindre extensibilité cutanée.

Toute incision perpendiculaire à ces lignes se traduit par un écart spontané important entre les deux berges cutanées, du fait des forces élastiques cutanées.

De ce fait, les incisions chirurgicales doivent être, autant parallèles que possible à ces lignes, pour avoir une tension élastique moindre sur la cicatrice et donc obtenir des résultats esthétiques meilleurs.

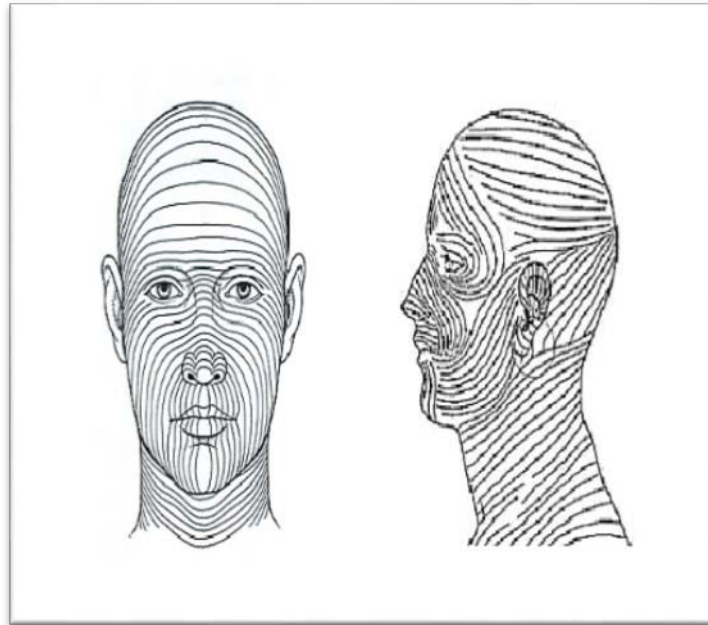


Figure 15 : Les lignes de tension représentées par Langer [19].

a.4. L'hypoderme :

Il est très fin au niveau des paupières, et renferme une faible quantité de tissu adipeux, ce qui explique l'extension tumorale rapide aux structures adjacentes.

b. Muscle orbiculaire :

L'orbiculaire est un muscle fin composé de fibres musculaires striées disposées de manière concentrique et entourant l'orbite en fer à cheval.

Il appartenant aux muscles peauciers de la face. Il est innervé par des fibres provenant des branches temporo-frontale, zygomatiques et buccales du nerf facial, permettant ainsi l'occlusion palpébrale volontaire et automatique.

Il vient s'insérer de part et d'autre du canthus interne, et entoure l'orbite en fer-à-cheval, et il se compose de trois portions : l'orbiculaire orbitaire, l'orbiculaire pré-septal et l'orbiculaire pré-tarsal. Les portions pré-tarsale et pré-septale servent au clignement spontané, tandis que la portion orbitaire est nécessaire à la fermeture forcée des paupières.

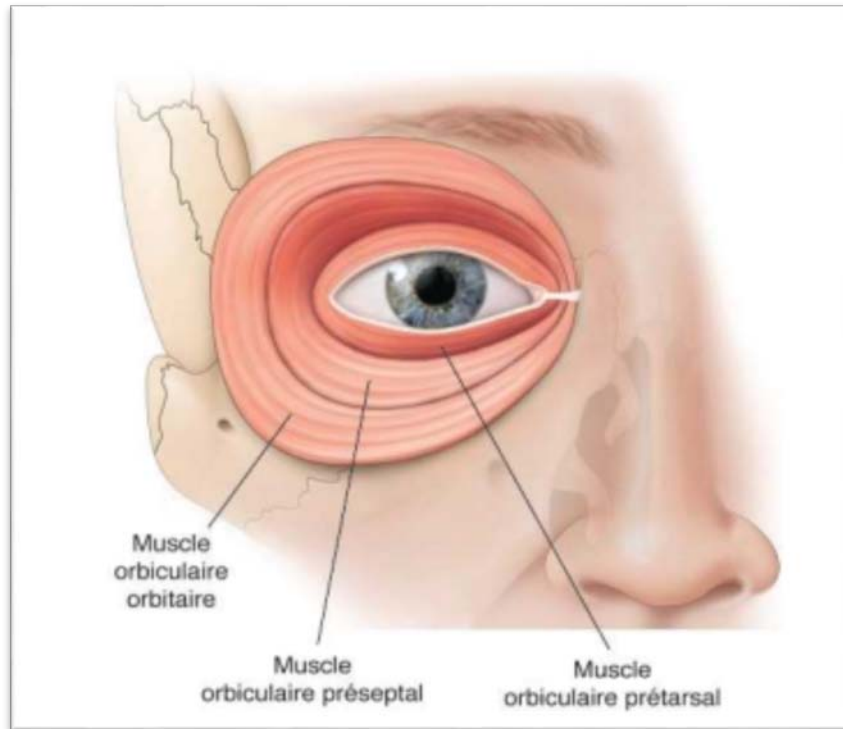


Figure 16 : Muscle orbiculaire. [18]

c. Charpente fibreuse palpébrale :

C'est une structure rigide, qui est formée par les deux tarses, supérieur et inférieur, qui se poursuivent jusqu'au bord orbitaire par le septum orbitaire, et qui sont reliés au bord orbitaire par les ligaments palpébraux médiaux et latéraux.

c.1. Le tarse :

C'est un tissu fibro-élastique résistant. Chaque tarse mesure 28 à 30 mm de longueur pour une épaisseur de 1mm. Ils s'étendent de la commissure latérale jusqu'au point lacrymal dans la partie interne et doivent être individualisés des ligaments.

Le tarse supérieur mesure 10 mm de hauteur dans sa partie centrale, tandis que le tarse inférieur, a une hauteur moyenne de 5mm. Son extrémité latérale se situe à 7 mm du bord externe de l'orbite.

Sa face postérieure est tapissée par la conjonctive, dont elle est indissociable. Le bord périphérique répond au pli palpébral, et le bord central correspond au bord libre de la paupière. À ce niveau s'ouvrent les orifices des glandes sébacées et celles de Meibomius.

c.2. Septum :

C'est un tissu fibreux qui sépare les paupières du contenu orbitaire, et s'étend des rebords orbitaires jusqu'aux bords périphériques des tarses. Le septum est une membrane imperméable, son effraction par les cellules tumorales change le pronostic de la maladie.

c.3. Ligaments palpébraux :

Ce sont des extensions du muscle orbiculaire qui relie chaque extrémité des tarses au bord orbitaire correspondant. On distingue un ligament palpébral médial et latéral. Il s'agit de deux structures particulièrement importantes pour le chirurgien.

Le ligament palpébral médial est parfaitement individualisé et peut être perceptible sous la peau. Il constitue de ce fait un repère chirurgical important. Les deux faisceaux d'origine se réunissent en un seul tendon qui va se dédoubler pour laisser place au sac lacrymal. Ce ligament joue un rôle important dans la statique de la commissure palpébrale médiale.

Le ligament palpébral latéral est beaucoup plus difficile à individualiser. Il s'insère sur le tubercule de Whitnall. Ses fibres se confondent avec les différentes structures présentes à ce niveau, notamment les expansions latérales du muscle releveur, du muscle rétracteur de la paupière inférieure, ainsi que l'aileron du droit latéral. Sa désinsertion est souvent à l'origine d'une instabilité ou d'une malposition de la paupière.

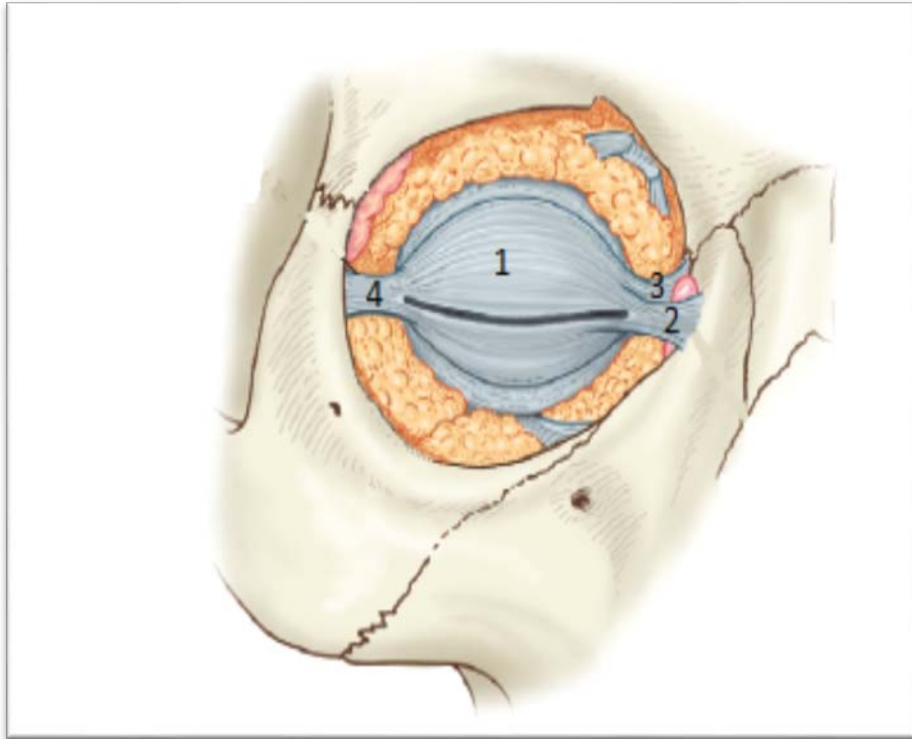


Figure 17 : Charpente fibreuse palpébrale [15].

- 1. Tarse supérieur
- 2. Ligament palpébral médial : chef antérieur
- 3. Ligament palpébral médial : chef postérieur
- 4. Ligament palpébral latéral

d. Muscles rétracteurs des paupières :

Ils constituent la quatrième couche des paupières et permettent l'ouverture des yeux. Ils sont représentés au niveau de la paupière supérieure par le muscle releveur de la paupière supérieure et le muscle de Müller, et au niveau de la paupière inférieure par le muscle abaisseur de la paupière inférieure.

Le muscle releveur de la paupière supérieure est un muscle strié, innervé par le rameau supérieur du nerf oculomoteur, et permet l'ouverture de la fente palpébrale. Sa paralysie entraîne un ptosis et une diminution du regard vers le haut. Il est doublé en profondeur par une couche musculaire lisse : le muscle de Müller, innervé par le contingent sympathique du système nerveux autonome.

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

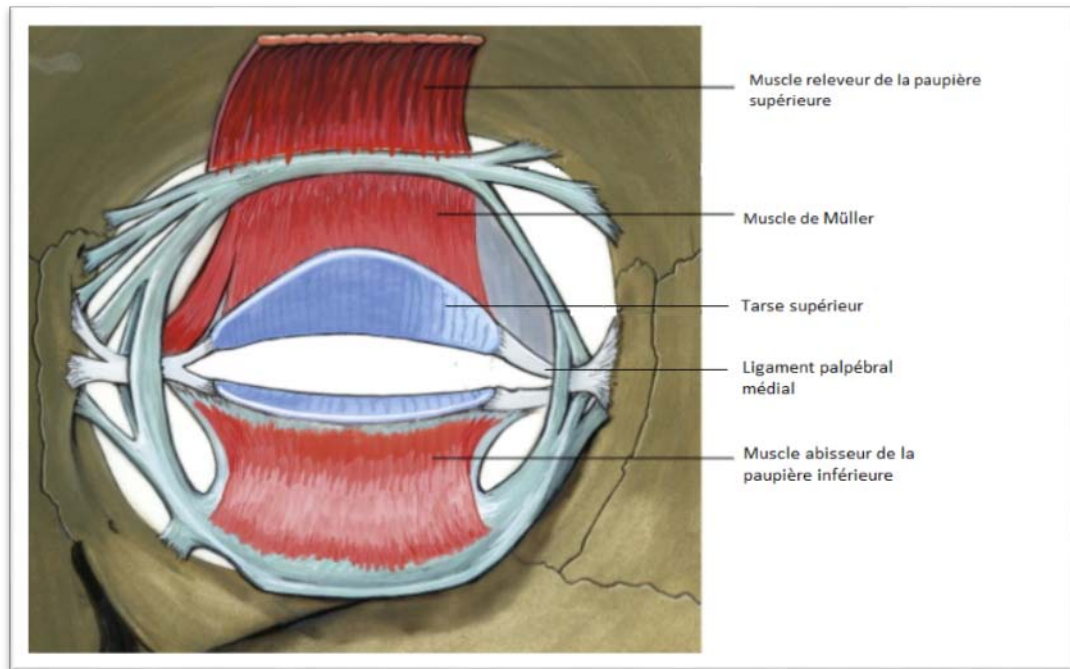


Figure 18 : Muscles rétracteurs des paupières [15].

e. Revêtement conjonctival et système lacrymal :

La conjonctive est une muqueuse composée d'un épithélium malpighien non kératinisant, tapissant la face postérieure des paupières dont elle est indissociable, puis se recourbe à distance des bords périphériques des tarses pour former des culs-de-sac (ou fornix), avant de venir tapisser la partie antérieure du bulbe de l'œil jusqu'au limbe scléro-cornéen, où elle se termine. Sa principale fonction est de lubrifier l'œil grâce à sa sécrétion mucoïde assurée par des cellules caliciformes.

Le film lacrymal comprend une composante mucoïde, sécrétée par les cellules caliciformes, une composante aqueuse dont la sécrétion est assurée par la glande lacrymale et une composante lipidique produite par les glandes sébacées de Zeis et Meibomius.

La glande lacrymale principale est située en position supéro-externe dans l'orbite, dans la fosse de la glande lacrymale, tandis que la majorité des glandes accessoires sont dispersées le long du bord supérieur du tarse et du fornix de la paupière supérieure, et quelques-unes sont situées dans le fornix inférieur.

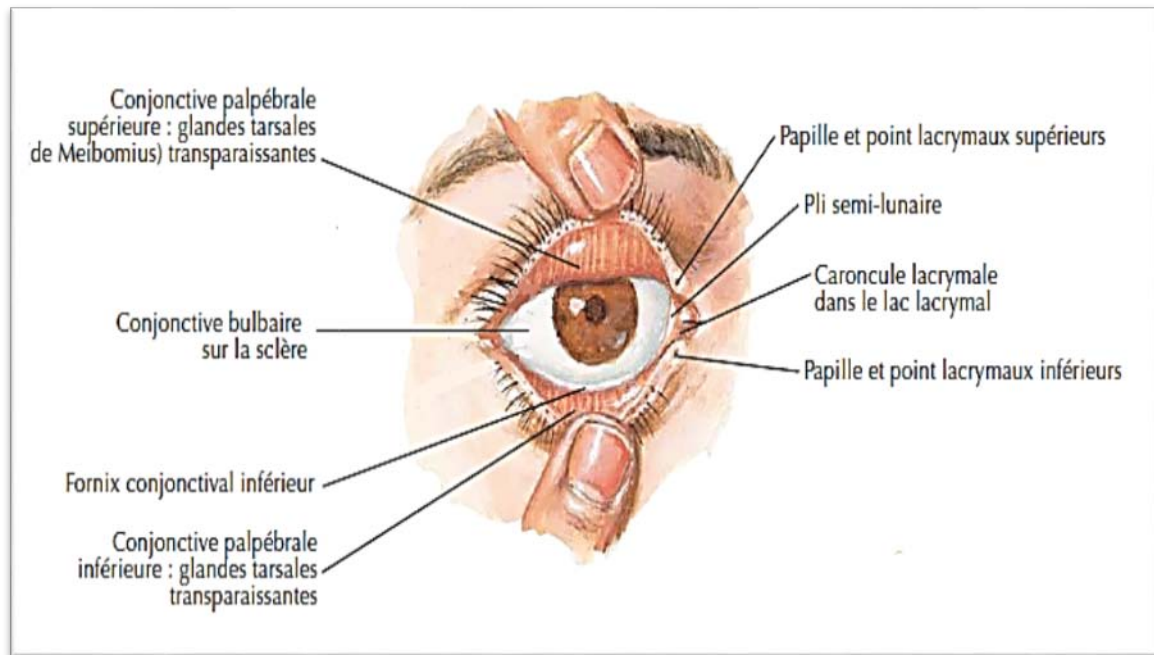


Figure 19 : Revêtement conjonctival et système lacrymal [20].

2.3. Vascularisation et innervation de la paupière : [6 ; 10 ; 11 ; 12 ; 20]

a. Vascularisation artério-veineuse:

La paupière est caractérisée par une vascularisation artérielle riche, favorisant la cicatrisation cutanée.

a.1. Le système artériel :

Il s'agit d'un véritable système anastomotique, reliant l'artère carotide interne via l'artère ophtalmique et ses branches supra-orbitaire et lacrymale, et l'artère carotide externe via ses branches temporale, angulaire et superficielle.

L'anastomose des deux systèmes constitue les arcades marginales.

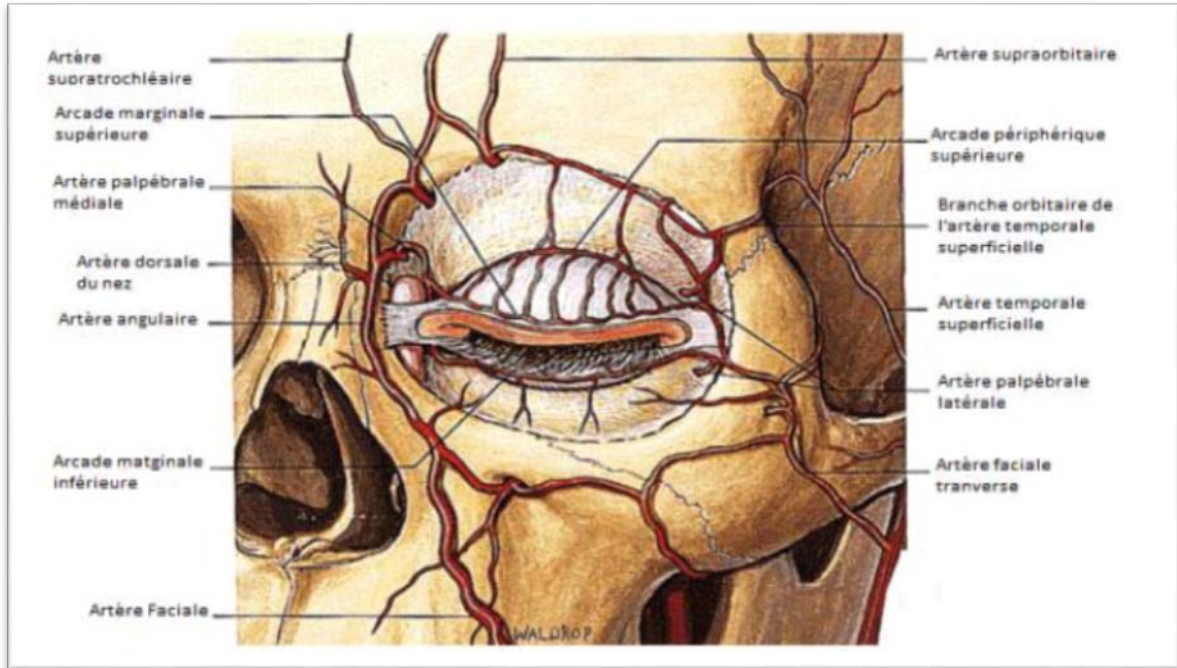


Figure 20 : Vascularisation artérielle des paupières [20].

a.2. Le système veineux :

Il est calqué sur le système artériel, avec un système superficiel sous- cutané et un système profond.

b. Vascularisation lymphatique :

Sa connaissance est primordiale pour étudier l'extension des processus néoplasique.

Les lymphatiques des paupières sont divisés en un plexus superficiel, pré-tarsal et un plexus profond, post-tarsal. Ces deux systèmes sont interconnectés par un réseau sous-conjonctival :

- Les deux tiers latéraux de la paupière supérieure et le tiers latéral de la paupière inférieure se drainent dans les ganglions pré-tragien et parotidiens, avant de rejoindre la chaîne cervicale haute.
- Le tiers médial de la paupière supérieure et les deux tiers médiaux de la paupière inférieure se drainent dans les ganglions sous-maxillaires.

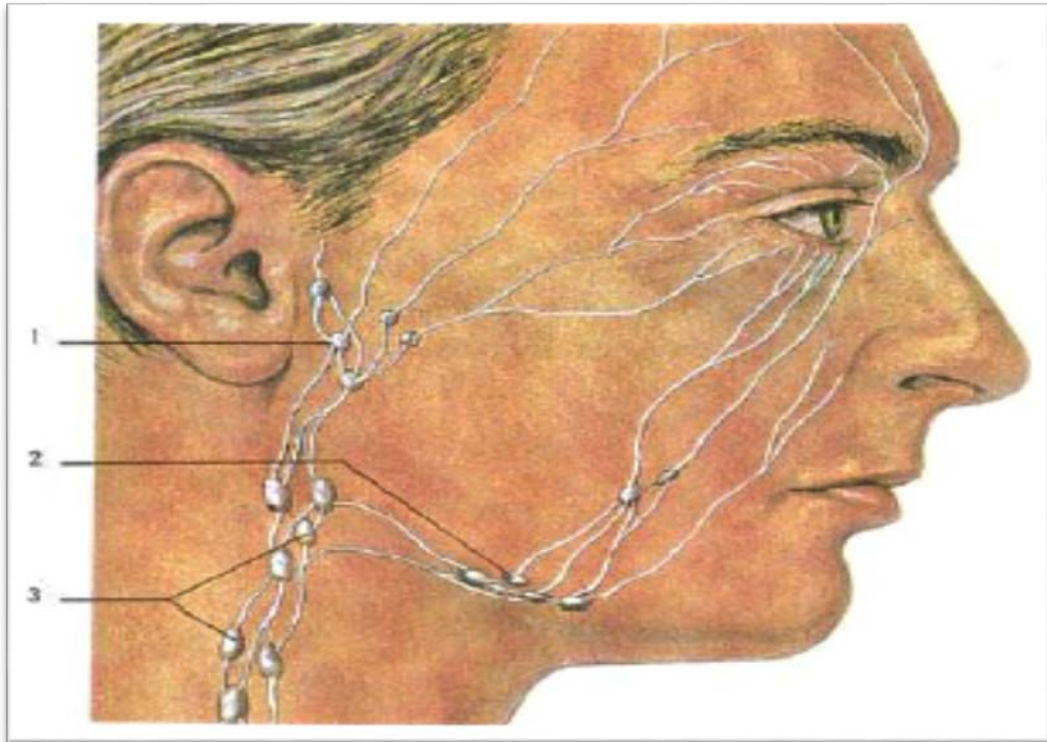


Figure 21 : Vascularisation lymphatique [10].

1. Ganglions pré-tragiens, 2. Ganglions sous-maxillaires, 3. Chaîne cervicale haute.

c. Innervation :

c.1. Innervation motrice :

- Le muscle releveur de la paupière supérieure est innervé par le nerf oculomoteur, troisième paire crânienne, qui innerve également le muscle droit supérieur, ce qui permet l'ouverture de la fente palpébrale.
- Le muscle orbiculaire, étant un muscle peaucier, est innervé par le nerf facial.
- Le muscle de Müller et son équivalent, le muscle tarsal inférieur, ont une innervation qui dépend du système nerveux autonome par le biais du système sympathique.

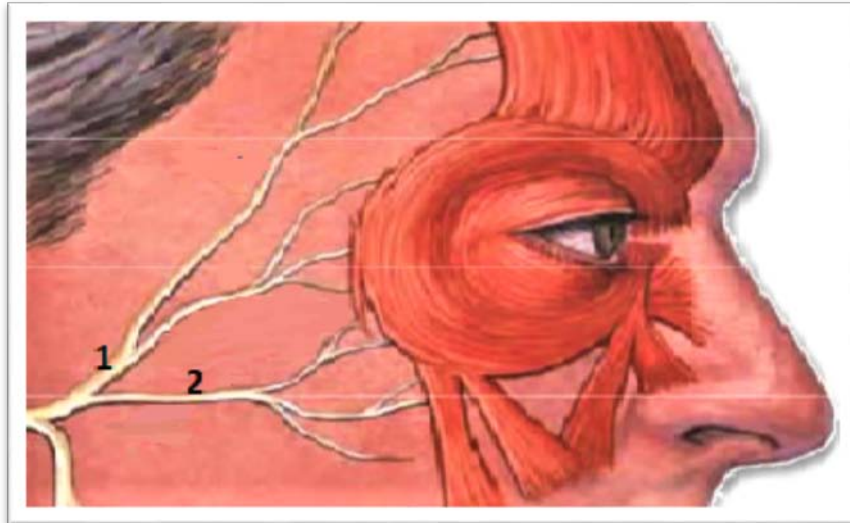


Figure 22 : Innervation de la paupière [11]

1. Branche fronto-orbitaire 2. Branche zygomatique

c.2. Innervation sensitive :

L'innervation sensitive de la paupière est assurée par des branches du nerf trijumeau :

- La paupière supérieure est innervée par le nerf lacrymal, frontal et naso-ciliaire, branches du nerf ophtalmique.
- La paupière inférieure est innervée par le nerf infra-orbitaire et le nerf zygomatique, branches du nerf maxillaire supérieur.

3. Physiologie de la paupière [22 ; 23] :

Les rôles principaux des paupières sont :

- Assurer la protection mécanique du globe vis-à-vis des agressions
- Hydrater l'œil en produisant et étalant le film lacrymal.
- Réguler la pénétration de lumière dans l'œil.

De plus les paupières constituent avec les cils et les sourcils les éléments essentiels du regard, et jouent de ce fait un rôle majeur dans l'aspect non seulement esthétique mais aussi communicatif grâce à la mimique faciale.

3.1. Les mouvements palpébraux :

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

A l'état d'éveil, le tonus musculaire du releveur de la paupière supérieure l'emporte sur celui de l'orbiculaire. Pendant le sommeil, c'est le tonus de l'orbiculaire qui est prédominant dont résulte une fermeture palpébrale.

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

a. Clignement spontané :

La fermeture est de quelques secondes. C'est une légère fermeture car elle résulte de la contraction seule de la portion palpébrale de l'orbiculaire. Sa fréquence est en moyenne de 10 à 20 clignements par minute. Son rôle est important : humidifie la cornée, repose le releveur et permet la régénération des pigments rétinien.

b. Clignement réflexe :

C'est un réflexe de protection. Elle se produit quand la conjonctive ou les cils sont touchés, quand un objet vient près de l'œil, ou quand une lumière vive éclaire l'œil.

c. Clignement volontaire :

Il met en jeu les deux portions palpébrales et orbitaires de l'orbiculaire et dure plus longtemps que le clignement réflexe. Il est extrêmement varié selon les désirs du sujet.

3.2. Production du film lacrymal :

Le clignement contribue non seulement à l'étalement du film lacrymal mais aussi à son excrétion, par la contraction du muscle de Riordan, permettant la production lipidique des glandes de Meibomius.

4. HISTOIRE NATURELLE DES TUMEURS [24 ; 25].

La plupart des cellules adultes ont gardé la capacité de se diviser. Les altérations de la croissance et de la différenciation cellulaire s'étendent des changements adaptatifs simples à la transformation néoplasique vraie.

- L'hypertrophie correspond à une augmentation de taille des cellules, des fibres ou de l'organe sans augmentation du nombre de cellules.
- L'hyperplasie est l'inverse de l'hypertrophie (augmentation de nombre sans augmentation de taille).
- L'hyperplasie pathologique est une persistance d'un stimulus de la croissance cellulaire, et dès fois, il arrive que les cellules hyperplasiques n'expriment pas toutes les caractéristiques de différenciation de la cellule originale, et dans ce cas peuvent en imposer pour une transformation néoplasique.
- La métaplasie est une altération de la différenciation cellulaire épithéliale ou mésenchymateuse adulte, procédant à un changement adaptatif en une autre cellule en réponse à croissance incontrôlée. Il peut être bénin ou malin.
- La néoplasie est un tissu anormal composé de cellules définitivement altérées. Il y a une transformation néoplasique quand il y a des cellules atypiques, c'est-à-dire, le rapport nucléo-cytoplasmique est altéré. Les cellules atypiques ne sont synonymes de malignité. Quand toutes les couches de l'épithélium sont affectées mais sans effraction de la membrane basale, on parle de carcinome in situ. Le degré de malignité est inversement proportionnel au degré de différenciation cellulaire.
- L'anaplasie décrit des cellules très peu différenciées, c'est-à-dire peu de caractéristique de la cellule nature correspondante.

5. CLASSIFICATION DES TUMEURS [26; 29; 31; 32; 34; 36 ; 37; 44; 46; 49; 50] :

5.1. Les tumeurs épithéliales :

a. Tumeurs cutanées :

a.1. *Tumeurs bénignes :*

• Papillome :

C'est une prolifération épithéliale bénigne donnant une lésion surélevée sur les plans voisins. Il apparaît comme une tumeur pédiculée, rosée, friable unique ou le plus souvent multiples et rapprochées. Une étiologie virale est suspectée chez l'enfant devant des papillomes multiples.

• Kératose séborrhéique:

C'est la lésion cutanée la plus fréquemment rencontrée au niveau des paupières, observée essentiellement chez les sujets âgés. Elle apparaît comme une lésion brune ou noire, bien limitée, discrètement surélevée, de consistance molle ou friable, unique ou multiple.

• Kérato-acanthome :

C'est une lésion bénigne, apparaissant chez les sujets de plus de cinquante ans de race caucasienne et caractérisée par une production exagérée et localisée de kératine. Il apparaît comme une papule rosée sur peau saine, qui grandit rapidement et atteint en 6 à 8 semaines une taille maximale de 1 à 2 cm de diamètre .Cette lésion fait nettement saillie sur la peau. Elle présente un bourrelet périphérique globuleux et un centre déprimé et rempli de kératine. Sa couleur est rose claire et ses limites sont nettes. L'évolution se fait vers la régression spontanée en plusieurs mois mais des récives sont possibles.

- **Kératose folliculaire inversée :**

La face en est le lieu de prédilection. Elle se présente comme un nodule isolé papillomateux ou verruqueux, apparaissant surtout chez l'homme. Son diamètre est inférieur à 5mm, cette lésion peut récidiver après ablation.

- **Tricho-épithéliome :**

Il s'agit de petites tumeurs cutanées, souvent familiales ou héréditaires. C'est un hamartome annexiel orienté vers la production de poils dans la lésion. Il apparaît comme un nodule isolé ou en petits nombre, de petite taille, jaune rosé ou bleuté tendant à augmenter de volume pour atteindre une taille de quelques millimètres, au maximum un centimètre. Elle est en général lente et bénigne ; une transformation maligne épithéliomateuse est possible.

- **Pilomatrixome :**

Elle apparaît sur les paupières ou les sourcils chez l'enfant ou l'adulte jeune. Elle se présente comme un nodule cutané d'une dureté pierreuse, dont la couleur va du rose au pourpre avec quelques points jaunâtres. Elle grossit peu, jusqu'à 10mm au maximum .La peau aux alentours est le siège de télangiectasies. L'évolution est bénigne, et il survient rarement des récurrences après l'ablation chirurgicale.

- **Molluscum contagiosum :**

Il se présente sous forme de petites élevures cutanées, globuleuses, ombiliquées .Il résulte de la transformation des cellules épithéliales sous l'action d'un Poxvirus. Il se présente comme des papules des paupières ou du bord libre, de petite taille, avec un centre ombiliqué .Si la lésion siège au niveau d'un bord libre, les inclusions seront libérées dans le sac conjonctival, provoquant une conjonctivite ou une kératite.

a.2. Lésions précancéreuses :

- **Kératose sénile :**

C'est la plus fréquente des dermatoses précancéreuses. Elle apparaît chez le sujet de plus de cinquante ans de race blanche, sur les parties découvertes, comme des taches brunes parfois érodées, ou papillomateuses, le plus souvent recouvertes d'un enduit kératosique desquamant facilement. Une transformation est possible en carcinome baso-cellulaire ou spinocellulaire, généralement de faible malignité.

- **Radiodermite :**

Il arrive que des carcinomes variés radio-induits apparaissent avec une très longue latence, parfois de plusieurs dizaines d'années, après des traitements de radiothérapie. En général, la peau irradiée développe après quelques jours un érythème et un œdème auxquels succèdent après quelques semaines une hyperpigmentation et une desquamation, puis une atrophie progressive des annexes pilo-sébacéo-sudoripares (perte des cils et éventuellement nécrose palpébrale), et un cortège de complications kérato-conjonctivales.

- **Xeroderma pigmentosum :**

C'est une maladie à transmission autosomique récessive en rapport avec un trouble de la réparation de l'ADN et des cellules cutanées, induites par l'exposition au soleil. Il en résulte des altérations précoces de la peau à l'exposition solaire, qui débutent par un érythème avec des taches pigmentaires vers l'âge de 1 à 2 ans. Puis apparaissent des lésions d'atrophie cutanée, des zones hyper-pigmentées et des télangiectasies. Enfin dès l'enfance ou l'adolescence, on voit apparaître sur la peau des tumeurs diverses : carcinome spinocellulaire, baso-cellulaire et plus rarement des fibrosarcomes ou des mélanomes.

- **Carcinome intraépithélial (maladie de Bowen) :**

Il se présente comme des placards peu saillants et bien délimités dont l'évolution se fait assez souvent mais très lentement vers un carcinome baso ou spinocellulaire. Il est quelquefois difficile de le distinguer d'une kératose séborrhéique irritée. La transformation en carcinome est très rare.

a.3. Tumeurs malignes :

- **Carcinome baso-cellulaire :**

C'est la tumeur palpébrale la plus fréquente, touchant le plus souvent la paupière inférieure puis le canthus interne. Elle survient surtout après 60ans. Le terrain de prédilection semble être le sujet de peau claire ayant subi une exposition solaire importante.

Il existe de nombreuses formes cliniques :

- La perle carcinomateuse : la forme la plus fréquente, elle réalise une saillie translucide indolore légèrement indurée, réfléchissant la lumière qui augmente de taille et s'entoure d'autres lésions perlées.
- Le plan cicatriciel : au début c'est une plaque indurée qui s'ulcère ensuite et se recouvre de squames brunes réalisant une cicatrice plate.
- Carcinome végétant : il réalise l'aspect d'un papillome qui augmente de volume puis se déprime au centre et se couvre de néo-vaisseaux.
- Nodule pigmenté : peut prêter à confusion avec un mélanome mais il est bordé de perles épithéliomateuses et dont l'évolution est plus lente.

Le risque de métastases est très faible, l'extension est surtout locorégionale.

- **Carcinome spinocellulaire :**

C'est la deuxième tumeur maligne rencontrée après le carcinome baso-cellulaire. Ces tumeurs apparaissent très souvent sur une dermatose préexistante : kératose sénile,

radiodermite ou cicatrice de brûlures. Le plus souvent la lésion apparaît comme un nodule dur et induré, devenant végétant ou ulcéro-végétant, avec un fond irrégulier plus ou moins infiltrant. Le risque de métastases est important. Ils ont une extension surtout par voie lymphatique (atteinte pulmonaire), parfois le long du trijumeau (atteinte cérébrale).

• **Carcinome adénoïde kystique :**

Le carcinome adénoïde kystique de la paupière est une entité rare des tumeurs des glandes sudorales. C'est une tumeur fréquente des glandes salivaires, et également décrite au niveau de l'utérus, du sein, du conduit auditif externe et des bronches. Sa localisation palpébrale est exceptionnelle.

b. Tumeurs des glandes sébacées :

b.1. Adénome sébacé:

C'est une tumeur bénigne rare, qui se présente comme un nodule ferme et jaunâtre.

b.2. Adénocarcinomes sébacés :

Ils peuvent survenir au dépend des glandes de Zeiss, des glandes sébacées de la peau ou des glandes de Meibomius. Ils surviennent à tout âge avec cependant une prédilection pour la soixantaine, sans prédominance de race ou de sexe.

Il se présente habituellement comme une masse volumineuse, avec fréquemment la notion de chalazion récidivant incisé, d'où l'intérêt de faire une biopsie pour tout chalazion ne cédant pas au traitement chirurgical. Il peut se présenter aussi comme une paupière d'aspect inflammatoire, d'induration ou d'ulcération à la peau.

Il peut envahir l'orbite, ou s'étendre par voie lymphatiques via les ganglions pré auriculaires, sous maxillaires et la chaîne cervicale. Des métastases à distance sont possible dont les plus fréquentes sont le poumon, le foie, le cerveau, le péricarde et l'os.

c. Tumeurs des glandes sudoripares :

c.1. Syringome :

C'est une tumeur relativement fréquente se présentant comme une petite papule molle de 1 à 2 mm, jaunâtre souvent multiple ressemblant à des grains de Miliun.

c.2. Hidradénome :

Se présente comme un nodule ferme, parfois bleuté, souvent encapsulé et alors entourée d'une coque épaisse le plus souvent kystique.

c.3. Hidradénocarcinome :

Il se présente comme un nodule ferme ou kystique d'aspect inflammatoire, qui reste longtemps indolore.

5.2. Tumeurs méenchymateuses :

a. Tumeurs bénignes :

On a décrit des fibromes, des lipomes, des rhabdomyomes, des léiomyomes, des myxomes et des chondromes.

b. Sarcomes :

Le rhabdomyosarcome est la tumeur orbitaire maligne la plus fréquente chez le jeune enfant. Elle pourra se présenter comme une masse palpébrale ferme, qui grandit rapidement en quelques semaines. Son pronostic est très mauvais malgré le traitement.

5.3. Tumeurs vasculaires :

a. Angiomes :

a.1. Angiome capillaire :

Il peut occuper une petite partie de la paupière ou toute la face.

a.2. Angiome tubéreux :

Il se présente comme une formation lobulée, rouge vive, en relief de croissance rapide, apparaissant chez l'enfant et pouvant régresser spontanément vers 6 ans.

a.3. Angiome caverneux :

Superficiels, ils forment des tumeurs surélevées, de consistances molles, rouges ou violettes. Ils peuvent être plus profonds avec une évolution pouvant être rapide. Il est indispensable avant toute chirurgie de faire une exploration d'imagerie, pour chercher une possible communication avec un angiome orbitaire existant.

b. Sarcome de Kaposi :

Il se présente comme une plaque érythémateuse avec des nodules bleutés ou violacés. Son existence doit faire rechercher un syndrome d'immunodéficience acquise.

5.4. Tumeurs lymphoïdes :

a. Lymphome malin non hodgkinien :

Il se caractérise par le respect de l'épiderme et se présente comme des nodules ou des tumeurs ulcérées.

b. Maladie de hodgkin :

Sa localisation palpébrale est très rare.

5.5. Tumeurs d'origine nerveuse :

a. Tumeurs à cellules de Merkel :

Les tumeurs à cellules de Merkel palpébrales sont rares souvent confondues avec des lymphomes ou des carcinomes à petites cellules. Ce sont des tumeurs probablement d'origine neuroendocrine. Le seul traitement approprié est l'exérèse large afin d'éviter la récurrence locale. Les métastases ganglionnaires sont très fréquentes. La radiothérapie est inefficace, n'empêchant ni la récurrence locale ni les métastases à distance.

b. Neurofibromatose de Von Recklinghausen :

C'est une maladie héréditaire, systémique caractérisée par la prolifération diffuse des cellules de la gaine de Schwann des nerfs périphériques. Elle apparaît fréquemment au niveau de la paupière supérieure dans la partie externe, donnant au bord libre une forme en « S ». Elle peut être responsable d'un ptôsis sévère ou d'un ectropion palpébral. Lorsqu'on palpe la tumeur, une sensation de fibres « vermicelles » peut être utile au diagnostic. La présence de taches « café au lait » sur la peau est très évocatrice du diagnostic, elles sont souvent présentes dès les premières années de la vie. La diffusion de la tumeur à l'orbite, à la conjonctive, à l'uvéa, au canal optique est assez fréquente. Les localisations palpébrales de cette pathologie méritent le plus souvent une simple surveillance. L'exérèse chirurgicale est possible mais ne guérit pas, la tumeur continue à grossir par la suite. Les indications de la chirurgie sont la douleur oculaire, le ptôsis ou l'ectropion important, ou les dégâts esthétiques majeurs.

5.6. Tumeurs mélaniques :

a. Les éphélides :

Correspondent à une hyperactivité localisée des mélanocytes épidermiques. Elles n'exhibent pas de propension à la dégénérescence.

b. Nævi :

Lentigo :

Il apparaît comme une macule pigmentée jaunâtre ou noirâtre, parfois peu saillante.

Nævus pigmenté banal :

C'est la tumeur pigmentée la plus courante. Elle varie du jaune au noir, sa surface peut être lisse ou verruqueuse, et sa taille peut être très variable.

c. Mélanomes:

Tumeur maligne de la peau aux dépens des mélanocytes. Il peut résulter de la transformation maligne d'un nævus. Celui-ci sera suspect si on remarque une modification de

son aspect clinique (taille, couleur, contours, évolution). Le mélanome apparaît sous forme d'une lésion plane pigmentée parfois nodulaire fortement pigmentée.

6. Rappel histologique [51 ; 52 ; 53 ; 54 ; 55 ; 56 ; 57 ; 58 ; 59] :

6.1. Tumeurs malignes :

Les 3 grands types de tumeurs palpébrales malignes les plus retrouvés :

a. Carcinome baso-cellulaire :

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

- **Carcinome baso-cellulaire superficiel** : Dans ce type le nid tumoral intradermique est appendu à l'épiderme et/ou aux follicules pileux. . Ces lésions sont souvent mal limitées et multicentriques.
- **Carcinome baso-cellulaire nodulaire** : Il correspond à la présence d'un ou plusieurs lobules de grande taille dans le derme, de façon bien circonscrite, bien délimitée, avec des cellules basaloïdes dont les noyaux sont agencés en palissade en périphérie. Des artefacts de rétraction
- **Carcinome baso-cellulaire infiltrant** : Ils regroupent les formes trabéculaires et micronodulaires :
- **Forme trabéculaire** : il est défini par la présence de foyers tumoraux de petite taille, mal limités, intradermiques ou parfois dermo-hypodermiques. Ces foyers, peu cellulaires, ont une architecture variée, en îlots irréguliers ou en travées. L'agencement palissadique

des noyaux périphériques est souvent discret ou absent. La prolifération tumorale s'étend dans le derme avec des limites floues selon un mode très infiltrant.

- **Forme micronodulaire** : il est caractérisé par une multitude de foyers tumoraux de petite taille formant des lobules bien limités. Aucune limite chiffrée validée n'a pu être retenue pour définir la taille de ces foyers. L'agencement palissadique des noyaux en périphérie est parfois discret.
- **Carcinome baso-cellulaire sclérodermique** : Dans ce type existe des cordons cellulaires, voire des cellules isolées sans agencement palissadique au sein d'un stroma très scléreux pouvant atteindre tout le derme, voire l'hypoderme.

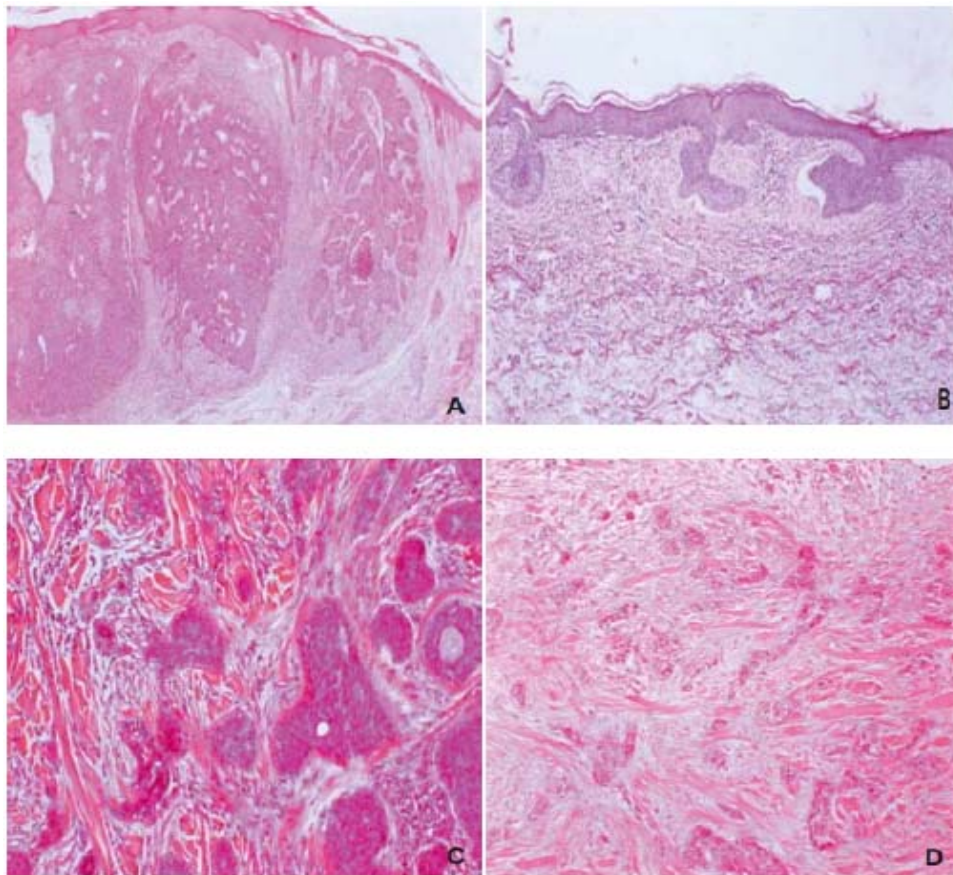


Figure 23 : Aspect histologique du carcinome baso-cellulaire. [56]

- A. Carcinome baso-cellulaire nodulaire.
- B. CBC superficiel.
- C. CBC infiltrant.
- D. CBC sclérodermique.

b. Carcinome épidermoïde :

Se définit histologiquement comme une prolifération de cellules de grande taille organisées en lobules ou en travées plus ou moins anastomosées, souvent mal limitées, de disposition anarchique. Une différenciation kératinisante sous forme de globes cornés est fréquente. Il existe de nombreuses mitoses et des atypies cyto-nucléaires. La tumeur envahit plus ou moins profondément le derme, voire l'hypoderme au sein d'un stroma inflammatoire. Une invasion péri-nerveuse est à rechercher dans les tumeurs évoluées. La principale caractéristique histologique est l'effraction de la membrane basale. Selon le degré d'infiltration du derme et de franchissement de la membrane basale, on parle de carcinome in situ, de carcinome micro-invasif ou de carcinome invasif.

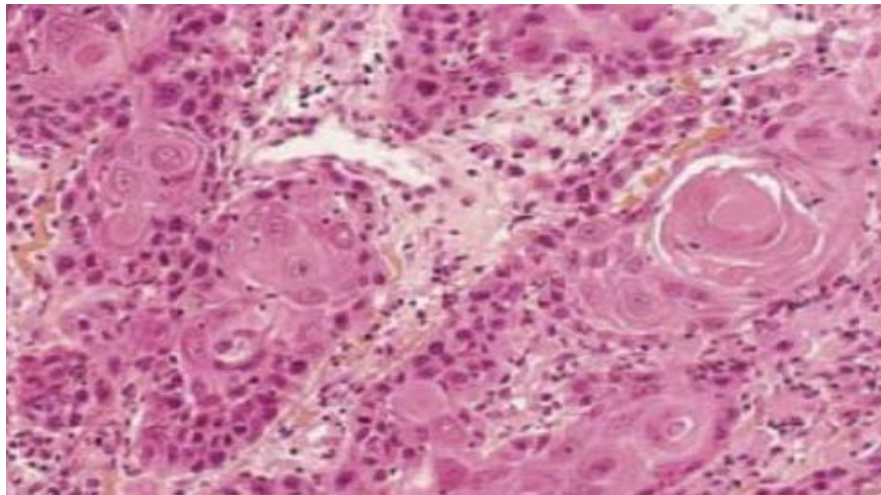


Figure 24 : Aspect histo-pathologique d'un carcinome spinocellulaire [54].

c. Carcinome métatypique :

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

d. Carcinome adénoïdekystique :

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

travées et des plages qui sont fréquemment creusées de cavités, leur donnant un aspect cribiforme, certaines de ces cavités peuvent subir une dilatation pseudo-kystique. Ces cavités correspondent à la pénétration de formations cellulaires tumorales par des travées tissulaires conjonctives, qui représentent le stroma tumoral, et qui sont caractérisées par leur densité et par leur forte teneur en muco-polysaccharides. Ces bourgeons conjonctifs, qui pénètrent les travées cellulaires épithéliales, peuvent être de petite taille et avoir un aspect ovoïde, ou volumineux entourés seulement par une ou deux rangées cellulaires épithéliales. La propagation tumorale, bien lente, présente un caractère très infiltrant et invasif par embolisation dans la lumière des vaisseaux sanguins et lymphatiques ainsi que dans les filets nerveux. Cette infiltration est responsable du caractère très douloureux de ces tumeurs.

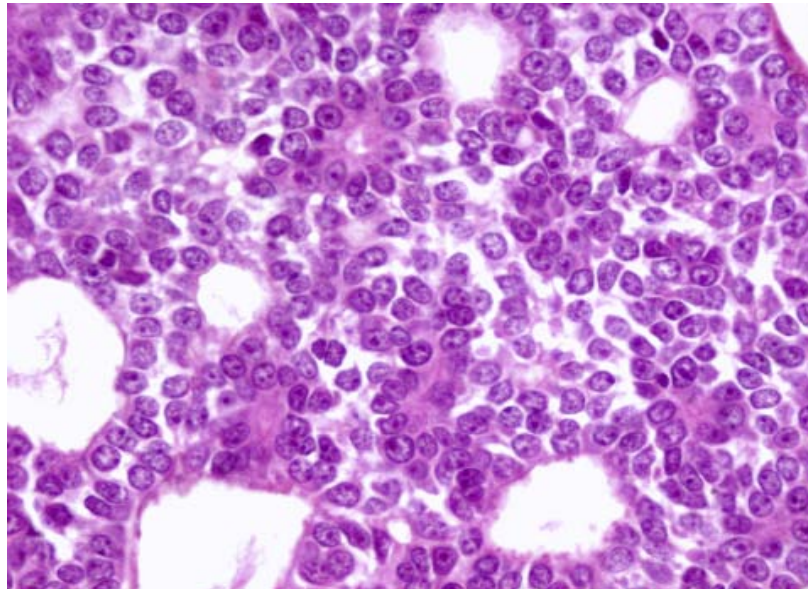


Figure 25 : Carcinome adénoïde kystique [57].

6.2. Tumeurs bénignes :

Les tumeurs bénignes retrouvées dans notre étude étaient :

a. Kyste palpébral :

L'histologie montre de multiples plages solides de petites cellules entourant et comprimant des ductules qui montrent au microscope une forme classique en virgule.

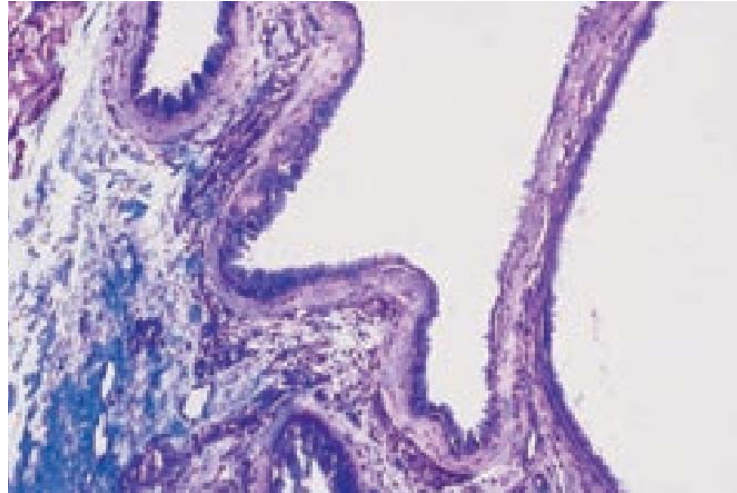


Figure 26 : Kyste palpébral [58].

b. Nævus palpébral :

Sur le plan histologique, le nævus est constitué de cellules mélanocytaire régulières, plus ou moins pigmentées, dépourvus d'atypies ou de mitose, organisés en plages ou en nids (thèques) dans le chorion. Il n'y a pas d'envahissement de l'épithélium de surface. Ces thèques initialement localisées à la jonction entre l'épithélium et le chorion, descendent ensuite dans le chorion et perdent leurs connections avec l'épithélium. Le risque de transformation maligne en mélanome est très faible. La meilleure attitude consiste donc en une surveillance régulière sauf si la rançon esthétique est importante.

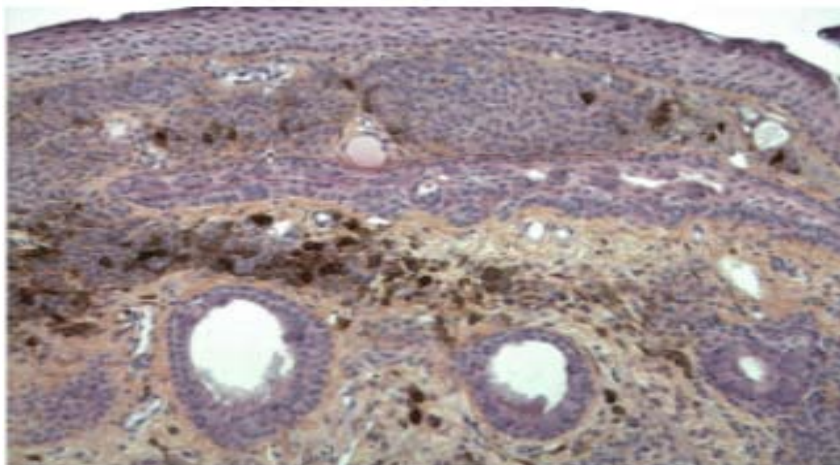


Figure 27 : aspect histologique d'un nævus [59].

II. Analyse des données :

1. Données épidémiologiques :

1.1. La fréquence :

Les statistiques concernant la fréquence et la distribution des tumeurs palpébrales sont variables. Un biais statistique affecte les données des grands centres, où sont adressés les cas les plus difficiles. Les variations géographiques d'ensoleillement, la pigmentation cutanée, l'âge moyen de la population sont des facteurs déterminants du type de tumeurs cutanées rencontrées. La disponibilité d'un registre national de déclaration des cancers permet de mener des études plus exactes portant sur des populations plus grandes, et sur de longues durées. Au Maroc, comme pour la majorité de pays africains, on ne dispose pas de registre pareil, et ainsi on ne peut pas parler des incidences. C'est dans ces cas où les informations qu'apportent les études des centres universitaires spécialisés ont le plus d'intérêt, elles permettront d'avoir des chiffres des cas traités et la prévalence des différents types histologiques des cancers palpébraux.

Du fait que le choix des cas de notre série était sélectif, notre étude n'a pas de valeur épidémiologique. Cependant, nous allons rapporter les différentes données parues dans la littérature et dans d'autres études et les comparons, chaque fois que c'est possible, à celles recueillies dans notre étude :

- Selon la littérature, les tumeurs palpébrales représentent 7% de l'ensemble de la pathologie tumorale oculaire [60] et 5 à 10 % de toutes les tumeurs cutanées [61]
- Jouhaud F. et al. dans leur consultation à l'Institut d'ophtalmologie tropicale d'Afrique (IOTA) à Bamako ont retrouvé 250 tumeurs palpébrales pour 250 000 nouveaux consultants, soit une prévalence de 1% [62].
- Une étude menée dans un service d'ophtalmologie à Rajasthan de juin 2012 à décembre 2016 a mis en évidence un nombre de 125 tumeurs palpébrales [63].

- Une étude rétrospective et descriptive des lésions diagnostiquées a été réalisée au CHU de Yaoundé en Cameroun et qui s'étendait sur une période de 10 ans de 2010 à 2014 a recensé 95 cas de tumeurs palpébrales ce qui représentait 0,67 % de toutes les affections de l'appareil visuel [64].
- En France, une étude épidémiologique portant sur une période de 70 ans de 1925 à 1995 et intéressant 1705 cas de tumeurs malignes de l'œil et de ses annexes avait mis en évidence 488 cas de tumeurs palpébrales (soit 28,62%) [65].

1.2. L'âge et le sexe :

- Dans notre série, l'incidence maximale des tumeurs de paupières se situe entre 50 et 70 ans (64,7%) ce qui correspond aux résultats retrouvés dans la série de Ducasse [66] avec un pourcentage de 62,5%. L'âge moyen dans notre série est de 58 ans. Pour Levecq [60], l'âge moyen est de 52 ans, les sujets de plus de 60 ans représentaient 46% des cas étudiés.
- La moyenne d'âge pour les tumeurs palpébrales bénigne était de 35 ans, ceci va avec l'étude de Jangir [63] qui a retrouvé un âge moyen de 37.23 ans. Une étude réalisée en Grèce [68] a objectivé que l'âge moyen des tumeurs bénignes était de 47ans. Dans l'étude de Huang [67], l'âge moyen était de 52ans ce qui signifie que les tumeurs bénignes sont des tumeurs du sujet jeune.
- Pour les tumeurs malignes, l'âge moyen de notre série était de 59 ans. Dans la série d'Asproudis [68], l'âge moyen pour les tumeurs malignes était de 67 ans. La même constatation a été réalisée dans la série de Huang où l'âge moyen était de 72 ans. Dans la série de Jangir [63], l'âge moyen était de 59 ans. Ceci confirme que les tumeurs malignes sont l'apanage du sujet âgé.
- Le sexe ratio H/F dans notre série est 1,125 c'est à peu près le même résultat le retrouvé dans la série de Jangir [63], alors qu'une prédominance féminine est retrouvée dans la série de Huang et de Asproudis [68].

Tableau N°II : Comparaison des données épidémiologiques.

Nom de l'étude	Nombre de cas	Durée	Age moyen des tumeurs bénignes	Age moyen des tumeurs malignes	Nombre d'hommes	Nombre de femmes	Sexe ratio (H/F)
Huang [67]	4421	20 ans	52 ans	72 ans	2148 (48,6%)	2273 (51,4%)	0,94
Asproudis [68]	851	30 ans	49 ans	67 ans	421(49,47 %)	430(40,53%)	0,97
Jangir [63]	125	5 ans	37 ans	59 ans	68(54,4%)	57(45,6%)	1,19
Notre série	34	6 ans	31 ans	59 ans	18(53%)	16(47%)	1,125

1.3. L'origine géographique :

Dans notre série, 64.7% des patients étudiés habitaient le milieu rural contre seulement 35.3% qui provenaient du milieu urbain.

Nos résultats concordent avec les données El haouri [69] : 65 % des patients habitaient le milieu rural alors que 35 % provenaient du milieu urbain.

Pour H.Boukind [70] l'origine rurale représentait 54% alors que Mernissi [71] a rapporté un taux des patients d'origine rural de l'ordre de 58%.

Nos résultats rejoignent donc la majorité des autres études marocaines, maghrébines et africaines.

Tableau N°III : Répartition géographique.

Série	H.Boukind [70]	El Haouri [69]	Mernissi [71]	Notre série
Rural	54%	65%	58%	64.7%
Urbain	46%	35%	42%	35.3%

1.4. Antécédents :

a. Phototype :

Les phototypes clairs sont considérablement plus exposés aux carcinomes cutanés de la tête selon la majorité des études. Ainsi Bano Traore [72] rapporte 65 à 75% des carcinomes baso-cellulaires des cancers cutanés rencontrés chez les blancs et 3% des carcinomes baso-cellulaires des cancers cutanés rencontrés chez les noirs.

Dans l'étude de Mernissi [71] le phototype III était le phototype prédominant 57 % des cas, suivi par le phototype IV dans 35 % des cas.

Dans l'étude réalisée au Brésil [73], les phototypes I et II étaient les phototypes prédominants dans 77% des cas, suivis par les phototypes III et IV dans 23% des cas.

Dans l'étude d'Asproudis [68], tous les patients étaient des Caucasiens.

Les phototypes IV et V étaient les phototypes prédominants dans notre étude dans 79% des cas, ce qui concorde avec les autres études réalisées au Maroc : la série d'Echachoui[75] ou 78.12% des patients étaient de phototype III et IV, et la série de Dahmi [74] ou 63% sont de phototype V et VI.

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

Tableau N°IV : Comparaison des phototypes prédominants.

Etude	Phototype prédominant	Pourcentage
Ferreira et al [73]	I et II	77%
Asproudis [68]	II et III	100%
Mernissi [71]	III	57%
Dahmi [74]	V et VI	63%
Echachoui [75]	III et IV	78.12%
Notre série	IV et V	79%

b. Exposition solaire :

Le soleil est le facteur causal le plus fréquemment évoqué. Il est capable d'altérer le génome cellulaire soit, directement par le biais du rayonnement UVB, soit indirectement par la génération de radicaux libres à cause du rayonnement UVA [76].

Le cumul d'exposition solaire chez les sujets à peau claire augmente considérablement la probabilité de développer une tumeur palpébrale, tandis que le sujet à peau pigmentée est plus protégé contre ce risque [77 ; 78]. Cette relation étroite entre le soleil et les tumeurs cutanées est illustrée par le fait que 80% d'entre elles siègent au niveau des zones photo-exposées [79].

Le pourcentage des patients exposés au soleil est estimé à 91,17% dans notre étude ce qui correspond à la série de Pinatell et Mojallal, 95% des patients étaient exposés au soleil [80]. Pour Ahmad et Gupta, le pourcentage d'exposition solaire était de 89% [81]. Finalement F.R Ferreira rapporte que 70,1% de leurs patients présentaient une exposition solaire dans leur enfance et/ou à l'âge adulte [73].

c. Lésion précancéreuse :

Dans notre étude, les lésions précancéreuses ont été retrouvées chez 3 patients : la kératose actinique a été retrouvée chez 3 patients (8,82%). Dans l'étude d'Elhaouri [69] 5,5% de kératoses actiniques ont été mises en évidence. Pour Dumas et al [83] les kératoses actiniques représentaient 13%, alors que pour Kavouissi et al [84], elles étaient de loin les lésions précancéreuses les plus fréquentes avec un pourcentage de 40,2%. La société française de dermatologie [82], affirme ces résultats, en précisant que la lésion précancéreuse la plus fréquente est la KA, qui peut atteindre 60% des patients ayant un carcinome cutané.

Par ailleurs, aucun cas de Xeroderma Pigmentosum, de maladie de Bowen ni d'Albinisme n'ont été retrouvés dans notre série.

d. Le tabagisme :

La notion de tabagisme, reconnu comme facteur de risque de plusieurs cancers et dont la relation cause à effet a été démontrée par plusieurs études. Une association significative entre le tabagisme et le carcinome baso-cellulaire a été décrite chez la femme, mais pas chez l'homme [86]. Contrairement à notre étude où tous les patients tabagiques ayant développé un carcinome baso-cellulaire étaient de sexe masculin. Cependant une étude récente sur une large cohorte, ne retrouve pas d'association claire entre le tabagisme et le carcinome baso-cellulaire [87].

Dans notre étude le tabagisme a été retrouvé chez 35,29% de nos patients. Ceci concorde avec les données de la série de Chebbi et Al qui a trouvé un pourcentage de 32,6% de tabagisme [88]. Une étude menée chez 383 patients en Floride a montré un taux de tabagisme de 26% [26]. Pour Echachoui [75] et Ali Hassan [89] le taux de tabagisme était moindre 18.75 et 17.46% respectivement.

Tableau N°V : Comparaison du taux de tabagisme.

Etude	Taux de tabagisme
Chebbi et al [88]	32,6%
Floride [26]	26%
Echachoui [75]	18,75%
Ali Hassan [89]	17,46%
Notre série	35,29%

2. Données cliniques :

Lors du premier examen, une simple approche clinique permet d'orienter le diagnostic vers un processus bénin ou malin. L'interrogatoire doit préciser les facteurs favorisants, notamment l'exposition aux UV, les éventuels antécédents traumatiques, les brûlures, l'existence d'une maladie générale. La population vieillissante présente un cumul d'exposition solaire favorisant le développement des tumeurs épithéliales. L'évolution de la lésion est aussi un élément important du diagnostic et surtout de l'éventuelle malignité. Une analyse sémiologique recherche des signes tels des saignements au contact, une perte des cils, des ulcérations, une induration péri-tumorale, une infiltration nerveuse et éventuellement une adénopathie pré-tragienne ou sous-maxillaire. Les lésions bénignes ont généralement une croissance plus lente, et une tendance moindre à l'ulcération que les lésions malignes, de croissance rapide et infiltrant. Un schéma de l'étendue de la tumeur, clair et complet doit clore l'examen ophtalmologique. Nous devons toujours finir par un examen général à la recherche de métastases éventuellement.

2.1. Le délai de consultation :

Dans notre série, le délai de consultation variait entre 1 mois et 8 ans, avec une moyenne de 22 mois. 67,64% de nos patients se sont présentés après un délai supérieur à 12mois. Dans la série d'El Haouri [69] la durée moyenne d'évolution avant la consultation variait de quelques mois à 2 ans avec une moyenne de 24 mois. Une étude faite à Dakar [90] a rapporté une durée d'évolution moyenne de 34mois. Cependant, Boon Bin [91] a rapporté une durée moins longue de 17,8 mois en moyenne. Dans la série de Gupta, le délai moyen de consultation était de 9 mois [81].

La majorité des études ont objectivé un délai de consultation assez long. Ceci peut être expliqué par le caractère indolent et l'évolution lente de ces tumeurs [92].

Tableau N°VI : Comparaison du délai de consultation.

Série	Délai moyen de consultation
EL Haouri [69]	24 mois
Dakar [90]	34 mois
Boon Bin [91]	17,8 mois
Gupta [81]	9 mois
Notre série	22 mois

2.2. Signes fonctionnels :

- La majorité des patients consultaient suite à une masse palpébrale (70,58%) et/ou une ulcération (29,41%). 88,24% de nos patients ne ressentait aucune douleur, ce qui peut expliquer le retard de consultation. Un larmolement a été retrouvé chez 8,82%. L'acuité visuelle est conservée chez la majorité des patients (85%)
- Dans la série de Kale, le motif de consultation le plus fréquent était une masse palpébrale +/- avec une ulcération (55,5%). La douleur, la BAV et le larmolement n'étaient pas souvent observés [93].
- Une étude rétrospective réalisée au CHU de Borgou au Bénin a objectivé que la tuméfaction palpébrale était le principal signe d'appel (30,4%). La douleur a été retrouvée dans 22,3% des cas. La BAV et le larmolement se voyaient beaucoup plus rarement [94].

2.3. Caractéristiques de la tumeur :

a. Le siège :

Dans notre série, l'œil droit est plus touché que l'œil gauche avec un taux de 58,82% contre 41,18%, ce qui correspondait aux séries de Ducasse [66] de Sayag [97] et de Jangir [63], quant à la série de Bonnay, l'atteinte de l'œil gauche était prédominante [96].

Tableau N°VII : Comparaison selon le coté atteint.

Série	Œil droit	Œil gauche
Ducasse [66]	50,25%	49,75%
Sayag [97]	55%	45%
Jangir [63]	51%	49%
Bonnay [96]	47%	53%
Notre série	58,82%	41,18%

Dans la littérature, on trouve que la paupière inférieure et le canthus interne sont les plus touchés par les tumeurs. Les résultats de notre étude sont en concordance avec ces constatations. L'atteinte de la paupière inférieure était prépondérante avec 35,29% des cas, suivie par le canthus interne qui représente 32,35%

Tableau N°VIII : Comparaison selon le siège.

Série	Canthus interne	Canthus externe	Paupière supérieure	Paupière inférieure	Plusieurs atteintes
Biro [98]	28%	4,7%	9,4%	53%	–
Benatyia [95]	27%	8%	14%	51%	–
Echachoui [75]	31%	6%	10%	53%	4,5%
Notre série	32,35%	8,82%	17,64%	35,29%	5,88%

b. L'aspect macroscopique :

Sur le plan clinique les tumeurs évoluaient sous plusieurs formes. L'aspect ulcéré était le plus fréquent dans notre série avec 35%. Ceci rejoint les constatations cliniques d'Echachoui qui rapporte un taux de 43.73% de lésions ulcérées [75]. Pour El haouri [69] et Dakar [90], le taux de lésions ulcéro-bourgeonnantes été prédominant alors que dans notre série, l'aspect ulcéro-bourgeonnant occupait la 3^e place avec 24% de cas.

Tableau N°IX : Comparaison des différents aspects macroscopiques.

Aspect macroscopique	Echachoui [75]	El Haouri [69]	Dakar [90]	Notre série
Nodulaire	43,73%	43%	16,3%	35%
Ulcéré	–	7%	–	29%
Ulcéro-bourgeonnant	–	25%	66,3%	24%
Ulcéro-nodulaire	46,87%	–	–	12%
Bourgeonnant	–	18%	17,5	–

c. La taille tumorale :

Dans notre étude la taille des carcinomes varie entre 20 mm et 70 mm, on remarque que la taille tumorale dans notre étude était parfois plus importante par rapport aux données de la littérature. Ceci peut être expliqué par le retard de consultation des patients ainsi que l'utilisation parfois de remèdes traditionnels pouvant entraîner la surinfection ou la nécrose.

Tableau N°X : Comparaison de la taille tumorale.

Série	El Haouri [69]	L.Knani [85]	Echachoui [75]	Notre série
Taille tumorale	6 à 60mm	20 à 100 mm	8 à 70mm	20 à 70mm

2.4. Examen locorégional et somatique :

Nous avons constaté que dans la majorité des cas de notre étude (85%), l'acuité visuelle n'est pas altérée. Le fait que les tumeurs palpébrales entravent peu la fonction visuelle a été élucidé dans une étude [99] qui confirme que l'altération de l'acuité visuelle se produit uniquement dans le cas où la tumeur palpébrale est très infiltrante avec un envahissement conjonctival ou oculaire important.

Le globe était totalement détruit chez un patient âgé qui présentait un CBC évoluant depuis 4 ans. Un cas publié avait également rapporté une destruction du globe par un carcinome baso-cellulaire évoluant [101] ce qui montre que le carcinome baso-cellulaire peut être parfois agressif. Cependant, la prise en charge des cancers palpébraux se fait souvent avant l'envahissement orbitaire des structures avoisinantes. Howard A rapporté 11 cas sur 440 patients, soit 2.5% [100]. Pour Wong sur 619 cas, 1.6 % avaient un envahissement orbitaire. [101]



Figure 28: Carcinome baso-cellulaire envahissant l'orbite et le globe oculaire.

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

Dans notre étude, 2 patients présentaient une extension ganglionnaire homolatérale (5,88%), et qui présentaient tous un carcinome épidermoïde.

En France, l'analyse d'une série rétrospective conduite par Bessede et al visant 243 patients présentaient des carcinomes épidermoïdes de la face et du cou a montré que 2,9% avaient présentés des métastases ganglionnaires à l'examen initial soit 7 patients [102].

Une étude réalisée par L.Knani analysant des cas de carcinomes baso-cellulaires palpébraux a rapporté une atteinte ganglionnaire dans 0,5% [85]. Dans notre série, aucun carcinome baso-cellulaire n'a présenté d'extension ganglionnaire.

Tableau N° XI: L'extension ganglionnaire.

Série	Bessede et al [102]	L.Knani [85]	Notre série
Carcinome basocellulaire	–	0,5%	0%
Carcinome spinocellulaire	2,8%	–	5,8%

Les CBC ont une agressivité locale, le risque de métastase est exceptionnel à cause d'un faible potentiel angiogénique. Le taux de métastase rapporté dans la littérature est inférieur à 0.1% [76 ; 55], alors que les CSC étaient considérés comme agressives. Ils ont une tendance à récidiver et à métastaser.

Il faut rester vigilant devant tout malade atteint de CSC et procéder à un examen cutané corps entier soigneux à la recherche de signes d'extension en particulier dans les aires ganglionnaires.

Un examen ORL et neurologique ainsi qu'un examen général complet se sont avérés nécessaires notamment pour la recherche de localisations secondaires. Ils étaient sans anomalies chez tous nos patients.

3. Données paracliniques :

Après l'examen clinique, les examens complémentaires sont nécessaires pour préciser le type l'extension et le type histologique de la tumeur histologique, ce qui permettra de guider le choix thérapeutique. La TDM et/ou l'IRM sont les examens radiologiques les plus performants pour déterminer avec précision l'étendu tumorale.

3.1. Les examens d'imagerie:

Le bilan d'imagerie complémentaire est nécessaire à chaque fois la tumeur présente des arguments clinique en faveur de l'extension tumorale telle qu'une taille tumorale très importante ou son adhérence aux plans sous-jacents.

a. La TDM [104 ; 105 ; 106] :

a.1. Bilan d'extension locorégionale :

La tomodensitométrie est actuellement l'examen réalisé quand, après un examen clinique complet, l'aspect de la tumeur nous amène à craindre un envahissement des structures avoisinantes, ou en cas de récurrence tumorale.

Elle réalise une véritable coupe anatomique de l'orbite, où elle montre particulièrement bien les structures osseuses, les muscles oculomoteurs et le globe oculaire. Elle permet de visualiser le processus palpébral, de le localiser et de préciser sa répercussion sur les structures avoisinantes. Dans notre série, elle a mis en évidence une atteinte osseuse et musculaire chez 1 patients, ce qui expliquait les troubles d'oculomotricité. L'envahissement de la graisse extra-conjuguale a été détecté chez 1 patient. Un envahissement massif du globe était présent chez 4 patients.

Le scanner reste le meilleur moyen pour visualiser une atteinte osseuse qui constitue un facteur important dans l'évaluation préopératoire de l'envahissement orbitaires des carcinomes palpébraux [104], cependant il peut parfois en passer à côté : Une étude rétrospective menée par Glover évaluant la fiabilité de la TDM dans la recherche de l'envahissement osseux. Onze patients atteints de carcinomes baso-cellulaires ou spinocellulaires étendus du visage et de

l'orbite ont été évalués en préopératoire par une tomodensitométrie et les résultats ont été comparés aux résultats cliniques. L'examen histo-pathologique postopératoire a confirmé l'invasion osseuse, alors que la TDM n'était positive que dans trois cas (43 %) [105]

Ceci a également été mis en évidence dans notre étude où l'envahissement osseux a été confirmé sur l'examen histo-pathologique chez 7 patients, alors qu'il n'a été détecté par la TDM que chez 2 patients. (28%) [105]

Sur la base de ces résultats, nous recommandons de ne pas se fier au scanner pour exclure une atteinte osseuse orbitaire. L'invasion osseuse peut être histologiquement présente, même si la destruction n'est pas visible au scanner. Par conséquent, un scanner normal ne doit pas dissuader de retirer un os ou un périoste cliniquement anormal et de le soumettre à un examen histologique.

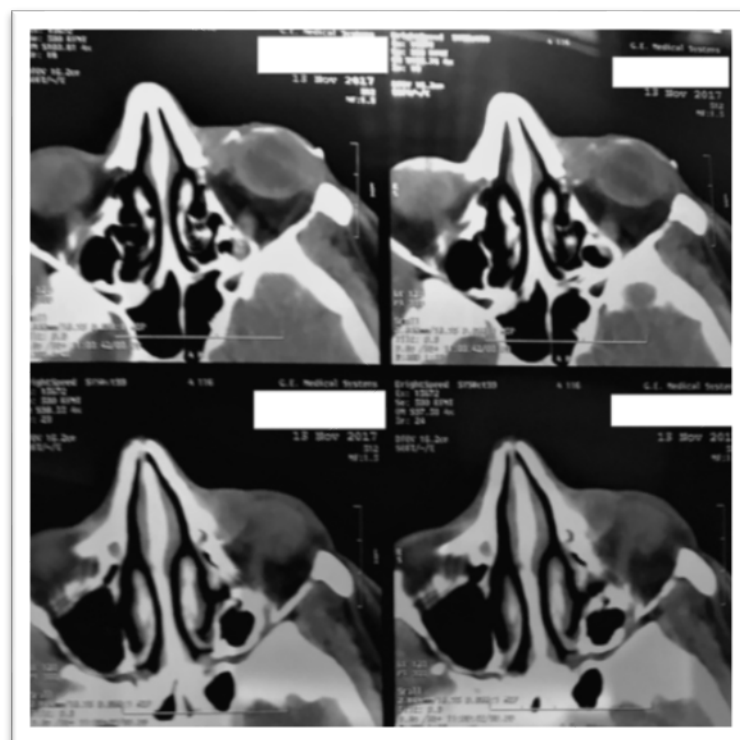


Figure 29: Aspect tomodensitométrique d'une lésion tissulaire du canthus interne gauche avec infiltration conjonctivale et de la graisse extra-conjuguale sans lésion osseuse (photo du service).

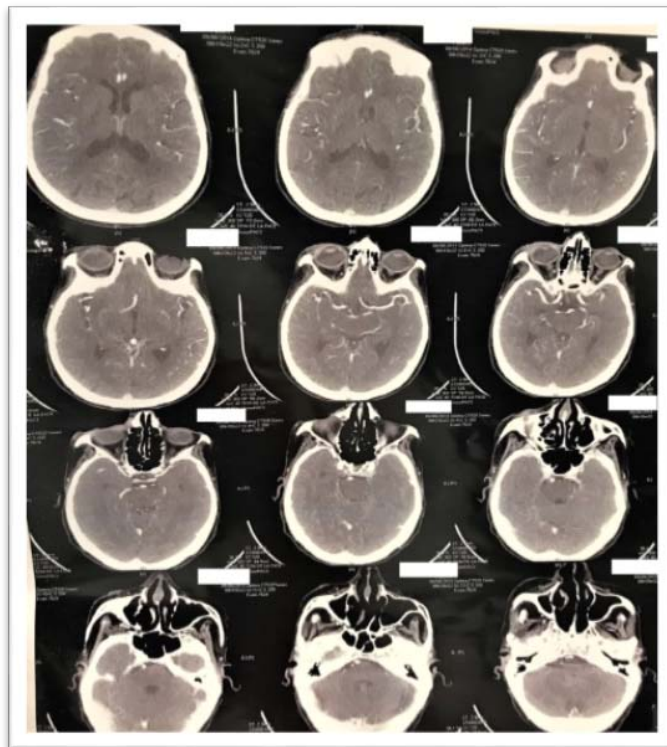


Figure 30 : Lésion tissulaire de la paupière inférieure droite infiltrante avec atteinte par contiguïté des structures de l'orbite droite : muscle droit externe, choroïde et paroi osseuse (photo du service).



Figure 31 : Aspect TDM d'un processus tumoral de la paupière droite avec un envahissement massif de l'orbite (photo du service).

b.1. Bilan d'extension à distance :

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

Dans notre série, la radiographie thoracique et l'échographie abdominale ont été faites pour 13 patients. Elles n'avaient objectivé aucun cas de métastases hépatiques et pulmonaires.

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

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

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

4. Données thérapeutiques :

4.1. Introduction:

Le traitement des tumeurs palpébrales ne se conçoit qu'en tenant compte du type histologique, du siège, de l'agressivité de la tumeur, de son extension locorégionale et à distance, de l'âge, de l'état général et du consentement libre et éclairé du patient. Le bilan préopératoire doit donner les informations nécessaires. Les moyens thérapeutiques à notre disposition sont essentiellement la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie.

Les patients sont informés de l'importance du déficit envisagé, de l'éventualité de réaliser une exentération en cas d'extension intra-orbitaire massive, ainsi que sur la possibilité de l'ablation des voies lacrymales. Le type de reconstruction envisagé et la possibilité du prélèvement d'un lambeau à distance sont expliqués au patient. Le traitement chirurgical comprend deux temps [107] :

- L'exérèse tumorale est réalisée en respectant les règles de sécurité carcinologique avec la possibilité d'un examen histologique extemporané. Les pièces d'exérèses sont

adressées pour l'étude anatomopathologique afin de confirmer le diagnostic et s'assurer des marges d'exérèses.

- La chirurgie de reconstruction peut être faite en même temps opératoire ou en différé. La technique choisie dépend de la taille et de la localisation de la perte de substance à combler.

4.2. But de traitement :

- Guérir le patient en assurant une exérèse tumorale complète.
- Préserver la fonction de l'œil (si traitement conservateur).
- Obtenir un résultat esthétique satisfaisant.

4.3. Moyens de traitement :

a. Le traitement chirurgical :

a.1. L'anesthésie [107 ; 109] :

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

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

a.2. La chirurgie d'exérèse :

- Le cas des tumeurs bénignes [110; 111 ; 112] :

La prise en charge des tumeurs palpébrales est essentiellement chirurgicale. Pour les tumeurs bénignes, les options thérapeutiques existantes sont la simple surveillance, les traitements médicaux tel l'utilisation de traitement anti-inflammatoires locaux, le traitement par techniques de laser, et finalement la chirurgie.

Dans notre série, tous les patients qui présentaient une tumeur bénigne avaient bénéficié d'une exérèse simple. Ceci était motivé principalement par un souci esthétique, d'autant plus que ces patients étaient majoritairement des sujets jeunes.

Plusieurs auteurs recommandent la simple surveillance des tumeurs palpébrales bénignes. Le préjudice esthétique constitue la principale indication à l'exérèse tumorale. Quand il est indiqué, le traitement chirurgical doit être le plus conservateur possible, ménageant en particulier le tarse et la bordure ciliaire.

- Le cas des carcinomes palpébraux :

La prise en charge des tumeurs palpébrales malignes est en premier lieu chirurgicale selon la littérature [108]. Les données analysées dans différentes études nécessitant une analyse anatomopathologique avec recoupes au niveau des berges. Par ordre d'intérêt, la chirurgie de la pathologie tumorale de la paupière a donc, trois buts majeurs :

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

Dans notre série, tous les patients ont bénéficié d'une chirurgie. Ce qui correspond à la série de Messaoudi [115], où tous les patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical sans autre traitement complémentaire. Dans l'étude de Khelif [114] 85% des malades ont bénéficié d'un traitement chirurgical et dans la série de Chekir [113] 75,4% des patients ont subi une chirurgie.

Tableau N°XII : Comparaison des taux de traitement chirurgical.

Etude	Taux de chirurgies
Messaoudi [115]	100%
Khlif [114]	85%
Chekir [113]	75,4%
Notre série	100%

➤ Biopsie : [175]

Elle consiste en une excision partielle de la masse tumorale pour étude anatomopathologique fiable et définitive avant de débiter un traitement adapté. Ce type de biopsie offre une partie adéquate du tissu pour visualisation directe. Le chirurgien doit être sûr que le matériel biopsié soit représentatif et non écrasé. Du tissu non fixé doit être sauvegardé pour cytométrie de flux, étude moléculaire et certains types de préparations immuno-histochimiques.

➤ Biopsie-exérèse : [175]

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

➤ La chirurgie d'exérèse classique [55 ; 116; 118]:

La constitution et la situation anatomique particulière des carcinomes palpébraux font une localisation à haut risque de récurrence et d'extension. Toutefois, l'attitude chirurgicale à adopter se fait en fonction de l'état local, de l'extension locorégionale et du type histologique de la tumeur considérée. Ainsi, le geste envisagé pourra être soit conservateur concentré sur la tumeur et ses marges, soit radical consistant en une exentération éventuellement élargie. Dans notre étude, le principal traitement des carcinomes cutanés reste actuellement l'exérèse chirurgicale de la lésion avec des marges de sécurité adaptées à la variété anatomopathologique

(59%). Les marges de sécurité reconnues comme nécessaires sont de 3 à 5 mm pour le CBC jusqu'à 10 mm pour la forme ulcérée ou sclero-dermoïde, 8 à 10 mm pour le carcinome épidermoïde. Pour un carcinome baso-cellulaire du bord libre de la paupière de 16 mm, pour un carcinome spinocellulaire de 11 mm, l'exérèse minimale correspondrait à toute la longueur de la paupière. Cependant, du fait de l'anatomie et de la fonction palpébrale surtout pour la paupière supérieure, il n'est pas possible de respecter cette marge de sécurité, sous peine d'un préjudice fonctionnel parfois majeur, voire de la perte du globe oculaire. Dans ce cas l'examen extemporané prend sa place. Des languettes sont prélevées en toute épaisseur sur les bords de l'excision, repérées et fixées au le froid pour un examen extemporané qui guidera sur l'éventuel élargissement de l'excision. Si l'anatomopathologiste répond qu'une ou plusieurs languettes sont envahies, le chirurgien prélève des nouvelles languettes numérotées en regard de celles envahies, jusqu'à ce que l'anatomopathologiste ne retrouve pas d'envahissement tumoral. La reconstruction peut avoir alors lieu dans le même temps opératoire.

La fiabilité de l'examen extemporané atteint les 98 %, selon une étude sur 470 examens extemporanés, où seuls 4 patients étaient faussement négatifs, la même étude a aussi constaté que l'examen histologique extemporané permet de diminuer le taux de récurrence par rapport à une chirurgie classique utilisant des marges probabilistes [118].

Dans notre série, aucun de nos patients n'avaient bénéficié d'un examen extemporané. La non-exécution systématique des examens extemporanés dans notre série est principalement liée à des problèmes logistiques : le transport des échantillons et leur étude prend beaucoup de temps, ce qui allonge le temps d'anesthésie générale pour les patients âgés et souvent poly-tarés.

➤ La Chirurgie micrographique de Mohs [120]:

Surtout pratiquée aux États-Unis, c'est la technique chirurgicale spécialisée qui permet le meilleur contrôle d'exérèse de n'importe quel cancer cutané, tout en conservant le maximum de tissu sain. Cette technique convient particulièrement aux tumeurs cutanées péri-oculaires qui sont caractérisées par une croissance continue, et qui ont une faible tendance à métastaser. La

technique consiste à d'abord enlever la plus grosse partie de la tumeur, puis à prélever des tranches marginales de 1 à 4 mm d'épaisseur sur tout le pourtour de la lésion tumorale et suivant une topographie minutieuse. Les marges sont prélevées par morceaux de 5 à 10 mm de diamètre environ qui sont tous numérotés, coloriés et répertoriés sur un diagramme. Un technicien d'anatomopathologie procède alors à la coupe en congélation de chaque pièce dans le plan de la tranche, de sorte que toutes les faces chirurgicales soient visualisées sur une même lame. Les fragments positifs font l'objet d'une reprise d'exérèse jusqu'à la négativation de toutes les lames. Particulièrement performante pour les lésions superficielles, cette technique n'est toutefois pas utilisable dès que les tissus orbitaires sont envahis.

Dans notre série, aucun de nos patients n'avaient bénéficiés de cette technique vu la lourdeur en équipement et en temps, et son coût en termes de compétences nécessaires.

- Carcinomes envahissant le globe oculaire [121 ; 122]:

L'exérèse peut être réalisée d'emblée ou aussitôt après une biopsie ou une cytoponction. Lorsqu'elle est possible, l'exérèse en totalité s'impose, facilitée par l'existence d'un plan de clivage : capsule ou pseudo-capsule tumorales. En cas de tumeurs diffuses, l'exérèse maximale, diminuant le tissu tumoral restant, facilite l'action de la radiothérapie ou de la chimiothérapie complémentaires. Elle peut être élargie à l'os ou aux structures voisines.

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

Les voies d'abord chirurgicales possibles :

- ✓ La voie trans-conjonctivale :

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

✓ La voie transcutanée : [175]

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

L'incision cutanée peut être pratiquée au niveau du cadre osseux suivant le rebord orbitaire inférieur ou dans un pli palpébral supérieur ou inférieur suivant les lignes de tension (RSTL) [176]. Elle est toujours latéralisée vers le quadrant où se développe la lésion. La dissection du périoste ainsi que l'hémostase doivent être soigneusement réalisées. La périorbite est ensuite incisée et la lésion peut alors être enlevée ou simplement biopsiée. L'incision en S est particulièrement intéressante pour accéder à l'espace orbitaire supérieur et latéral.

✓ Voie trans-coronale (Cairns–Unterberger) ou bicoronale [179] :

Elle consiste à réaliser une incision cutanée d'un tragus à l'autre dans le cuir chevelu, et à décoller le scalp cutané et le muscle frontal jusqu'aux rebords orbitaires supérieurs. La cicatrice située dans les cheveux est ensuite peu visible. Cette voie permet un abord simultané des deux orbites dans leur partie supérieure. Elle s'adresse donc aux tumeurs supérieures intra- ou extra-coniques. Sa réalisation est assez longue. On peut pour améliorer l'aspect esthétique faire partir l'incision non pas du tragus mais de derrière l'oreille.

✓ Les orbitotomies : [175 ; 178]

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

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

❖ Orbitotomies antérieures

Réalisées par voie transcutanée, éventuellement trans-conjonctivale, elles s'adressent aux tumeurs antérieures. L'incision peut être supérieure, sous-sourcilière ou intra-sourcilière, supérolatérale en regard de la fosse lacrymale, inférieure en regard du rebord orbitaire inférieur, latérale ou médiale avec section du ligament latéral externe ou du tendon canthal médial. Elle s'adresse donc aux tumeurs supérieures intra- ou extra-coniques.

❖ Orbitotomies latérales :

Divers abords cutanés permettent d'atteindre le pilier fronto-zygomatique : incision horizontale de Berke, concave en arrière de Krönlein, en S allongé de Wright :

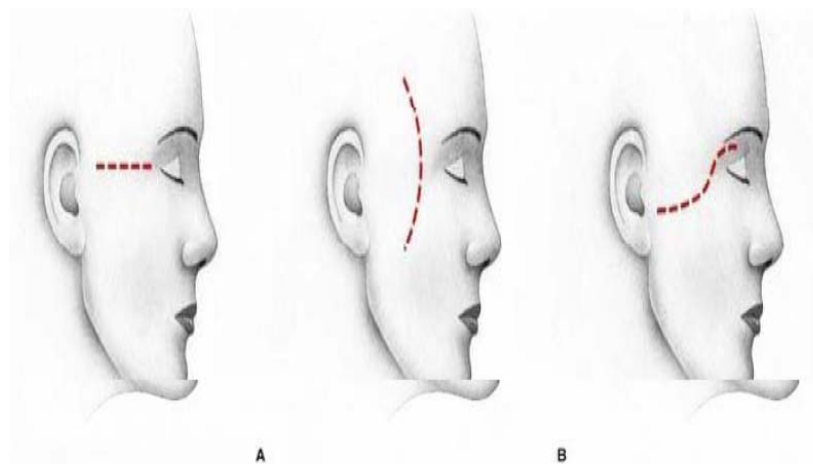


Figure 32 : les différentes incisions cutanées des orbitotomies latérales [116].

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

Cette orbitotomie permet d'aborder la loge lacrymale, la moitié latérale de l'orbite à la fois en extra- et en intra-conique. Ses limites sont les tumeurs médiales, situées en dedans du nerf optique (on peut alors l'associer à un abord médial permettant d'écarter le globe oculaire en dehors [180] et les tumeurs très postérieures (apex). C'est la voie de choix par exemple pour les tumeurs de la glande lacrymale, certains hémangiomes caverneux, la plupart des lymphomes, certains mélanomes choroïdiens propagés à l'orbite [181].

- Orbitotomies médiales :

Les voies paralatéro-nasale, médio- ou trans-faciale partant de la partie médiale du sourcil, contournant l'aile du nez jusqu'à la lèvre supérieure, permettent d'aborder la partie médiale de l'orbite et l'ethmoïde. Cette voie ORL nécessite de décoller le périoste orbitaire en regard de la trochlée du muscle oblique supérieur, de coaguler ou clipper l'artère ethmoïdale antérieure et de respecter les voies lacrymales. Elle est surtout utile en cas de tumeur orbitaire propagée à l'ethmoïde ou au contraire de tumeur ORL propagée à l'orbite. Cet abord peut être associé à un abord neurochirurgical par volet frontal [182]

- Orbitotomies supérieures [183] :

L'abord orbitaire supérieur par effondrement du plafond orbitaire après réalisation d'une incision bicoronale, d'un volet frontal et après avoir récliné le lobe frontal, permet d'aborder les tumeurs situées dans la partie supérieure de l'orbite. Moins utilisée qu'autrefois, elle reste la meilleure voie possible en cas de tumeur à cheval sur l'orbite et l'endocrâne. L'abord intra-conique se fait de part et d'autre du muscle droit supérieur. Le canal optique peut être ouvert par cette voie.

- Orbitotomies inférieures :

Rarement utilisées, elles peuvent se faire par une incision cutanée ou par voie trans-antrale abordant le plancher orbitaire par l'intermédiaire du sinus maxillaire.

- L'exentération :

L'exentération reste le moyen le plus utilisé par la plupart des équipes en matière d'envahissement tumorale orbitaire. C'est une technique chirurgicale défigurante mais qui est devenue acceptable grâce à l'avènement des procédés de reconstruction. En fonction du type histologique, du siège et de l'extension tumorale, l'exérèse doit être aussi carcinologique que possible, emportant tous les tissus atteints : os, muscles, voies lacrymales..., associée à un curage ganglionnaire s'il y a présence d'adénopathie.

On décrit 3 types d'exentération :

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

Dans certaines lésions extensives, une collaboration multidisciplinaire associant plasticiens, oto-rhino-laryngologistes et neurochirurgiens est souhaitable.

Dans notre série 5 patients ont subi une exentération dont 3 étaient des récidives de carcinome spinocellulaire, un était une récidive d'un carcinome métatypique et un était un carcinome baso-cellulaire avec infiltration massive du globe, et un était une récidive d'un carcinome métatypique. Les résultats de Khtibari [119] avaient rapportés un taux élevé de 48%, Ali Hassan [89] a également rapportait un taux élevé de 54.4% alors que Benaatyia [95], L.Knani [85] et Echachoui [75] avaient rapporté un taux moindre par rapport notre étude.

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

	Echachoui [75]	L.Knani [85]	Benaatyia [95]	Ali Hassan [89]	Khtibari [119]	Notre étude
% d'exentération	1,56%	1,70%	1,8%	54,4%	48%	14,70%

- Le curage ganglionnaire : (121)

Le curage ganglionnaire est un acte consistant à retirer par voie chirurgicale certains ganglions lymphatiques et vaisseaux lymphatiques qui drainent un tissu ou un organe atteint d'un carcinome. Les ganglions enlevés sont ensuite analysés afin de déterminer s'ils étaient envahis ou non, le curage est employé notamment pour déterminer l'étendue d'un carcinome, caractériser sa progression, contrôler son envahissement locorégional, guider le choix thérapeutique. Dans notre série, 2 patients ont bénéficié d'un curage ganglionnaire soit 2,94% des cas. Ce taux s'avère moindre par rapport à S.Benazzou [123] qui rapportait un taux moindre de 6,6% et plus élevé par rapport à L.Knani [85] qui a rapporté un taux de 0,5%.

Tableau N°XIV : Comparaison du taux de curage ganglionnaire.

Etude	S.Benazzou [123]	L.Knani [85]	Notre série
Taux de curage ganglionnaire	6,6%	0,5%	2,94%

+Analyse des résultats anatomo-pathologique :

L'étude anatomopathologique des pièces d'exérèse chirurgicale était systématique chez tous nos patients. Elle vise à établir le diagnostic et la stadification histo-pathologique et aussi à détecter certains facteurs pronostiques (différenciation, degré d'envahissement en profondeur, présence d'embolies lymphatiques ou vasculaires, présence d'invasion périneurale), permettant ainsi de planifier l'attitude thérapeutique. Elle doit obéir aux recommandations suivantes:

- Chaque prélèvement doit être clairement identifié, de façon à ce qu'une cartographie puisse être établie.
- Il est nécessaire d'orienter les marges par des fils de suture identifiés par la couleur, par le nombre de nœuds ou par des encrages de différentes couleurs.
- Il est indispensable de joindre un schéma comportant la mention des différents repères, éventuellement communiquer des photographies.
- Le mode d'acheminement au laboratoire: soit à l'état frais dans une compresse humectée de sérum physiologique si le laboratoire est à proximité, soit fixation pour des raisons d'éloignement.

L'étude anatomo-pathologique a montré la prédominance du carcinome baso-cellulaire retrouvé dans 20 cas (soit 59% des cas), suivis par le carcinome épidermoïde rencontrés chez 5 patients soit 14,% des cas. 3 cas de kystes sébacés palpébraux (8,82%), 4 cas de nævi palpébraux (11,76%). 1 seul cas de carcinome adénoïde kystique à point de départ lacrymal (soit 2,9%), et un cas de carcinome indifférencié très infiltrant (soit 2,9%).

Le carcinome baso-cellulaire est la tumeur maligne la plus fréquente au niveau de la paupière. Il représente 90% des tumeurs malignes de la région orbitaire selon Reese [124]. De nombreux auteurs sont également du même avis : Dans la littérature, on retrouve une fréquence estimée à 84,4 % pour Ducasse [66], de 80 à 90 % pour Margo [125], de 84 % pour Lee [126], de 83% pour Bagheri [127].

En Afrique :

Le carcinome baso-cellulaire est la tumeur maligne palpébrale la plus fréquente dans les pays du Maghreb. Il représente 67 à 89% des néoplasmes orbito-palpébraux. [113 ; 128]

- Notre série va avec les résultats maghrébins
- Cette tumeur est rare en milieu noir africain [129].Le carcinome baso-cellulaire ne représente que le 1/10ème des carcinomes orbito-palpébraux chez l'Africain, du fait qu'il soit protégé par une forte pigmentation mélanique [129 ; 130].

En Europe :

En France, une étude prospective réalisée sur 3 ans et portant sur 172 tumeurs palpébrales montrait que le carcinome baso-cellulaire était la tumeur la plus fréquente avec 84,4% des cas [131].

Une étude rétrospective réalisée en Grèce sur une durée de 30 ans, qui a porté sur 851 cas de tumeurs palpébrales a mis en évidence que le carcinome baso-cellulaire était la tumeur maligne la plus fréquente avec un pourcentage de 86%. [68]

En Australie :

Le carcinome baso-cellulaire là aussi présente la tumeur maligne palpébrale la plus importante avec 89.7% des cas. [132]

En Amérique :

Une étude réalisée à l'hôpital de Massachusetts a mis en évidence que le carcinome baso-cellulaire était la tumeur maligne la plus fréquente au niveau des paupières, avec un taux de 73%. [133]

Tableau N°XV : La répartition des carcinomes dans le monde.

	Etude	% de CBC	% de CE
Afrique	Notre série	59%	14%
	Tunisie [128]	67%	4,6%
	Algérie [113]	88,7%	2%
Europe	France [131]	84,4%	11,5%
	Grèce [68]	86%	7%
Australie [132]		89,7%	5,2%
Amérique	Massachusetts [133]	73%	0,5%

Les résultats de l'étude anatomo-pathologique des pièces d'exérèse dans notre série a objectivé que l'exérèse était incomplète chez 3 patients (8,82%), ce qui était moindre par rapport aux résultats de Echachoui [75] qui rapportaient un taux de (10,71%), de Khtibari [119] qui a trouvé un taux de 16.% et de L.Knani [83] a trouvé le taux le plus élevé (22,4%).

Tableau N°XVI : Taux d'exérèse tumorale incomplète.

Etude	Taux d'exérèse incomplète
Echachoui [75]	10,82%
Khtibari [119]	16%
L.Knani [83]	22,4%
Notre série	8,82%

+La chirurgie de reconstruction :

Il est primordial d'avoir une confirmation histologique que les marges d'exérèses latérales et profondes soient saines avant de procéder à la couverture de la perte de substance, [137 ; 138] L'examen extemporané est réalisé dans les cas où la reconstruction immédiate est indispensable, tel qu'au niveau de la paupière supérieure pour protéger l'œil, mais il est préférable d'attendre le résultat de l'histologie classique avant la reconstruction. C'est la technique en deux temps qui donne la certitude carcinologique de l'exérèse complète. [139]. Généralement, on opte pour des reconstructions immédiates dans les exérèses transfixiantes en élargissant les marges de sécurité ou en réalisant un examen extemporané des berges, et une reconstruction différée pour les exérèses non transfixiantes pour lesquelles nous réalisons une tarsorrhaphie de protection du globe oculaire en attendant les résultats de l'histologie.

Dans notre série, on n'a jamais utilisé la technique de l'examen extemporané et pour cette raison la reconstruction a été faite de façon différée chez 64,70% de nos patients après le résultat de l'histologie classique.

Quel que soit la technique choisie, elle devrait impérativement répondre à 3 points essentiels :

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

Par ordre d'importance selon Hawes MJ [10], il faut s'assurer que le globe est protégé par une paupière supérieure complète et mobile. La paupière inférieure doit être bien apposée au globe et affleurer le limbe. Les deux lamelles fonctionnelles doivent être reconstituées, la lamelle postérieure avec un tarse et une conjonctive, rattachée aux rétracteurs, et la lamelle antérieure munie d'une peau suffisante et d'une fonction musculaire orbiculaire pour assurer l'occlusion.

– Principes de la chirurgie de réparation palpébrale [134 ; 135 ; 136] :

- Principe d'homologie :

Toute structure du corps humain est idéalement remplacée par son homologue le plus strict. Le meilleur substitut pour remplacer une paupière est donc la paupière elle-même.

- Principe de réparation « plan par plan » :

Anatomiquement, il est indispensable de reconstruire un plan muqueux profond, un plan tarsal intermédiaire et un plan cutané superficiel. En fait, l'intime adhérence du tarse à la conjonctive conduit à réparer un plan tarso-conjonctival qui correspond à la lamelle postérieure et un plan cutané qui correspond à la lamelle antérieure.

- Principe de sécurité :

Il concerne la vascularisation qui rend le processus de réparation plus ou moins fiable. Si on reconstruit une seule lamelle, un lambeau ou une greffe peut être indifféremment employé car le support constitué par la lamelle restante demeure vascularisé. En cas de défet transfixiant,

les deux lamelles doivent être reconstruites. Dans ce cas, deux lambeaux ou un lambeau et une greffe peuvent être utilisés mais jamais deux greffes en même temps qui seraient vouées à l'échec, faute de support vasculaire restant [135].

- Paupières supérieure et inférieure : deux entités différentes

L'atteinte palpébrale inférieure est la plus fréquente et comporte un moindre risque pour l'œil. En aucun cas, il ne faut donc prendre le risque d'utiliser la paupière supérieure pour réparer la paupière inférieure sauf s'il s'agit d'un prélèvement non dommageable pour la paupière supérieure (une seule lamelle, greffon libre ou pédiculé). De même, la reconstruction du muscle orbiculaire et des cils n'est pas nécessaire au niveau de la paupière inférieure. L'atteinte palpébrale supérieure est moins fréquente mais plus nocive. L'exposition du globe oculaire peut conduire à une kératite, un ulcère cornéen voire même la cécité. La paupière supérieure requiert une peau fine et souple pour que le muscle releveur puisse dégager l'œil dans le regard primaire. Cette peau doit être mobile afin de recouvrir la cornée lors du sommeil. Il est également nécessaire de reconstruire l'armature tarsale et la continuité du muscle releveur. Enfin et si possible, il est préférable de restaurer le bord ciliaire. [135]

- Cas des canthi :

Le canthus externe est beaucoup moins touché que le canthus interne et ne requiert que sa réinsertion au périoste ou à l'apophyse orbitaire externe. Le canthus interne nécessite quant à lui de réparer le ligament palpébral interne et les voies lacrymales parfois dans un second temps. Les pertes de substance du canthus interne sont souvent traitées avec les pertes de substance latérales du nez.

- Techniques de reconstruction :

La reconstruction des pertes de substances palpébrales fait appel à des procédés variés, allant des techniques relativement simples à des moyens plus élaborés des greffes et des lambeaux.

L'ampleur et la localisation du déficit à combler guident la reconstruction. Les déficits d'un quart, voire un peu plus, jusqu'à un tiers en cas de laxité chez le sujet âgé, peuvent se suturer bord à bord sans manœuvre supplémentaire ou moyennant un allongement du tendon canthal latéral selon Tenzel. Au-delà, des combinaisons de lambeaux et de greffes sont nécessaires. La cicatrisation dirigée par seconde intention peut être intéressante à exploiter, en particulier au niveau du canthus interne, dans la mesure où la lamelle postérieure n'est pas déficitaire. [55].

- La cicatrisation dirigée : [12,140]

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

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

Aucun patient dans notre série n'a bénéficié de cette technique vu la grande taille de perte de substance souvent retrouvée et la difficulté de suivi.

- La suture marginale directe +/- canthopexie: [134, 141, 142]

La règle du quart de Mustardé: Du fait de la laxité palpébrale relative, les déficits de moins d'un quart de longueur totale chez le jeune, et de moins d'un tiers chez le sujet âgé,

peuvent être réparés par rapprochement simple complété parfois d'une canthotolyse avec un résultat esthétique et fonctionnel satisfaisant. Une grande partie des pertes de substance palpébrales peut donc être traitée par rapprochement direct des berges et mobilisation horizontale des paupières.

La suture se fait en deux plans. Le plan profond tarso-conjonctival est habituellement suturé par des fils résorbables enfouis : une aiguille ronde évite de déchirer le tarse qui fournit ainsi un bon point d'appui à la traction. Les fils de soie noués à la face postérieure de la paupière sur le versant muqueux doivent être évités en raison du risque de kératite. Cependant, ils peuvent s'utiliser en protégeant la cornée par une lentille thérapeutique. Le plan antérieur musculo-cutané et le bord libre sont suturés par des points séparés. Le fil de soie est le plus employé car il présente moins de risque d'ulcération en cas de contact avec la cornée. Il est, de plus, plus facile et moins douloureux à enlever que les fils de nylon. Suivant le degré de tension des sutures, les fils sont laissés en place 8 à 15 jours. Une contention par pansement adhésif est souvent utile pendant la phase initiale de cicatrisation.

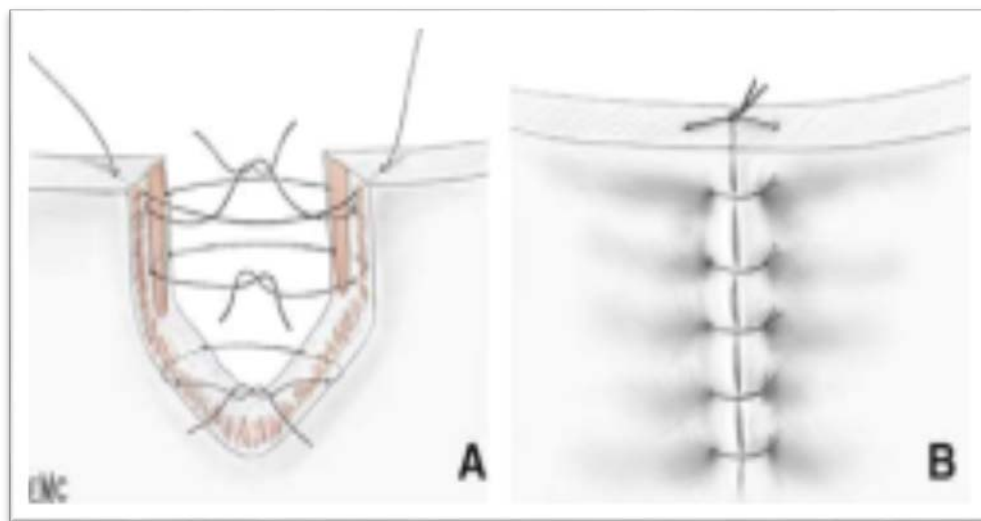


Figure 33 : Technique de suture directe des paupières.

- A. Plan profond suturé au fil à résorption lente, prenant toute l'épaisseur du tarse, passant sous la conjonctive. Un fil est passé sur le bord libre, au niveau de la ligne grise, de préférence au fil de soie pour éviter le risque cornéen.**
- B. Suture cutanée prenant en profondeur le muscle orbiculaire**

Lorsque la perte de substance dépasse un quart de la longueur totale de la paupière, la suture directe reste possible dans certains cas en désinsérant le tarse de son insertion canthale. Cette technique est assez fréquemment utilisée pour les paupières inférieures, en sectionnant à leurs extrémités externes les attaches du tarse au canthus externe. Pour que ce geste soit efficace, on doit y associer une libération large des insertions du septum au périoste orbitaire externe. La technique de suture est ensuite identique à celle qui a été exposée précédemment. Bien que théoriquement possible, cette technique est plus délicate à mettre en œuvre à la paupière supérieure où se mêlent les attaches du tarse, du septum et, plus profondément, l'aileron latéral du releveur de la paupière supérieure. Certains, [10] ont proposé des canthotomies médiales, possibles au prix d'une section des canalicules lacrymaux.

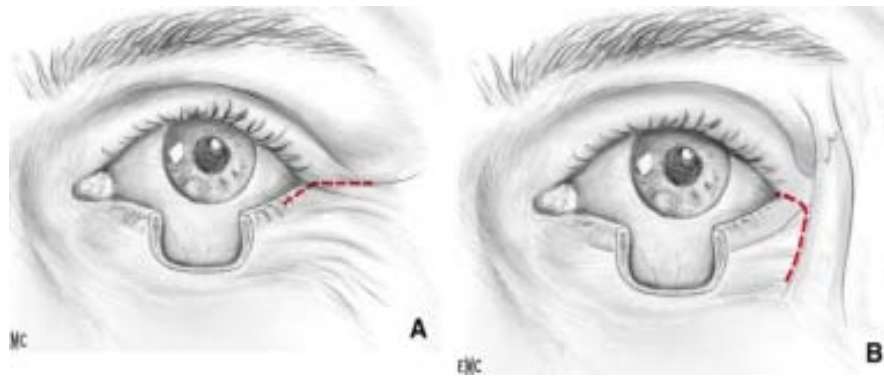


Figure 34 : Mobilisation de la paupière inférieure restante en vue d'une suture directe.

A. Incision cutanée sous-ciliaire.

B. En profondeur : section des attaches du tarse inférieur au ligament canthal externe, désinsertion du septum le long du rebord orbitaire externe et inférieur.

Dans notre série, cette technique a été utilisée 2 fois pour des pertes de substance de la paupière inférieure suite à des CBC chez des sujets de plus de 60 ans. (2,94%)

- Les greffes cutanées : [12, 140,143]

– La greffe de peau mince :

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

Dans notre série, nous n'avons pas utilisé cette technique.

– La greffe de peau totale :

Le greffe de peau totale diffère de la précédente par l'épaisseur du greffon, par l'absence de pigmentation et de rétraction secondaire. Les sites donneurs classiques de greffe cutanée comprennent la paupière supérieure, la région rétro-auriculaire, le creux sus-claviculaire et la face interne du bras [108]. La taille du greffon doit s'adapter à la surface réceptrice. La mise en place d'un bourdonnet pendant deux à quatre jours permet une bonne application du greffon sur le site d'exérèse et empêche la constitution de toute collection liquidienne sous le greffon. Une greffe qui a bien pris doit être uniformément rose. Des soins locaux doivent être pratiqués régulièrement pour éviter la formation de croûtes, génératrices de cicatrices inesthétiques.

Nous avons utilisé cette technique dans 8 cas pour la réparation des pertes de substance non transfixiant ce qui correspondait aux résultats de Benatyia[95] et d'Echachoui [75] qui ont montré un taux d'utilisation de greffe de peau de 17.64% et 28% respectivement. Pour Khtibari [119] le taux était élevé à 54.5%. Quant à L.Knani [85] le taux était moindre à 4,2%.

Tableau N°VII : Le taux de greffes cutanées :

Etude	Echachoui [75]	L.Knani [85]	Khtibari [119]	Benatyia [95]	Notre série
Taux de greffe de peau	28%	4,2%	54,4%	17,64%	23.52%

– Les autres types de greffes :

La réhabilitation du plan postérieur tarso-conjonctival peut utiliser différents greffons autologues. Idéalement, le greffon doit être facile à prélever, permettre l'apport de tissu muqueux, être suffisamment rigide pour armer la paupière reconstruite et la morbidité au site donneur doit être acceptable. Les différents greffons proposés dans la littérature sont :

- La greffe de muqueuse conjonctivale est prélevée dans le fornix supérieur après avoir largement infiltré la conjonctive, sans fermeture au niveau de la zone de prélèvement, à condition d'avoir laissé la capsule de Tenon. Elle est excellente, se heurte au problème de la taille du prélèvement qui reste limitée.

- La greffe de muqueuse buccale est abondante et présente une plus grande résistance à la rétraction. Le prélèvement est plus aisé au niveau de la lèvre inférieure ou supérieure peut être prélevée de la face interne de la joue, où la surface disponible est importante et la morbidité modérée si l'on prend soin de respecter le canal de Sténon [144]. Elle nécessite une préparation préalable par la prescription de bain de bouche pour réduire le risque infectieux. L'excision de la greffe se fait au bistouri. Le greffon ainsi prélevé est dégraissé sur sa face postérieure avant sa mise en place et sa fixation se fait par des points inversés pour éviter les ulcérations cornéennes. Les soins oculaires sont très importants par du collyre et du pommade ophtalmique à base d'antibiotique. La muqueuse labiale n'est pas suturée. L'épithélialisation se fait entre 48 heures et 8 jours. Des bains de bouche sont prescrits après chaque repas pour une dizaine de jours.



Figure 35 : Technique de prélèvement d'une greffe de muqueuse labiale [145].

- Les greffes de cartilage permettent de reconstruire un plan palpébral profond en apportant un tissu solide pouvant suppléer le tarse. Deux sites de prélèvement sont utilisés :
 - La pyramide nasale offre deux sites donneurs : l'aile du nez et le septum, cette zone nécessite une préparation préopératoire par un rasage des poils nasaires et les soins post-opératoires pour favoriser la cicatrisation et réduire le risque infectieux.

- Greffes de cartilage conchal : [146, 147, 148] C'est un excellent matériau pour armer la paupière à reconstruire. La greffe est composée de cartilage et de périchondre, elle est fine et arquée. Sa forme concave s'adapte parfaitement à autorise une épithélialisation rapide et évite la fragmentation du greffon. Le prélèvement est simple et peut être réalisé par voie postérieure ou antérieure sans aucune rançon cicatricielle ni esthétique.

- Greffes composées (ou composite) : [135 ; 144]

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

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

Dans notre série, nous avons eu recours à :

- La greffe de cartilage pour la reconstruction tarsale a été réalisée chez 2 de nos patients, les 2 étaient des cartilages auriculaires, soit 5,88% des cas, alors que les résultats d'Echachoui avaient rapporté un taux de 6.25% [75].

- La greffe muco-palatine a été préconisée chez 4 de nos patients (11,76%) alors que l'étude d'Echachoui avait rapporté un taux plus élevé 25% [75].
- La greffe de la muqueuse buccale n'a pas été utilisée dans notre série.

Tableau N°XVIII : taux des greffes muqueuses et cartilagineuses.

Etude	Echachoui	Notre étude
Grefe de cartilage	6,25	5,88%
Grefe muco-palatine	25%	11,76%

- Les lambeaux : [146 ; 149]

Le lambeau est un transfert tissulaire incluant son propre pédicule de vascularisation. Ce dernier peut être gardé définitivement ou temporairement en continuité avec la zone donneuse, ou être immédiatement anastomosé sur des vaisseaux proches de la zone receveuse.

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

Dans notre série, nous avons utilisé des lambeaux pour la réparation des pertes de substance post exérèse tumorale chez 17 patients (50%) ce qui rejoint les résultats de Khtibari[119] avec un taux de 45.5% et d'Echachoui [75] et L.Knani[85] qui avaient rapporté un taux élevé à 64,04% et 66,6% respectivement, alors que les résultats de Benaatiya[95] montrent un taux de 37%.

Tableau N°XIX : Le taux des lambeaux utilisés.

Etude	Benatyia [95]	L.Knani [85]	Khtibari [119]	Echachoui [75]	Notre série
Lambeaux cutanés	37%	66,6%	45,5%	64,04%	50%

Plusieurs types de lambeaux existent, dont les plus fréquemment utilisés sont :

– Les lambeaux cutanés :

+ Lambeaux locaux

Ils sont utiles pour les pertes de substances superficielles notamment chez les sujets âgés. Ils utilisent la peau palpébrale restante. La mobilisation des téguments doit toujours se faire horizontalement, surtout à la paupière inférieure. La finesse de la peau, dans la portion pré-tarsale de la paupière, impose de choisir des lambeaux à pédicule large pour éviter leur tubulisation. Différents types de lambeaux sont possibles : lambeaux de rotation, lambeaux d'Imre. Il est préférable d'éviter les lambeaux longs et étroits qui s'incorporent lentement. Les sutures se font en un ou en deux plans, en plaçant, dans la mesure du possible, les cicatrices dans l'axe des plis naturels de la peau.

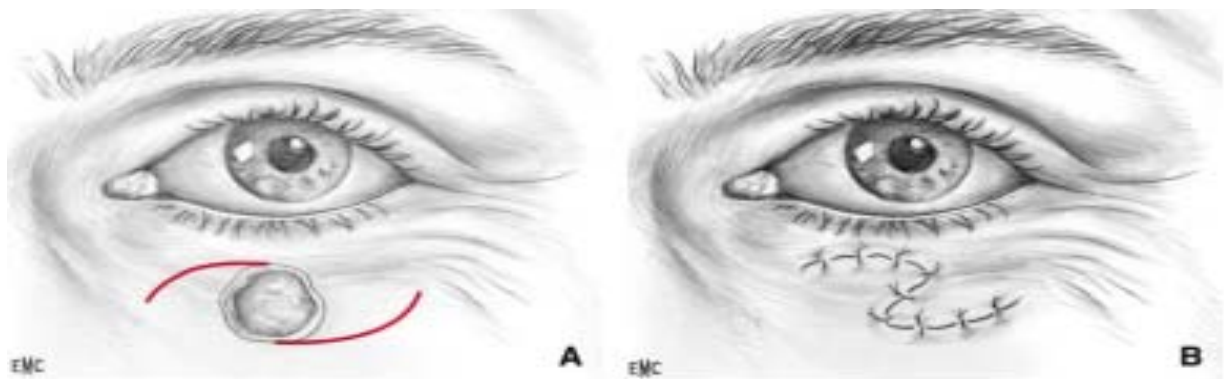


Figure 36 : Réparation par lambeaux de rotation d'une perte de substance superficielle.

- A. Tracé des lambeaux en gardant à leur pied une largeur suffisante, en général égale au diamètre de la perte de substance.
- B. Suture finale.

Cette technique n'a pas été utilisée dans notre série vu que la majorité des pertes de substances étaient transfixiantes.

+Le lambeau de rotation-avancement temporo-jugal de Mustardé [135;144] :

Il s'agit d'un lambeau « phare » dans la blépharopoièse inférieure, seul ou associé à la mobilisation de la paupière restante. Le tracé de l'incision se place à 1 mm du bord libre de la paupière inférieure et doit dépasser largement vers le haut la ligne canthale externe pour éviter une ptose tégumentaire et un ectropion secondaire. L'étendue de l'incision, du décollement et du triangle d'avancement dépend de la taille de la mutilation palpébrale. Ce lambeau a pour inconvénient majeur d'être épais et lourd. Pour cela, nous l'arrimons comme beaucoup d'auteurs au périoste orbitaire externe et au tendon palpébral interne pour lutter contre l'attraction inférieure liée au poids de la masse mobilisée. Pour armer ce lambeau lourd, il faut réhabiliter le plan tarso conjonctival par un greffon solide. Nous estimons ainsi que les greffons les plus adaptés sont par ordre de préférence la fibro-muqueuse palatine, le cartilage conchal et enfin le cartilage septal.

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

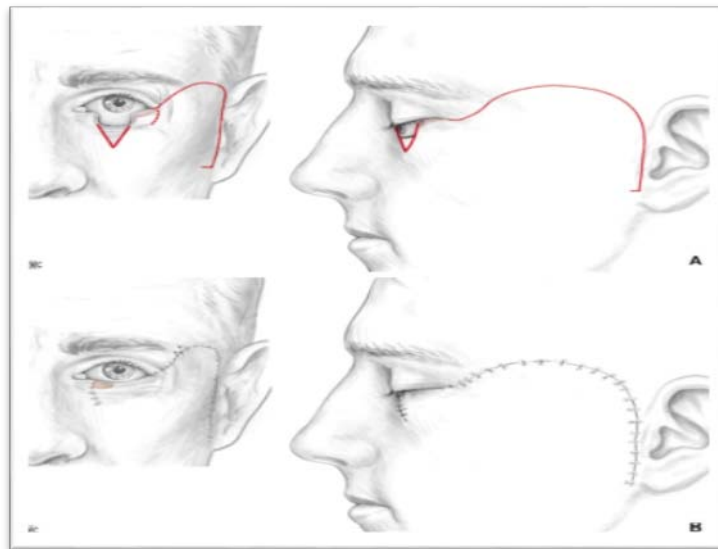


Figure 37 : Lambeau temporo-jugal de Mustardé.

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

Nous avons utilisé ce lambeau pour la réparation des pertes de substance de la paupière inférieure chez 4 patients (11.76%) dans notre série, alors que Benaatiya [95] rapportait un taux d'utilisation moindre (5.88%) et l'Echachoui [75] a rapporté un taux d'utilisation élevé (31.25%).

Tableau N°XX : Le lambeau Temporo-jugale de Mustardé.

Etude	Echachoui [75]	Benatyia [95]	Notre série
Lambeau temporo-jugal de Mustardé.	31,25%	5,88%	11.76%



Figure 38 : Reconstruction d'une PDS de la paupière inférieure par un lambeau de Mustardé suite à l'exérèse d'un CBC de la paupière inférieure (photo du service).



Figure 39 : Utilisation d'un lambeau de Mustardé (photo du service).

+ Le lambeau orbito-naso-génien de Tessier : [135 ; 144]

C'est un lambeau naso-génien à pédicule supérieur controlatéral centré sur les vaisseaux angulaires. Sa vascularisation axiale permet une grande surface de prélèvement. Sa longueur théorique peut dépasser la commissure labiale et atteindre 10 cm. Sa largeur peut atteindre 5 cm en fonction de la laxité cutanée. Ce lambeau concerne toutes les pertes des substances situées dans son arc de rotation. C'est une technique très fiable qui peut donc être utilisée pour la région palpébrale, jugale, nasale, frontale, homo- ou controlatérale. Par contre, c'est un lambeau épais et lourd qui attire le canthus externe vers le bas et il est donc utile de l'amarrer au périoste orbitaire externe. Il peut s'accompagner d'œdème lié à sa vascularisation veineuse à contre-courant ou se rétracter à long terme, compromettant partiellement le résultat esthétique.



Figure 40 : Lambeau orbito-naso-génien de Tessier.

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

Nous avons utilisé ce lambeau pour la reconstruction de PDS de la paupière inférieure dans 3 cas (8.82%). les résultats d'Echachoui [75] montrent un taux de 3.12% (2cas), alors que Benaatiya [95] avait utilisé ce lambeau dans 6 cas (16.66%).

Tableau N°XXI : Le lambeau orbito-naso-génien.

Etude	Echachoui [75]	Benatyia [95]	Notre étude
Lambeau orbito-naso-génien de Tessier	3,12%	16,66%	8.82%

+ Lambeaux cutanés d'origine frontale

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

• Le lambeau de rotation fronto-glabellaire: [55]

On pratique 2 incisions en forme de V inversé, dont les bras s'étendent jusqu'aux sourcils. La longueur des bras et leur angle déterminent la quantité de tissu abaissé. Le bras du côté du déficit doit atteindre l'extrémité supérieure de celui-ci. La peau du lambeau et des alentours est décollée suffisamment loin pour permettre la fermeture sans tension. Le lambeau subit une rotation pour combler le déficit du canthus interne. Les sutures du front forment ensuite un Y inversé.

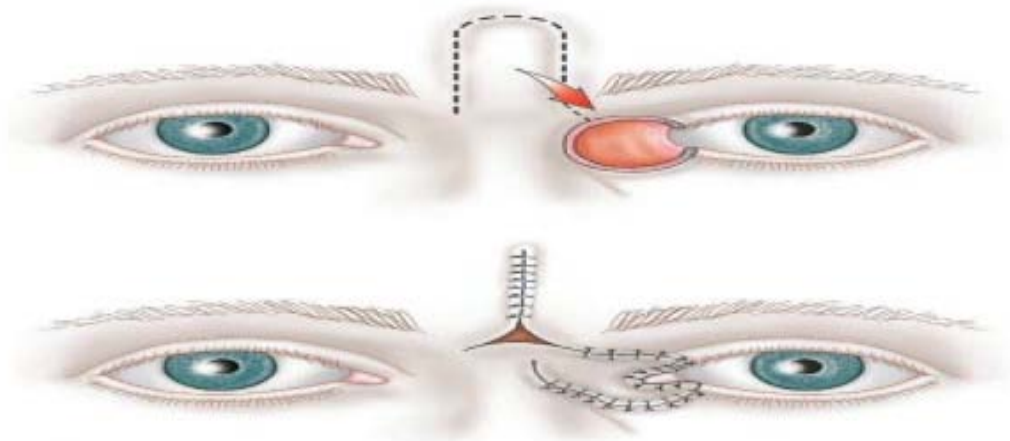


Figure 41 : Lambeau fronto-glabellaire médian de rotation [116]

• Le lambeau frontal médian ou paramédian : [50]

Peut être prélevé de façon verticale ou oblique. Il est vascularisé par l'artère frontale interne et l'artèresus-orbitaire. Sa largeur correspond à celle de la perte de substance. Sa longueur doit tenir compte du pédicule et de l'angle orbito-nasal. Un deuxième temps de sevrage est nécessaire après 3 semaines.

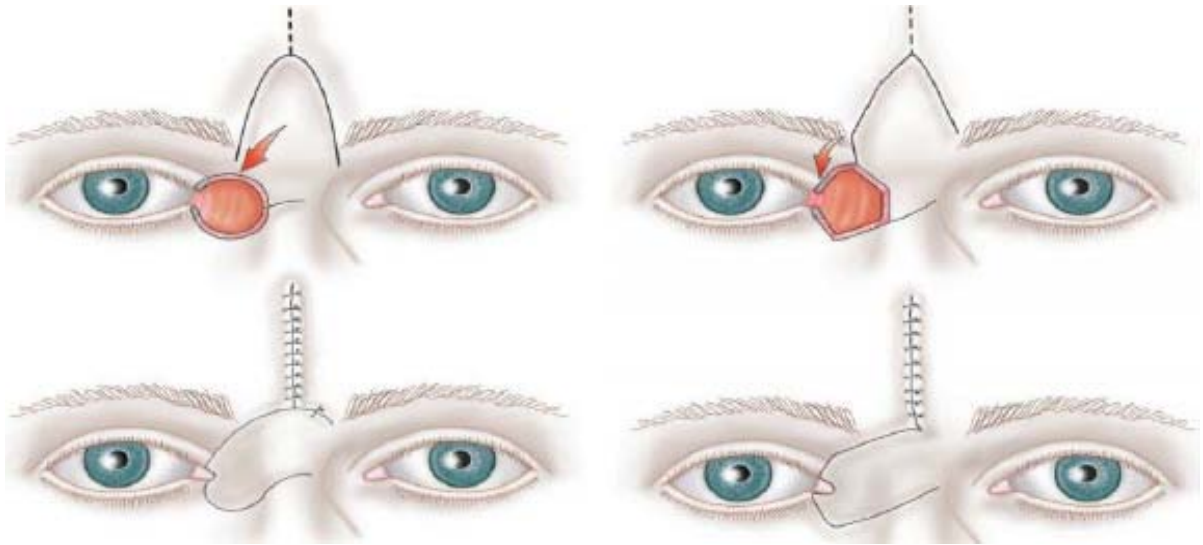


Figure 42 : Lambeau frontal V-Y de glissement [116].

• Lambeau frontal oblique : [151]

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

Dans notre série, nous avons utilisé ces lambeaux cutanés frontaux dans 2 cas pour la reconstruction du canthus interne. Ce qui correspond aux résultats d'Echachoui (2 cas).

Tableau N°XXII : Lambeaux frontaux.

Etude	Echachoui [75]	Notre série
Lambeaux frontaux	3,12%	5.88%



Figure 43 : Comblement d'une cavité d'exentération par un lambeau frontal.

+ Le lambeau d'Abbé–Mustardé : [116, 144, 152]

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



Figure 44 : Lambeau de rotation d'Abbé-Mustardé [116].

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

- Les lambeaux musculaires :

Ils nécessitent une surveillance post-opératoire moins fastidieuse. Ainsi, chez des patients isolés en situation personnelle ou sociale précaire, les lambeaux permettent de s'affranchir de consultations trop régulières, la surveillance post-opératoire se limitant à l'examen de la greffe de peau pendant quelques jours.

- + Le lambeau de translation du muscle temporal :

C'est la méthode la plus répandue. Sa grande mobilité centrée sur le coroné et sa vitalité remarquable offrent un domaine de réparation large. Il est surtout utilisé en cas de mutilation importante [153]. La voie d'abord peut être en « Y » ou en « T » avec une partie hémi-coronale verticale pré auriculaire prolongée selon l'axe des vaisseaux temporaux superficiels. Elle présente l'avantage d'une parfaite exposition. L'aponévrose temporale est sectionnée jusqu'à l'arcade zygomatique, on réalise une dissection monobloc et totale du muscle qui est divisé en deux chefs : antérieur et postérieur. La paroi latérale orbitaire est fenêtrée et le chef antérieur

est basculé à travers cette ostéotomie dans l'orbite [154]. Puis, le chef postérieur est suturé au rebord orbitaire latéral et à la crête temporale antérieure. Souvent, une greffe de peau est fixée sur le muscle. Les suites opératoires peuvent être marquées par un hématome, une nécrose du tissu musculaire, une limitation de l'ouverture buccale et une paralysie frontale. Le principal inconvénient que présente cette technique est que le lambeau peut masquer une récurrence tumorale [155]

Nous avons utilisé le muscle temporal pour le comblement de la cavité d'exentération dans 4 cas (11,76%). Pour B. Langlois [122] le taux était de 17%, alors que S. Benazzou [123] avait utilisé ce lambeau dans 10 Cas (66,6%) et Echachoui [75] rapportait un taux moindre (1.56%).

Tableau N°XXIII : Lambeau du muscle temporal.

Etude	Echachoui [75]	Langlois [122]	Benazzou [123]	Notre série
Lambeau du muscle temporal	1.56%	17%	66.6%	11.76%



Figure 45 : Translation du muscle temporal lors d'exentération orbitaire (photo du service).

- Les lambeaux musculo-cutanés :

- ❖ Les lambeaux de type Tripier : [156]

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

Dans notre série, nous avons utilisé ce lambeau pour la reconstruction d'une perte de substance palpébrale inférieure dans 2 cas (5.88%), alors qu'Echachoui [75] a utilisé ce lambeau dans 7 cas (10.93%)

Tableau N°XIV : Lambeau de Tripier.

Etude	Echachoui [75]	Notre série
Lambeau de Tripier	10.93%	5.88%

- ❖ Lambeau musculo-cutané de Tenzel [157] :

Très utilisé par les ophtalmologistes. Il s'agit d'un lambeau semi-circulaire dont la limite externe prolonge la courbe du sourcil et dont le pédicule est inférieur. Il peut être utilisé pour la réparation de la paupière supérieure ou inférieure. La perte de substance est complétée de telle sorte que le déficit palpébral soit triangulaire descendant jusqu'au fornix. Avantages: réalisé en un seul temps opératoire et comporte peu de risque de nécrose. Inconvénients : nécessite la présence de tarse de part et d'autre du déficit. La perte de support palpébrale externe et l'absence de cils sont les complications les plus souvent rencontrées

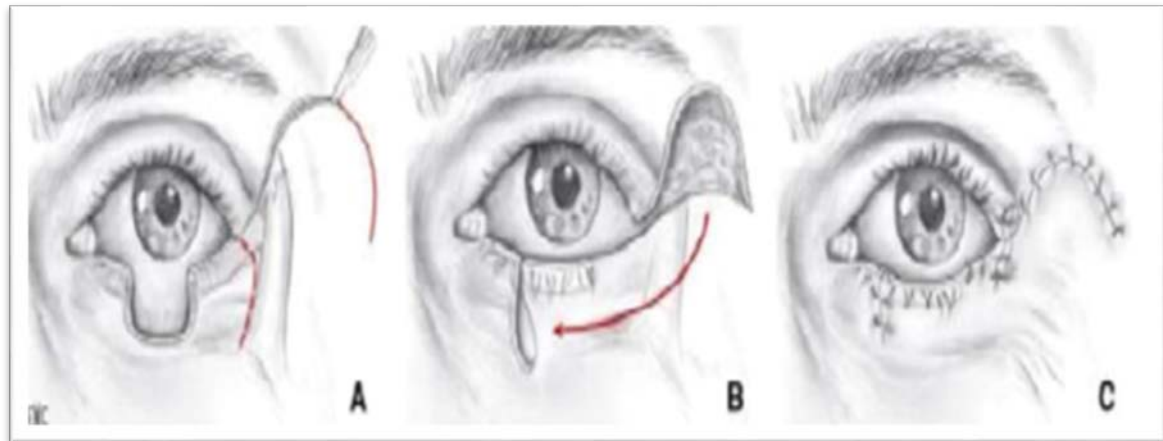


Figure 46 : Lambeau semi-circulaire de Tenzel.

- A. Tracé cutané du lambeau, en pointillé désinsertion du tarse et du septum
- B. Mobilisation des téguments et de la partie latérale de la paupière
- C. Sutures en place

❖ Lambeau musculo-cutané du grand dorsal : [158]

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

Dans notre série, Ce lambeau libre a été utilisé chez dans « cas pour le comblement d'une cavité d'exentération (8.82%). Ce qui rejoint les résultats de B.Langlois [122] et S.Bennazou [123].

Tableau N°XXV : Le lambeau libre du grand dorsal.

Etude	B.Langlois [122]	S.Bennazou [123]	Notre série
Lambeau du muscle grand dorsal	6.66%	5.35%	8.82%



Figure 47 :Comblement d'une cavité d'exentération par un lambeau grand dorsal (photo du service).



Figure 48 :Comblement d'une cavité d'exentération par un lambeau grand dorsal (photo du service).



Figure 49 : Utilisation d'un lambeau du grand dorsal (photo du service).

❖ Lambeau musculo-cutané du grand pectoral [159] :

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

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

Le principe repose sur l'utilisation d'un lambeau tarso-conjonctival prélevé au niveau de la paupière supérieure et abaissé pour combler le déficit palpébral inférieur. Il est soit recouvert d'un lambeau myocutané d'avancement vertical soit d'une greffe de peau.

Cette technique n'a pas été utilisée dans notre série.

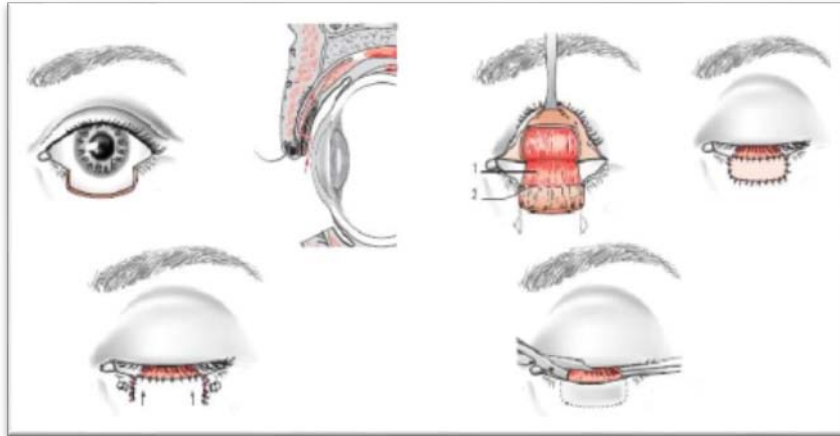


Figure 50 : Procédés de Kollner et Hughes : Lambeaux tarso-conjonctivaux pour la reconstruction d'un déficit subtotal de la paupière inférieure [55]

❖ La technique en 2 temps de Cutler-Beard : [103, 117]

La technique de Cutler-Beard est une procédure de partage palpébral de pleine épaisseur en 2 temps, pour la réparation des colobomes de paupière supérieure de toute taille lorsque l'aponévrose du releveur persiste. Elle utilise un lambeau d'avancement palpébral inférieur en forme de U. Ce lambeau cutané-conjonctival passe en pont sous le bord libre de la paupière inférieure qu'il laisse intact.

Cette technique n'a pas été utilisée dans notre série.

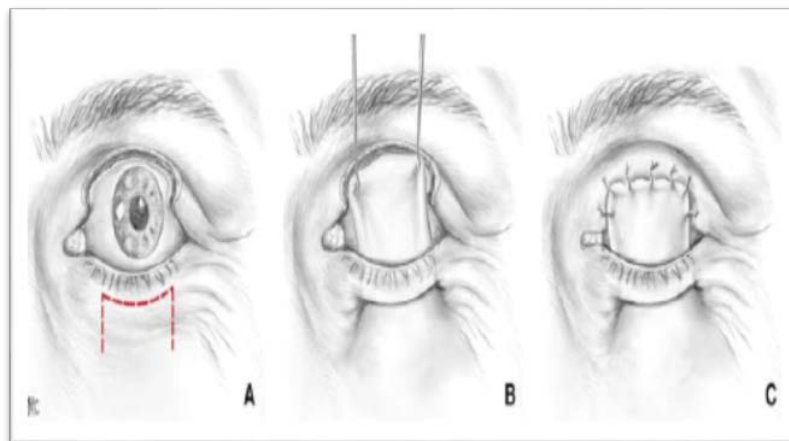


Figure 51 : Procédé de Cutler-Beard.

A. Incision transfixiante à 5 mm du bord libre de la paupière.

B. Mobilisation du lambeau palpébral de pleine épaisseur en arrière du bord libre palpébral inférieur.

C. Suture en deux plans.

– L'épithèse : [122 ; 160]

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

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

La confection d'une épithèse est aujourd'hui dans la pratique quotidienne une méthode quasi « artisanale ». L'épithésiste effectue manuellement le moulage de la perte de substance pour reconstitue un positif en silicone, dessine les reliefs et les détails cutanés, peint manuellement la prothèse pour s'approcher au mieux de la couleur des téguments. Des publications récentes décrivent de nouvelles perspectives, encore expérimentales basées sur le transfert d'informations depuis l'imagerie (fichiers numériques) vers une technologie capable de produire par découpe digitalisée des moulages tridimensionnels (appelés « prototypages »). Ces technologies ne sont pas entrées dans la routine mais permettent d'envisager la conception rapide de prothèses parfaitement adaptées à l'anatomie des patients.

❖ Les indications:

- Perte de substance de la paupière supérieure : [160]

Leur reconstruction est délicate car il existe deux impératifs souvent contradictoires :

- couvrir efficacement la cornée et permettre l'occlusion palpébrale ;
- restaurer une mobilité et une minceur suffisantes pour ne pas amputer le champ de vision et rendre au regard son expression normale.

Il est généralement admis que pour reconstruire la paupière supérieure il faut utiliser la paupière inférieure. Ceci ne peut se faire que si celle-ci n'est pas déjà cicatricielle, et si le patient a compris le principe de l'intervention.

Deux groupes de techniques sont utilisables :

- Les lambeaux cutanés locaux de voisinage recouvrant les greffes muqueuses
- L'utilisation de la paupière inférieure.

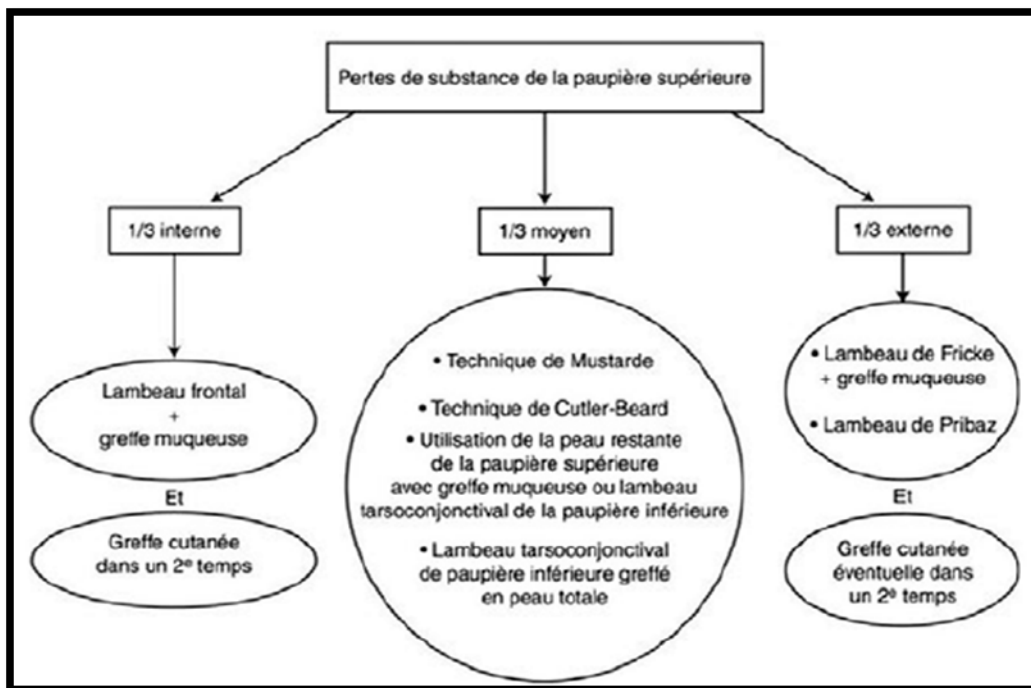


Figure 52 : Les moyens de reconstruction de la paupière supérieure selon la localisation de PDS [160].

- Perte de substance de la paupière inférieure : [116,160]

IL s'agit du cas le plus fréquent en pathologie tumorale.

Pour des pertes de substance de pleine épaisseur plus étendues, deux possibilités existent :

- Association d'un lambeau cutané à une greffe muqueuse ;
- Association d'un lambeau conjonctival à une greffe ou à un lambeau cutané.

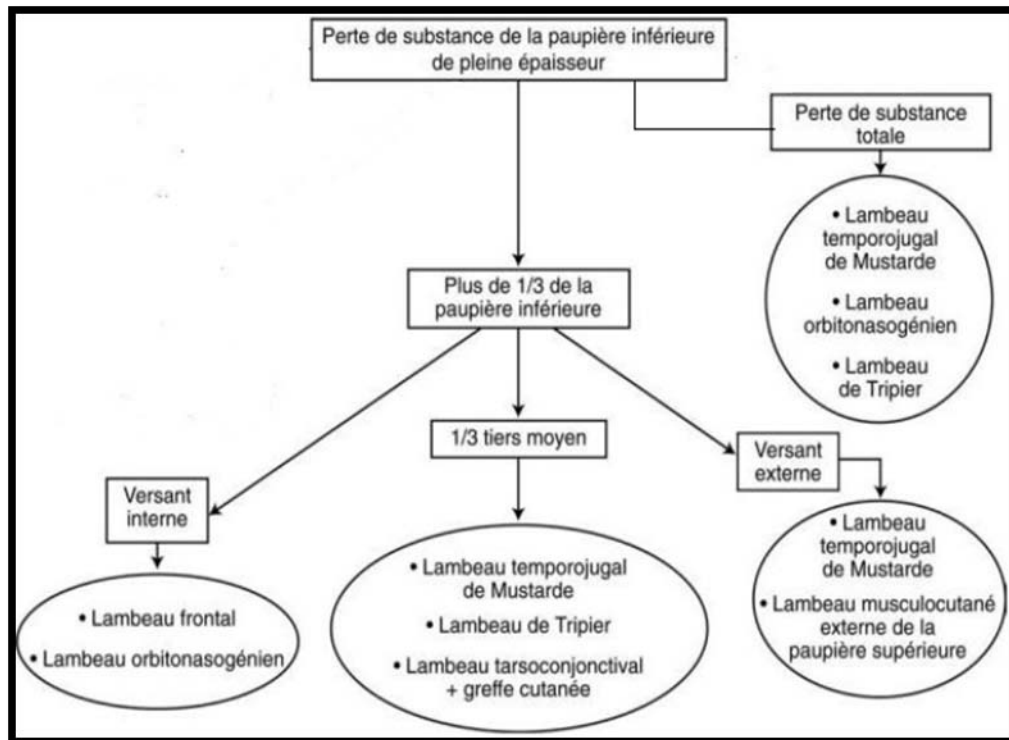


Figure 53: Les moyens de reconstruction de la paupière inférieure selon la taille de PDS [160].

- Perte de substance du canthus interne : [160]

Le problème des mutilations canthales profondes est celui de la restitution des ligaments palpébraux interne et externe. Les lésions canthales, en particulier au niveau du canthus interne, sont associées à un pronostic péjoratif.

Le choix d'une technique de reconstruction dépend des éléments suivants :

- le ligament palpébral interne est-il en continuité ?
- la perte de substance est-elle axiale par rapport à la fente palpébrale ?
- les voies lacrymales sont-elles endommagées ?

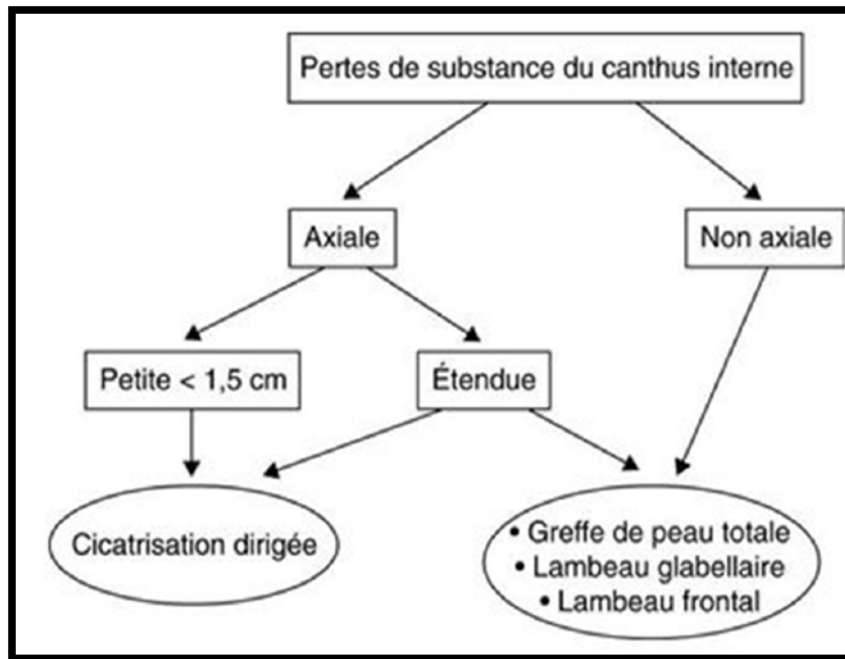


Figure 54: Les moyens de reconstruction de la PDS du canthus interne. [160]

- Perte de substance du canthus externe :

Elles sont rares, et il faut distinguer les pertes de substance superficielles des pertes de substance où le ligament canthal externe est interrompu.

- Pertes de substance superficielles.

Les lambeaux de rotation, prélevant la peau et le muscle orbiculaire au niveau de la paupière supérieure, permettent de fermer la plupart des pertes de substance.

Un tracé de type LLL, à pédicule externe, convient particulièrement en prélevant l'excès cutané palpébral supérieur, de plus en plus abondant en avançant en âge.

- Pertes de substance complexes

Il faut alors :

- Reconstruire la perte de substance conjonctivale ;
- Fermer la perte de substance cutanée habituellement trop étendue pour utiliser un petit lambeau local ;

- Pallier la perte de substance du ligament canthal externe par des procédés de soutien de la paupière inférieure.

Le tendon palpébral externe est reconstruit par un lambeau périosté retourné fixé au tarse palpébral inférieur ou par un greffon muqueux secondairement fendu en 2 bandelettes fixées aux tarses palpébraux. Le plan cutané est reconstruit par greffe de peau totale, lambeau de rotation temporo-jugal ou lambeau sus sourcilier.

– Le traitement complémentaire : [161 ; 162 ; 163 ; 164 ; 165 ; 166]

Actuellement, bien que le traitement de référence reste l'exérèse chirurgicale avec contrôle des marges de résection, le traitement complémentaire peut être proposé pour des tumeurs inéligibles pour la chirurgie, en cas de mauvais état général par exemple, ou lorsque la chirurgie entraîne des conséquences trop lourdes refusées par le patient.

❖ Les moyens:

+ La radiothérapie :

La radiothérapie (RT) est l'utilisation de radiations ionisantes dans le traitement des carcinomes, selon deux modalités principales : la radiothérapie externe qui utilise un rayonnement de bas voltage. Elle se déroule en plusieurs séances sans hospitalisation et le nombre de séances ainsi que la dose délivrée sont déterminés en fonction de la taille et de la nature histologique de la tumeur. Cette technique est particulièrement utilisée pour les carcinomes baso- et spinocellulaires du fait qu'ils soient radiosensibles. La radiothérapie interstitielle (curiethérapie) utilise des fils d'iridium 192 ou de césium, qui sont placés en position sous-cutanée sur toute la zone d'extension de la tumeur, Elle nécessite une hospitalisation de quelques jours en secteur protégé.

La radiothérapie peut être responsable de plusieurs complications oculaires qui sont la cataracte post-radique, les lésions cornéennes à type de kératites et d'ulcérations, les ectropions et les entropions et l'épiphora.

De ce fait, l'œil doit être protégé lors de la radiothérapie [114, 167]. D'une autre part, des complications cutanées peuvent également survenir. Ainsi, on peut observer des cicatrices atrophiques, ulcérées, dépressives rendant les reprises chirurgicales plus difficiles. [168] et reste enfin la possibilité de radionécrose qui conduit à des reprises chirurgicales difficiles.

Après la radiothérapie, le taux de guérison à 5 ans des carcinomes spino- et baso-cellulaires est de 90 à 99% selon les auteurs [114]. Il faut retenir que toute tumeur, détectable trois mois après une radiothérapie, ne guérira pas et doit bénéficier d'un second traitement, le plus souvent chirurgical.

Dans notre série une radiothérapie a été réalisée pour 3 patients (8,82% cas). Benatyia [95] a utilisé la radiothérapie pour un taux de 4% des patients. Alors que pour Khtibari [119] et L.Knani, les taux de étaient plus élevés avec des valeurs de 20% et 27.7% [85].

Tableau N°XXVI: Taux de patients traités par radiothérapies.

Etude	Khtibari [119]	L.Knani [85]	Benatyia [95]	Notre série
Taux de RTH	20%	27.7%	4%	8.82

Ses principales indications en matière de pathologie tumorale palpébrale sont :

En cas de carcinome baso-cellulaire, il est indiqué de réserver l'usage de la radiothérapie aux cas dans lesquels la chirurgie n'est pas possible (contre-indication chirurgicale, difficultés chirurgicales, refus du malade). Dans ce cadre, les meilleures indications retenues sont :

- Les carcinomes baso-cellulaires avec exérèse incomplète.
- Les carcinomes baso-cellulaires récidivant.
- les carcinomes baso-cellulaires nodulaires d'une taille inférieure à 2 cm.
- les carcinomes baso-cellulaires avec un envahissement osseux ou cartilagineux.

En cas de carcinome épidermoïde, elle ne doit en aucun cas se substituer à la chirurgie en première intention. Il peut s'agir d'un traitement adjuvant ou dans des rares cas d'un traitement de première intention chez les patients âgés ou à risques (patients inopérables).

+ La chimiothérapie :

Elle est essentiellement indiquée lors de l'existence de métastases, plus rarement lors de récurrences d'un carcinome baso- ou spinocellulaire. Ce traitement par voie générale doit être conduit par des médecins oncologues.

Certains agents thérapeutiques tels que le Cisplatine, seul ou en combinaison avec la Doxorubicine, la Bléomycine, l'Isotrétinoïne ou l' ~~α~~-interféron, ont démontré un certain intérêt pour des carcinomes épidermoïdes avancés ou multiples, ou encore dans le Xeroderma Pigmentosum.

Dans notre série, aucun patient n'avait reçu une chimiothérapie.

Dans les carcinomes baso-cellulaire, la chimiothérapie s'adresse aux exceptionnelles formes métastatiques. Elle peut également trouver son indication dans les formes très avancées imposant un geste trop délabrant sur un organe noble (lésion périorbitaire imposant une exentération oculaire), elle permet parfois des remissions ou des réductions de taille avant un autre traitement.

Les carcinomes épidermoïdes sont considérés comme peu chimio sensibles. La chimiothérapie ne sera donc réservée qu'aux formes inopérables d'emblée (atteinte d'un organe vital), en association éventuellement à la radiothérapie, ou pour les formes métastatiques.

+ La Cryochirurgie et le laser

Ils peuvent être proposés pour des tumeurs de petites tailles ou des lésions superficielles telles les kératoses actiniques ou la maladie de Bowen mais leur principal inconvénient comme pour la radiothérapie c'est le fait qu'ils ne permettent pas l'analyse des limites et donc il n'est pas possible de contrôler la qualité d'exérèse du point de vue carcinologique avec ces techniques.

+ L'immunothérapie :

Il existe sous deux formes : active et passive.

- Ipilimumab est un anticorps monoclonal qui se lie à CTLA - 4 et bloquant ainsi sa capacité à réguler l'activation des lymphocytes T, la prolifération et la fonction effectrice.

- L'Anti – PD– 1 et PD – L1 (Pembrolizumab) : La voie de PD– 1 est un médiateur clé immuno–inhibitrice de l'épuisement des lymphocytes T, le blocage de cette voie peut conduire à une activation des cellules T et leur expansion avec des fonctions effectrices améliorées.
- Lambrolizumab : a reçu l'approbation accélérée en 2014 en démontrant des réponses durables chez les patients dont la maladie avait progressé après avoir reçu l'Ipilimumab.
- L'interleukine –2 (IL–2) : des essais multicentriques prospectifs randomisés ont démontré que l'interféron à haute dose et l'interféron ptégylé amélioraient la survie sans rechute mais n'améliorent pas la survie globale.

+ La thérapie ciblée :

Elle repose sur l'utilisation de médicaments qui ont une action ciblée en agissant sur des récepteurs spécifiques, ces médicaments peuvent bloquer la croissance des cellules cancéreuses. Ils agissent principalement en s'opposant à la formation des nouveaux vaisseaux formés en périphérie de la tumeur et qui contribuent à sa croissance en l'irriguant (angiogenèse) et en dirigeant les réactions immunitaires de l'organisme contre ces cellules cancéreuses et commander l'apoptose de la cellule cancéreuse.

- Le Vismodegib : inhibiteur de la voie de signalisation Hedgehog. C'est une nouvelle option thérapeutique dans les carcinomes baso–cellulaires localement avancés pour lesquels la chirurgie ou la radiothérapie ne sont pas appropriés. Sa prescription doit faire l'objet d'une décision en réunion de concertation pluridisciplinaire. Il a montré une efficacité dans les carcinomes baso–cellulaires localement avancés avec entre 45 et 60 % de réponses à la fois rapides et prolongées.
- Dabrafenib qui est un inhibiteur sélectif de BRAF, c'est une petite molécule disponible oralement et qui a été approuvé par l'Agence américaine des produits alimentaires et médicamenteux en 2013, il a montré une amélioration de la survie sans progression en le comparant à la chimiothérapie.

- L'inhibiteur de MEK : commercialisé sous le nom Trametinib c'est un inhibiteur sélectif de MEK1 et MEK2 sous forme d'une petite molécule orale approuvé par l'Agence américaine des produits alimentaires et médicamenteux en 2013 pour les patients inopérables, il a démontré a amélioré la survie sans progression en le comparant à la chimiothérapie.

5. Analyse des résultats thérapeutiques et suivi des patients :

- Dans notre série les suites postopératoires étaient simples dans 29 cas.
- L'infection a été observée dans 2 cas (5.88%), elle avait cédé sous antibiothérapie à large spectre par voie générale et la reprise chirurgicale n'a pas été nécessaire
- 1 cas (2.94%) de saignement a été jugulé par un pansement hémostatique.
- 2 patients (5.88%) avaient présentés un ectropion résolu par une libération et greffe de peau totale.

Dans l'étude de Khtibari [119] la fonction palpébrale restaurée a été jugée satisfaisante dans 5 cas. Les principales complications étaient le saignement dans 4% des cas et l'infection dans 16% des cas. Aucune nécrose n'a eu lieu en postopératoire. Une rétraction palpébrale inférieure responsable d'un ectropion cicatriciel a été notée dans 3 cas (12%) mais résolue à chaque fois par des massages assouplissants et aucun geste chirurgical n'a été nécessaire.

Dans l'étude d'Echachoui, l'ectropion était la seule complication postopératoire observée chez quatre de nos patients (6,25 %), il était manifeste chez un seul cas qui a nécessité une reprise chirurgicale [75].

Tableau N°XXVII: Les complications post-opératoires.

Etude	Nécrose	Infection	Saignement	Ectropion
Khtibari [119]	–	16%	4%	12%
Echachoui [75]	–	–	–	6.25%
Notre série	–	5.88%	2.94%	5.88%

Sur le plan carcinologique :

5.1. Le Carcinome baso-cellulaire : [169]

Le pronostic des carcinomes baso-cellulaires est excellent dans la grande majorité des cas lorsque la prise en charge chirurgicale est radicale. Les carcinomes baso-cellulaires métastasent exceptionnellement bien que des cas soient décrits dans la littérature (estimé entre 0,02% à 0,5%).

Les récurrences existent et peuvent être reliées au type de carcinome, au site atteint et au type de traitement, en particulier quand il n'est pas chirurgical. Lorsqu'il est agressif comme le type sclérodermique, l'envahissement peut détruire le globe oculaire, la cavité nasale et le cerveau.

Tout patient atteint de carcinome baso-cellulaire devra être surveillé afin de dépister le plus tôt possible une récurrence ou une nouvelle lésion. Un suivi tous les 6 mois pour les lésions agressives ou infiltrantes et tous les ans, pour les autres est recommandable. On n'omettra pas de donner les conseils de photo protection, toujours nécessaires chez ces patients.

5.2. Carcinome spinocellulaire : [54,55]

Tous les carcinomes spinocellulaire doivent être considérés comme potentiellement agressifs et traités comme tels. Néanmoins, plusieurs facteurs pronostiques ont été identifiés. Il s'agit du diamètre, de la profondeur de l'invasion de la différenciation histologique, de la croissance rapide, étiologie, du neurotropisme, de la récurrence après traitement et de l'existence d'une immunosuppression.

La taille semble être un facteur important puisque les carcinomes supérieurs à 2 cm ont un risque de récurrence locale de plus du double et de métastases du triple par rapport aux lésions inférieures à 2cm.

L'évaluation de l'épaisseur tumorale est aussi corrélée au pronostic : des tumeurs de moins de 2 mm ne métastasent pratiquement jamais. Entre 2 et 6 mm, le risque est d'environ 4,5 %, et au-delà de 6 mm, particulièrement en cas d'infiltration musculaire ou périostée, le risque atteint environ 15 %.

Chez l'immunodéprimé, les carcinomes épidermoïdes peuvent être plus agressifs avec un risque accru de métastases.

Le risque de métastases est réel, les carcinomes épidermoïdes métastasent par voie lymphatique. Après les ganglions satellites, les carcinomes épidermoïdes disséminent vers le cœur et le poumon. Par contiguïté, ils envahissent les tissus mous et par voie nerveuse (trijumeau, nerf sus-orbitaire) la cavité crânienne.

Une surveillance clinique tous les 3 à 4 mois est recommandée la première année, en particulier pour explorer les aires ganglionnaires. Elle sera ensuite espacée à deux fois par an en moyenne.

Dans étude de Khtibari [119]: 2 cas de récurrences ont été observés : l'un chez une jeune patiente atteinte de XP nécessitait une reprise chirurgicale, l'autre s'était révélé par des adénopathies pré-tragiennes et sous-angulo-maxillaires faisant indiquer une prise en charge par RTH. Aucun cas de décès de cause carcinologique n'est à déplorer.

Dans notre étude, le suivi à long terme n'était possible que chez 10 patients pendant une durée moyenne de 4ans, 3 malades n'ont pas été suivis dans notre formation adressés pour complément de radiothérapie. 21 patients ont été perdus de vue du fait que la majorité de nos patients soit d'origine rurale.

L'évolution à long terme était généralement favorable, des récurrences étaient rapportées dans 4 cas soit 11,76% des malades. Ils avaient tous bénéficié d'une exentération avec geste de reconstruction et une bonne évolution à long terme. Dans trois cas, il s'agit initialement d'un carcinome épidermoïde, et d'un cas de carcinome méta-typique.

Tableau N°XXVIII : Comparaison des taux de récurrence tumorale.

Etude	Recul	Nombre de cas	Nombre de récurrence	Pourcentage
Benatyia [95]	5ans	51	1	1%
L.Knani [85]	25 ans	168	12	6.9%
Khtibari [119]	7 ans	25	2	8%
Faure [171]	8 ans	73	7	9.5%
El Halimi [170]	8 ans	90	15	15%
Messaoudi [115]	2 ans	13	2	15.3%
Notre série	5 ans	34	4	11.76%

Pour F. Mouriaux, [172] les trois facteurs les plus importants responsable de récurrence après exentération sont l'étendue de la tumeur, les marges de l'exérèse et le type histologique, et il avait démontré que l'apparition de récurrences et/ou métastases étaient significativement plus fréquentes lorsque la tumeur était incomplètement excisée. Pour Glover et al. [105] l'envahissement osseux constitue un facteur pronostic important en cas d'extension orbitaire.

Pour le carcinome baso-cellulaire, Koplin [173] et Mora [174] ont rapporté que la fréquence des récurrences après exérèse complète cutanée est estimée en moyenne à 5 % et elle n'est curieusement que de 24 % en cas d'exérèse incomplète. Dans notre étude, 3 cas de CBC avec exérèse incomplète à l'anatomo-pathologie avaient reçus un traitement complémentaire par RTH. Aucun n'a présenté de récurrence.



Les tumeurs palpébrales regroupent un ensemble de pathologies très hétérogènes atteignant les paupières.

Les tumeurs bénignes se rencontrent chez les sujets jeunes, les lésions précancéreuses et les tumeurs malignes sont l'apanage du sujet âgé.

L'examen clinique soigneux joue un rôle prépondérant dans cette pathologie car le diagnostic précoce reste le seul garant d'une prise en charge adéquate et d'une évolution favorable.

Certaines lésions bénignes peuvent être facilement reconnaissables, mais cela n'empêchera pas dans les cas suspects, de réaliser un examen tomodensitométrique afin d'étayer le diagnostic ou de rechercher un éventuel envahissement des structures avoisinantes. En fait, le diagnostic ne peut être certain que s'il est basé sur les données histologiques. Dans tous les cas l'apport de l'examen anatomopathologique est crucial tant pour un diagnostic précis que pour l'orientation thérapeutique.

Le carcinome baso-cellulaire reste le type histologique le plus rencontré d'où la nécessité de connaître tous les aspects cliniques et thérapeutiques de ce dernier.

La chirurgie est le traitement principal, elle doit obéir aux règles carcinologiques et essayer d'assurer, grâce aux différentes techniques de reconstruction, le meilleur résultat fonctionnel et esthétique.

Le suivi post opératoire est essentiel afin de détecter et de traiter à temps toute récurrence tumorale.



Fiche d'exploitation :

Traitement chirurgical des tumeurs palpébrales :

• **Identité :**

➤

N° dossier :

➤

Nom :

➤

Prénom :

➤

Age :

➤ Sexe :

M ☐ F ☐

➤

Profession :

➤

Couverture sanitaire :

☐ Mutualiste

☐ Ramediste

•

Motif de consultation :

➤ Masse

➤ Douleur

☐

➤ Baisse de l'acuité visuelle

☐

➤ Déformation de la paupière :

➤

Aut

re motif :

• **Antécédents :**

➤ **Personnels :**

▪ Médicaux :

Diabète ☐

HTA ☐ Tuberculose ☐

Cardiopathie ☐

Néphropathie ☐

Hépatopathie ☐

Hémopathie ☐ HIV ☐

Maladie auto-immune ☐

Néoplasique :

Cancer cutané ☐

Autre cancer ☐

Autres :

▪ Facteurs de risque de cancer cutané:

-Exposition solaire

☐

-Absence de photo-protection

☐

-Prototype:

I ☐

II ☐

III ☐

IV ☐

V ☐

VI ☐

-Immunodépression

☐

-Prédisposition génétique :

-Lésion précancéreuse :

-Irradiation cutanée

☐

Type :

Dose :

-Exposition aux carcinogènes chimiques

☐

-Cicatrice de brûlure cutanée

☐

-Antécédent de traumatisme palpébral ☐

▪ Prise de toxiques et de médicaments :

-Alcool ☐

-Tabac ☐

-Cannabis ☐

-Autres toxiques :

-Médicaments :

▪ Chirurgicaux :

- RAS ☐

-

.....

➤ **Familiaux :**

-Cas similaire dans la famille ☐

-Néoplasie familiale ☐

-RAS ☐

• **Histoire de la maladie :**



Date de début :

➤ Mode évolutif : Rapide ☐ Progressif ☐

➤ Lésion initiale :

▪ De novo ☐

▪ Sur lésion préexistante ☐



Aspects initial de la

lésion :

➤ Signes fonctionnels :

▪ Nodule ☐

▪ Ulcération ☐

▪ Douleur ☐

▪ Larmolement ☐

▪ BAV ☐

▪ Limitation des mouvements oculaires ☐

• **Examen clinique :**

➤ **Général :**

▪ Etat général : conservé ☐ altéré ☐

▪ Trouble de conscience ☐

▪ Trouble respiratoire ☐

➤ **Examen de la tumeur :**

▪ Inspection :

-Taille :

-Localisation :

-Nombre :

–Aspect macroscopique :

- Nodulaire ☐
- Ulcéré ☐
- Ulcéro-nodulaire ☐
- Ulcéro-bourgeonnant ☐
- Nodulaire pigmenté ☐
- Sclérosant ☐

–Signes associés :

.....

▪ Palpation :

- Sensible à la palpation ☐
- Indolore ☐
- Consistance : molle ☐ ferme ☐ dure ☐
- Saignement au contact ☐ – Issue de pus ☐
- Adhérence aux plans profonds ☐ –Mobile ☐
- Extension à la région : nasale ☐ jugale ☐ frontale ☐
- Envahissement : Des voies lacrymales ☐
- Du bord libre ☐
- De la conjonctive ☐
- Palpation des aires ganglionnaires cervicales :

.....

➤ **Examen ophtalmologique :**

.....

➤ **Le reste de l'examen clinique :**

.....

• **Examens paracliniques :**

➤ **Bilan radiologique :**

–TDM :

.....

–IRM :
.....
.....

➤ **Biopsie :**
.....
.....

➤ **Bilan d'extension :**
–Radiographie du thorax :
.....
.....
–Echographie abdominale :
.....
.....
–TDM TAP :
.....
.....
–Autres :
.....
.....

➤ **Bilan préopératoire :**
–Bilan biologique : NFS ☐ GR-RH ☐ Bilan d'hémostase ☐
–Radiographie du thorax ☐
–ECG ☐
–Consultation pré-anesthésique ☐

• **Gestes thérapeutiques :**

➤ **Traitement chirurgical :**
▪ Chirurgie d'exérèse :
–Type d'anesthésie : locale ☐ générale ☐
–Voie d'abord :
.....
.....
–Gestes :
.....
.....
–Curage ganglionnaire ☐ type :
–Examen anatomopathologique après la chirurgie :
▪ Marges saines ☐

- Exérèse incomplète ☐ Reprise chirurgicale ☐
- Suites opératoires immédiates :
 -
.....
 - Sans complications ☐
- Chirurgie de réparation :
 - Taille de la perte de substance :
Superficielle ☐ Transfixiante ☐
 - Réparation :
immédiate ☐ différée ☐
 - Technique de réparation de la PDS :
 - Cicatrisation dirigée ☐
 - Greffe cutanée ☐
 - Lambeaux ☐ type :
- **Traitement complémentaire** :
 - Radiothérapie :
 - Type : externe ☐ curiethérapie ☐
 - Adjuvante ☐ Néo-adjuvante ☐ Palliative ☐
 - Chimiothérapie :
 - Adjuvante ☐ Néo-adjuvante ☐ Palliative ☐
 - Autres traitements :
.....
.....
- **Résultats post thérapeutique** :
 - Anatomo-pathologie :
.....
 - Carcinologique :
.....
 - Fonctionnel :
.....
 - Esthétique :
.....
- **Suivi thérapeutique** :
 - Surveillance ☐
 - Récidive ☐
 - Reprise thérapeutique ☐
 - Autre :
.....
.....



Résumé :

Introduction : Les tumeurs palpébrales se définissent comme des proliférations cellulaires bénignes ou malignes qui se développent au niveau de la paupière.

C'est une pathologie relativement rare, mais qui peut compromettre aussi bien le pronostic esthétique et fonctionnel que le pronostic vital pour les tumeurs malignes. L'examen clinique des paupières est crucial pour déceler ces lésions souvent facilement identifiable à l'inspection. L'objectif de notre thèse est d'évaluer la fréquence de ces tumeurs, identifier leurs différents types histologiques et détailler leur approche thérapeutique.

Matériel et méthodes : Ce travail est une étude rétrospective portant sur une série de 34 malades étalée sur une période de 5 ans comprise entre janvier 2016 et décembre 2020. Nos malades ont bénéficié d'un examen clinique complet, d'un bilan radiologique (la TDM a été réalisée chez 7 de nos malades) ainsi que d'un examen histologique.

Résultats : Dans notre série, le sexe masculin est légèrement plus touché que le sexe féminin. L'âge moyen de l'atteinte est de 58 ans avec des extrêmes allant de 32 à 85 ans. Le siège de prédilection est la paupière inférieure et l'œil droit est le plus fréquemment atteint.

Sur le plan radiologique, la TDM orbito-encéphalique réalisée chez 7 malades chez qui la tumeur était suspecte à l'examen clinique a permis de préciser le siège de la tumeur, son retentissement sur les structures avoisinantes comme elle a permis de prédire le caractère malin ou bénin de la tumeur. Sur le plan histologique, le carcinome baso-cellulaire est le type le plus rencontré il s'agit de 20 de nos malades. Concernant le traitement, la chirurgie a été le temps essentiel pour tous nos malades. L'évolution après un recul de quelques mois a été bonne pour la majorité de nos malades, on retrouve des récives à trois reprises seulement ainsi que quelques complications post-chirurgicales. Les suites opératoires étaient simples pour la majorité de nos malades.

Conclusion : La pathologie tumorale palpébrale est diversifiée, l'histopathologie permet d'orienter vers une nature bénigne ou maligne permettant ainsi une prise en charge chirurgicale adaptée et optimale sur le plan esthétique et fonctionnel.

Abstract

Introduction: Palpebral tumors are defined as benign or malignant cellular proliferations that develop in the eyelid. It is a relatively rare pathology, but it can compromise the aesthetic and functional prognosis as well as the vital prognosis for malignant tumors. The clinical examination of the eyelids is crucial to detect these lesions, which are often easily identifiable on inspection. The objective of our thesis is to evaluate the frequency of these tumors, identify their different histological types and detail their therapeutic approach.

Material and methods: This work is a retrospective study on a series of 34 patients spread over a period of 5 years between January 2016 and December 2020. Our patients benefited from a complete clinical examination, a radiological assessment (CT was performed in 7 of our patients) and a histological examination.

Results: In our series, the male sex was slightly more affected than the female sex. The mean age of the disease was 58 years with extremes ranging from 32 to 85 years. The preferred site is the lower eyelid and the right eye is the most frequently affected. Radiologically, CT scans of the orbito-encephalon were performed in 7 patients in whom the tumor was suspicious on clinical examination. These scans allowed us to determine the location of the tumor, its impact on the surrounding structures, and to predict the malignant or benign nature of the tumor. Histologically, basal cell carcinoma is the most common type of tumor, in 20 of our patients. Concerning the treatment, surgery was the essential time for all our patients. The evolution after a few months was good for the majority of our patients, only three recurrences were found as well as some post-surgical complications. The postoperative course was simple for the majority of our patients.

Conclusion: The palpebral tumor pathology is diversified, the histopathology makes it possible to direct towards a benign or malignant nature thus allowing an adapted and optimal surgical management on the aesthetic and functional plan.

ملخص:

مقدمة: تُعرّف أورام الجفن بأنها تكاثر الخلايا الحميدة أو الخبيثة التي تتطور على مستوى الجفن . إنها حالة نادرة نسبيًا، ولكنها حالة يمكن أن تضر بالتشخيص الجمالي والوظيفي بالإضافة إلى التشخيص الحيوي بالنسبة للأورام الخبيثة . الفحص السريري للجفون أمر بالغ الأهمية لاكتشاف هذه الآفات، والتي غالبًا ما يمكن التعرف عليها بسهولة عند الفحص . الهدف من أطروحتنا هو تقييم تواتر هذه الأورام وتحديد أنواعها النسيجية المختلفة وتفصيل نهجها العلاجي.

المواد والطرق: هذا العمل عبارة عن دراسة بأثر رجعي على سلسلة من 34 مريضًا موزعة على فترة 5 سنوات بين يناير 2016 وديسمبر 2020. خضع مرضانا لفحص سريري كامل، وتقييم إشعاعي (تم إجراء التصوير المقطعي لذى 7 من المرضى) وكذلك الفحص النسيجي.

النتائج: في سلسلتنا، يتأثر الذكور أكثر بقليل من الإناث . يبلغ متوسط عمر هذه الحالة 58 عامًا وتتراوح أقصى درجاتها بين 32 و 85 عامًا. موقع الميل هو الجفن السفلي والعين اليمنى هي الأكثر شيوعًا. تم إجراء التصوير المقطعي لذى 7 مرضى كان الورم مشتبهًا فيه في الفحص السريري، مما جعل من الممكن تحديد مكان الورم وتأثيره على الهياكل المجاورة . وكذلك التنبؤ بالصفة الخبيثة أو الحميدة للورم من الناحية النسيجية، يعتبر سرطان الخلايا القاعدية هو النوع الأكثر شيوعًا حيث وجد لذى 20 من مرضانا. فيما يتعلق بالعلاج، كانت الجراحة هي الوقت الأساسي لجميع مرضانا . كان التطور بعد بضعة أشهر من المتابعة مفيدًا لغالبية مرضانا، وهناك ظهور من جديد لذى ثلاث حالات فقط بالإضافة إلى بعض مضاعفات ما بعد الجراحة . كانت العواقب الجراحية بسيطة بالنسبة لغالبية مرضانا.

الخلاصة: علم أمراض الورم الجفني متنوع، علم التشريح المرضي يجعل من الممكن التوجه نحو طبيعة

حميدة أو خبيثة مما يسمح بإدارة جراحية ملائمة ومثالية على المستوى الجمالي والوظيفي .



1. **Hamming, N. (1983).**
Anatomy and Embryology of the Eyelids: A Review with Special Reference to the Development of Divided Nevi. *Pediatric Dermatology*, 1(1), 51–58.
2. **DUCASSE , I.LARRE ;**
Anatomie des paupières : Chirurgie du regard , Rapport SFO 2016 , chapitre 1 ; 2016
3. **JORDAN P.SAND , BOVEY Z.ZHU , SHAUN C.DESAI ;**
Surgical Anatomy of the Eyelids Volume 24, Issue 2, 2016, 89–95
4. **DUCASSE A. , J- M RUBAN, E. BAGGIO, M. LABROUSSE.**
Paupières et sourcils : anatomie chirurgicale [21– 004– A– 10] EMC, 2009 .
5. **Lin, L. K.**
Eyelid Anatomy and Function. In *Ocular Surface Disease: Cornea, Conjunctiva and Tear Film* (pp. 11–15), 2013, Elsevier Inc.
6. **Bergin DJ McCord, M Tanenbaum, WR eds Nunery (Ed.)**
Anatomy of the eyelids, lacrimal system, and orbit. In *Oculoplastic surgery*. New York : Raven Press: 1995; 51–83.
7. **Font RL .**
Eyelids and lacrimal drainage system. In: WH ed Spencer (Ed.) *Ophthalmic pathology. An atlas and textbook*. Philadelphia : WBSaunders: 1996; 2218–2437.
8. **Lemke BN, Della Rocca RC**
The eyelids. In: BN Lemke, RC eds Della Rocca (Ed.) *Surgery of the eyelids and orbit. An anatomical approach*. Norwalk : Appleton and Lange: 1990; 137–219.
9. **LEZREK M.,**
Anatomie des paupières, ophtazone.no-ip.com.2010
10. **Hawes MJ, Dortzbach RK**
The microscopic anatomy of the lower eyelid retractors. *Arch Ophthalmol* 1982 ; 100 : 1313–1318
11. **P.Kamina**
Anatomie clinique : tome 2 : tête, cou, dos, 2013, Maloine.

12. **DUTTON JJ.**
Atlas of ophthalmic surgery. vol 2: Oculoplastic, lacrimal, and orbital Surgery. Mosby Year Book, St Louis, 1992 ; 342p, 1st ed
13. **Claude Elmaleh, Ducasse, Jean-Luc Fau, Bruno Fayet Orbite,**
Paupières et système lacrymal Section 7 2012-2013 © 2014 Elsevier Masson SAS. ISBN : 978-2-294-73837-1.
14. **WILLIAM B. STEWART MD.**
Ophthalmic plastic and reconstructive surgery. Academy Manual Program. Am. Acad. of ophthalmology. 1984.
15. **ATLAS OF AESTHETIC EYELID AND PERIOcular SURGERY** © 2004,
Elsevier Inc. All rights reserved. ISBN 0-7216-8633-8
16. **B. Dréno,**
Anatomie et physiologie de la peau et de ses annexes. 2009 Elsevier Masson SAS.
17. **S. Creuzet, C. Vincent, et G. Couly,**
Neural crest derivatives in ocular and periocular structures. », Int. J. Dev. Biol., vol. 49, no 2-3, p. 161-71, 2005.
18. **Mojallal, S. Cotozana**
Anatomy of lower eyelid and eyelid—cheek junction.
19. **J. FAGAN, K. TAYLOR, E. BOLDING**
Atlas of Otolaryngology, Head & Neck Operative Surgery BIOPSY OF HEAD & NECK TUMOURS & CERVICAL LYMPH NODES, 2016.
20. **F. H. NETTER**
Atlas d'anatomie humaine 6^e édition, 2016, Elsevier.
21. **DUCASSE A.**
Anatomie de l'orbite. Editions technique-Encyclopédie médico chirurgicale. PARIS-France, Ophthalmologie, 21-006-A-10, 1992, 6p
22. **C Evinger, SUNY Stony Brook, Stony Brook**
Eyelid Anatomy and the Pathophysiology of Blinking, 2010.
23. **Anne Waugh, Allison Grant**
Ross et Wilson. Anatomie et physiologie normales et pathologiques. 13^e édition, 2019

24. **Kermarec J.**
Les mécanismes de la cancérisation. Anatomie pathologique générale. La signification biologique des lésions. Nice : CEF, 1985 : 551–560.
25. **Masset-Séguin N.**
Cancérogenèse cutanée. In : Saurot JH, Grosshans E, Laugier P, LA chapelle JM. Ed. Dermatologie et maladie sexuellement transmissible. Paris, Masson, 1999 : 564–565
26. **JP ADENIS, S MORAX :**
Chirurgie palpébrale EMC Doin Editeurs 1991 Paris (4 et 6) (99–106).
27. **AJAIYEGBA A :**
Malignant melanoma of the eyelid in the black. Case Report. N Afr J Med., 1993 ; 12 : 177–179.
28. **Benchekrourm O, Lamari H, Moutawakkil A, Laoussi n, Zaghloul k, Amraoui A :**
Manifestations ophtalmologiques de la maladie de Von Recklinghausen. J Fr Ophtalmol, 1997;20:753–7.
29. **CHUNG C, Antonio Jorge V Forte, Deepak Narayan, John Persing**
Giant nevi: a review. J CraniofacSurg, 2006 Nov; 17(6):1210–5
30. **F. D'Hermies, T. Hurbli, X. Morel, M. Halhal, A. Meyer, C. Elmaleh, et AL**
Neurofibrome palpébral chez une femme jeune. J Fr Ophtalmol, 2002;25:333–6.
31. **GROB JJ**
Naevus et mélanomes cutanés. In: JH Saurat, E Grosshans, P Laugier, JM éd Lachapelle (Ed.) Dermatologie et maladies sexuellement transmissibles. Paris : Masson: 1999; 593
32. **GROSSHANS E.**
Tumeurs épithéliales bénignes. In: JH Saurat, E Grosshans, P Laugier, JM éd Lachapelle (Ed.) Dermatologie et maladies sexuellement transmissibles. Paris Masson: 1999; 553–563.
33. **GUILLAUME JC.**
Précancéroses épithéliales. Dans : Dermatologie et maladies sexuellement transmissibles. Paris, 3° Ed Masson, 1999 : p566.
34. **Histological typing of tumours of the eye and its adnexa.**
Second Edition, 1998. WHO, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York

35. **LEE JAH.**
Etiology, epidemiology and prognosis of melanoma and skin neoplasms. Curr Opin Oncol, 1990; 2: 388–393.
36. **Conférence de consensus sur la prise en charge du mélanome 2005. Classification. Ann Dermatol Venereol, 2005;132:10S14–5**
37. **LEMKE BN, STASIOR OG, ROSENBERG PN**
The surgical relations of the levator palpebrae superioris muscle. Ophthalmic Plast Reconstr Surg 1988 ; 4 : 25–30.
38. **LINSMEIER KILMER S ADNEXAL TUMORS.**
IN: MJ MANNIS, MS MACSAI, AC EDS HUNTLEY (ED.)
Eye and skin disease. Philadelphia : Lippincott–Raven: 1996; 361–366
39. **TANENBAUM M., GROVE AS. , McCORD CD**
Eyelid tumors : diagnosis and management. WR eds Nunery (Ed.) Oculoplasticsurgery. New York: Raven Press:1995;145–175.
40. **LEMARCHAND–VENENCIE F, ENJOLRAS O**
Angiomes et malformations vasculaires. In: JH Saurat, E Grosshans, P Laugier, JM éd Lachapelle (Ed.) Dermatologie et maladies sexuellement transmissibles. Paris : Masson: 1999; 628–634.
41. **BEYER–MACHULE CK, RIEDEL KG :**
Basal cell carcinoma. In: DM Albert, FA eds Jakobiec (Ed.) Principles and practice of ophthalmology. Philadelphia : WB Saunders: 1994; 1724–1733
42. **S. Benazzou, Y. Arkha, M. Boulaadas, L. Essakalli, M. Kzadri.**
L'exentération orbitaire. 2011 Elsevier Masson SAS.
43. **COCKERELL CJ.**
Histopathology of incipient intraepidermal squamous cell carcinoma. J Am Acad Dermatol, 2000, 42 :11–17
44. **TANENBAUM M., GROVE AS. , McCORD CD**
Eyelid tumors : diagnosis and management. WR edsNunery (Ed.) Oculoplasticsurgery. New York: RavenPress:1995;145–175.
45. **MISSOTTEN GS, DE WOLFF–ROUENDAAL D, DE KEISER RJ.**
Merkel cell carcinoma of the eyelid review of the literature and report of patients with Merkel cell carcinoma showing spontaneous regression. Ophthalmology. 2008 Jan;115(1):195–201

46. **Junpei Miyamoto , Tatsuo Nakajima, Tomohisa Nagasao, EriKonno, Keisuke Okabe, Takara Tanaka et al.**
Full-thickness reconstruction of the eyelid with rotation flap based on orbicularis oculi muscle and parietal mucosal graft: long-term results in 12 cases. J Plast Reconstr Aesthet Surg 2008 Sept
47. **SAIAG P, GROSSHANS E**
Autres tumeurs vasculaires. In: JH Saurat, E Grosshans, P Laugier, JM éd Lachapelle (Ed.) Dermatologie et maladies sexuellement transmissibles. Paris : Masson: 1999; 635–639
48. **M.Romeua J, M.Folettia, C.Chossegrose, J.P.Dalesb, P.Berbisc, B.CribierdL et al.**
Les tumeurs cutanées malignes à différenciation pileuse de la face et du cuir chevelu : mise au point diagnostique et thérapeutique. Journal of Stomatology, Oral and Maxillofacial Surgery Volume 118, Issue 2, April 2017, Pages 95–102.
49. **MCCALMONT TH.**
A call for logic in the classification of adnexal neoplasms.
Am J Dermatopathol 1996 ; 18(éditorial)
50. **AGUILAR GL., EGBERT P.**
Eyelid tumors. Curr OPIN ophtalmol 1992;3;3:333–340.
51. **B. Pinatel, A. Mojallal**
Prise en charge diagnostique et thérapeutique du carcinome cutané baso-cellulaire — Analyse des recommandations : Annales de chirurgie plastique esthétique (2012) 57, 92—105
52. **Grosshans**
Carcinomes basocellulaires, Encyclopédie Médico-Chirurgicale 98-620-A-10©, 1999, Elsevier, Paris.
53. **N. Dégardin, F. Delesalle, L. Mortier, V. Duquennoy–Martinot.**
Chirurgie des tumeurs cutanées. 2009 Elsevier Masson SAS
54. **Tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques :**
Carcinomes cutanés. Annales de dermatologie et vénéréologie 2005 ; 132 : 127–131.
55. **N Basset–Séguin ; C Renaud–Vilmer ; O Verola**
Carcinomes spinocellulaires 2002 Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS

56. **Allali J, D'Hermies F, Renard G.**
Basal cell carcinomas of the eyelids. *Ophthalmologica* 2005;219:57—71.
57. **Florence Defaud–Hénona, Christine Tunon–de–Lara b, Marion Fournier a , Marion Martyc , Valérie Velascoc , Isabelle de Mascarel c , et al.**
Le carcinome adénoïde kystique du sein : étude clinique, histologique, immunohistochimique et revue de la littérature.
58. **F. D'hermies, A. Meyer, G. Renard**
Hidrocystome multiloculaire palpébral: à propos d'une observation anatomo-clinique: à propos d'une observation anatomo-clinique.
59. **P.J.PISELLA, C.BAUDOUIN, T.HOANG-XOAN**
Rapport SFO, 2015, chapitre 11.
60. **LEVECQ, P DE POTTER A–P GUAGNINI :**
Epidémiologie des lésions oculaires et orbitaires adressées à un centre d'oncologie oculaire. *Journal français d'ophtalmologie* vol 28 N 8 octobre 2005.
61. **J.P. ADENIS, A. SABATIER, P.–Y. ROBERT**
Les tumeurs des paupières des personnes âgées. *Journal Français d'Ophtalmologie* Vol 29, N° 6 – juin 2006 pp. 687–693
62. **F. JOUHAUD, T. LEFAOU, P. VINGTAIN,**
Pathologie tumorale orbitooculaire au Mali. *Bull.Soc. Opht. France*, 1986,3 : 319–322.
63. **Mahendra Kumar Jangir, Anju Kochar, Nabab Ali Khan, MeenuJaju,**
Department of Ophthalmology, S.P. Medical College, Bikaner, Rajasthan, India : Profile of Eyelid Tumours: Histopathological Examination and Relative Frequency At A Tertiary Centre In North–West Rajasthan.
64. **Mendimi Nkodo, J.M.Kagmeni, G.Kabeyene, C.Okono, A.C.Epée, E.EbanaMvogo,**
Aspects Morpho–Épidémiologiques Des Tumeurs Oculo–Orbitaires Au CHU De Yaounde – Cameroun (2014).
65. **Scat Y, Liotet S, Carre F.**
Étude épidémiologique de 1 705 tumeurs malignes de l'oeil et de ses annexes. *J Fr Ophtalmol*, 1996;19:83–8.
66. **A. DUCASSE, M. PLUOT, A. GOTZAMANIS, C. BRUGNIART, L. LECCIA, P. ROSSI**
Facteurs de récurrence des carcinomes baso-cellulaires de la paupière et des canthus *Journal Français d'Ophtalmologie* Vol 25, N° 5 – avril 2002pp. 512–51.

67. **Yu-Yun Huang, Wen-Yih Liang, Chieh-Chih Tsai, Shu-Ching Kao, Wei-Kuang Yu, Hui-Chuan Kau, et al :**
Comparison of the Clinical Characteristics and Outcome of Benign and Malignant Eyelid Tumors: An Analysis of 4521 Eyelid Tumors in a Tertiary Medical Center.
68. **Ioannis Asproudis, Georgios Sotiropoulos, Christos Gartzios, Vassilios Raggos, Alexandra Papoudou-Bai, Ioannis Ntountas, et al**
Eyelid tumors at the University Eye Clinic of Ioannina, Greece: A 30-year retrospective study.
69. **M. Elhaouri**
LES CANCERS DE PEAU (A propos de 194 cas) : Thèse de médecine.
70. **H. Boukind. Dahmi, Fatima Ezzahra.**
Cancer cutané de la face.
Thèse de médecine. Université Hassan II, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Casablanca 2010.
71. **L. Mernissi.**
Tumeurs cutanées malignes colligées au service de dermatologie du CHU Hassan II Sur une période de 2 ans.
Thèse de médecine. 2008.
72. **Bano Traore F.**
Carcinome baso-cellulaire sur une zone photo exposée chez une africaine mélanoderme.
Annales de dermatologie et de vénéréologie. 2001 ; vol. 128.
73. **Flavia Regina Ferreira, Luiz Fernando Costa Nascimento, Osmar Rotta.**
Risk factors for non-melanoma skin cancer in Taubaté, São Paul, Brazil: a case-control study.
Elsevier Editora Ltda.
74. **Dahmi F.E.**
Cancer cutané de la face : étude prospective de 56 cas.
Thèse Doctorat Médecine, Casablanca ; 2007, n°1804
75. **A. Echchaoui a, M. Benyachou a, A. Houssa b, M. Kajout b, A.A. Oufkir b, C. Hajji c, et al.**
Prise en charge des carcinomes des paupières : étude bi centrique rétrospective sur 64 cas avec revue de littérature.
2016, Elsevier Masson France.

76. **Louis DUBERTRET.**
CANCERS CUTANES, Médecine Sciences Publications, 1992, p 135–136.
77. **Wong VA, Marshall JA, Whitehead KJ :**
Management of periocular basal cell carcinoma with modified en face frozen section controlled excision. Ophthal Plast Reconstr Surg 2002;18: 430–5.
78. **Guillot B., Du–Thanh A. ;**
Tumeurs malignes cutanées épithéliales et mélaniques ; la revue du praticien Vol.62
Février 2012.
79. **GRANT W.**
The effect of solar UVB doses. European journal of cancer. 2008 ; no. 44
80. **Pinatel B, Mojallal A.**
Prise en charge diagnostique et thérapeutique du carcinome cutané basocellulaire –
Analyse des recommandations. Annales de Chirurgie Plastique Esthétique. avr
2012;57(2):92 -105
81. **Ahmad I, Gupta AD.**
Main Articles Epidemiology of basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma of the
pinna. The Journal of Laryngology&Otology. 2001;115:85–6
82. **Structure de la peau.**
Ann DermatolVenereol 2005; 132:855–48
83. **Dumas P, Benatar M, Cardot– Leccia N, Lebreton E, Chignon–Sicard B.**
Étude de la rétraction cutanée appliquée à la prise en charge des tumeurs cutanées.
Cartographie du corps humain.
Annales de chirurgie plastique esthétique. 2012 [cité 4 mai 2013].
84. **Kavoussi H, Rezaei M, Ebrahimi A, Hosseini S.**
Epidemiological indices of non–melanoma skin cancers in Kermanshah, Iran.
Journal of Pakistan Association of Dermatologists. 2012;22:112 -7.
85. **L. Knani.O. Romdhane , N. Ben Rayana ,H. Mahjoub , F. Ben Hadj Hamida.**
Étude clinique et facteurs de risque de récurrence des carcinomes basocellulaires des
paupières: résultats d’une série tunisienne et revue de la littérature.
Journal français d’ophtalmologie (2014) 37, 107—114.

86. **Wojno TH.**
The association between cigarette smoking and basal cell carcinoma of the eyelids in women.
Ophthal Plast Reconstruction Surg, 1999;15:390–2.
87. **Feedman DM, Sigurdson A, Doody MM, Mabuchi K, Linet MS.**
Risk of basal cell carcinoma in relation to alcohol intake and smoking.
Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2003;12:1540–3
88. **Amel Chebbi, Hedi Bouguila, Houda Lajmi, Soufiane Bousaid, Ines Malek, Imen Zeghal, et al**
Le carcinome basocellulaire des paupières : approche diagnostique et thérapeutique à propos de 150 cas Institut HediRaeis d’Ophtalmologie. Service A. Tunis.
89. **HASSAN ALI.**
Tumeurs palpébrales malignes étendues à l’orbite (Rappels, Diagnostic et Traitement).
Etude rétrospective sur 11 cas.
Service d’ophtalmologie CHU RABAT Juin 2008
90. **Papa TOURE.**
Carcinomes épidermoïdes cutanés à propos de 80 cas colligés à la Clinique dermatologique de l’hôpital Aristide Le Dantec de Dakar.
Thèse de médecine 2001.
91. **Felix Boon Bin Yap MD MRCP.**
Clinical characteristics of basal cell carcinoma in a tertiary hospital in Sarawak, Malaysia.
International Journal of Dermatology 2010, 49, 176–179.
92. **Shi Y, Jia R, Fan X ;**
Ocular basal cell carcinoma: A brief literature review of clinical diagnosis and treatment ;
onco targetsther. 2017; 10: 2483–2489
93. **Satish M Kale , Surendra B Patil, Nishant Khare, Mahantesh Math, Arvind Jain, Sumeet Jaiswal:**
Clinicopathological analysis of eyelid malignancies – A review of 85 cases.
94. **Codjo Rodrigue Abel ASSAVEDO :**
ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET CLINIQUES DES ATTEINTES PALPEBRALES AU NORD DU BENIN, Centre Hospitalier et Universitaire Départemental Borgou (CHUD–B), Bénin
95. **M. BENATIYA ANDALOUSSI IDRIS.**
LES TUMEURS PALPEBRALES MALIGNES (A propos de 51 cas).
Thèse de médecine 2012.

96. **G. BONNAY, E. SETROUK, V. FRANCERIE, C. BRUGNIART, T.GARCIA, C. ARNDT et al.**
Reconstruction de paupière par greffe tarso-marginale.
Journal Français d'ophtalmologi. Vol 31, N° S1 page 122 (Avril 2009).
97. **SAYAG D. ; DUCASSE A. ; COICAUD C. ; GOTZAMANIS A. ; SEGAL A. :**
La greffe tarso-marginale : indication en chirurgie réparatrice de paupière Journal
français d'ophtalmologie 2001, vol. 24, no7, pp. 724-728
98. **BIRO L., PRICE E.**
Dermatologic management of eyelid tumors. In: tumors of adnexa and orbit.
A.Hornblass (ed) CV MosbyCompany; ed st Louis, 1979pp 66-67.
99. **Godde-Jolly D, Tazartes M.**
Fibromatose juvenile aggressive palpébrale. A propos d'un cas. J Fr Ophtalmol 1988; 11 :
851-858
100. **Howard GR, Nerad JA, Carter KD, Whitaker DC.**
Clinical characteristics associated with orbital invasion of cutaneous basal cell and
squamous cell tumors of the eyelid. Am J Ophthalmol 1992;113:123-33.
101. **Wong VA, Marshall JA, Whitehead KJ.**
Management of periocular basal cell carcinoma with modified en face frozen section
controlled excision. Ophthal Plast ReconstrSurg 2002;18: 430-5.
102. **BESSEDE J-P, VINH D, KHALIFA N, et al.**
Métastases ganglionnaires des carcinomes épidermoïdes cutanés cervico-faciaux.
Facteurs pronostiques et modalités thérapeutiques. A propos d'une série de 13 cas.
RevlaryngolotolRhinol 2001, 111-117.
103. **SCAT Y; LIOTET S.; CARRE F.**
Revue : Journal français d'ophtalmologie (J. fr.ophtalmol.) ISSN 0181-5512 CODEN
JFOPDG
104. **SHANNA B. MEADS, MD AND HUBERT T. GREENWAY, MD,**
Carcinoma Associated with Orbital Invasion: Clinical Features and Treatment Options
ISSN: 1076-0512 _ DermatolSurg 2006;32:442-446,
105. **Glover AT, Grove AS Jr, Ophthalmology Service, Brooke ArmyMedical Center,**
Fort Sam Houston, Texas, Orbital invasion by malignant eyelidtumors.
PMID: 2487189 PubMed -indexed for MEDLINE

106. **M.Durbec, V.Couloigner, S.Tronche, S.Albert, J.Kanitakis, A.Ltaief et al.**
Recommandations de la SFORL. Bilan d'extension et principes d'exérèse des tumeurs de la face et du cou à point de départ cutané.
Elsevier Masson SAS 2014.
107. **N. Dégardin, F. Delesalle, L. Mortier, V. Duquennoy-Martinot.**
Chirurgie des tumeurs cutanées.
2009 Elsevier Masson SAS
108. **V. Pinsolle, G. Robert, E. Sawaya, B. Sommier, P. Pélissier**
Prise en charge chirurgicale des carcinomes spinocellulaires
Annales de chirurgie plastique esthétique (2012) 57, 114–117
109. **Lauwers F, Chaput B, Jalbert F, Garrido I, Lopez R.**
Tumeurs cutanées évoluées (dépassées ?) de l'extrémité céphalique : réflexions chirurgicales.
Ann Chir Plast Esthet 2012.
110. **L.Desjardins**
Lésions pigmentées bénignes des paupières Benign pigmented lesions of the eyelids,
Journal Français d'Ophtalmologie Volume 28, Issue 8, October 2005,
111. **J. Lasudry:**
Management of eyelid tumors: General considerations J Fr Ophtalmol. 2011
Dec;34(10):741–54.
112. **Jakobiek C.**
In : Principles and practice of ophthalmology. Benign epithelial
tumors. Managing Editor, 1994 : 1713–1717
113. **N CHEKIR, S EL MABROUK, F BEN HADJ HAMIDA, T MELLOULI, M BEN SALAH, M GHORBEL**
Sousse, Tunisie: Les limites de la chirurgie dans le traitement des tumeurs primitives des paupières. Journal Français d'Ophtalmologie Vol 25, N° 5 – avril 2002 p. 86
114. **H. KHLIF, C. LEVY GABRIEL, R. DENDALE, L. LUMBROSO LE ROUIC, X. SASTRE, S. MORAX et al.**
Desjardins : Carcinome basocellulaire palpébral : expérience de l'Institut Curie journal français d'ophtalmologie vol 30 supplément 2 Avril 2007 page 2S248

115. **R. MESSAOUDI, R. ZERROUK, S. LOUAYA, A. OUBAAZ :**
Les tumeurs malignes des paupières : à propos de 13 cas Journal Français d'Ophtalmologie Volume 32, numéro S1 page 1184 (avril 2009)
116. **Jean-Paul Adenis**
Chirurgie palpébrale pathologique et esthétique
2018, Elsevier Masson SAS. ISBN : 978-2-294-75638-2
117. **GOTZAMANIS A.; DUCASSE A.; PLUOT M.**
Les tumeurs de paupière : Epidémiologie, corrélations anatomo-cliniques. Etude prospective sur 3ans,
Bulletin des sociétés d'ophtalmologie de France, 2002, vol. 102, pp. 62-67 [6 page(s) (article)] (9 réf.)
118. **T.Dumont, E.Simon, B.Garnier, S.Sellal, M.Stricker, J.F.Chassagne :**
Contribution of the pathology examination in the operating theatre in patients with skin cancer: retrospective analysis of 388 patients. RevStomatolChirMaxillofac 2006;107:75—9.
119. **Z. Khtibari, M. El Belhadji, L. Benhmidoune, S. Berrada, S. Rqibate, A. Amraoui**
Les carcinomes épidermoïdes des paupières. Bilan de 7 ans d'expérience au service d'ophtalmologie adulte du CHU de Casablanca
Journal français d'ophtalmologie (2015) 38, 134—140
120. **MOHS FE.**
Micrographic surgery for the microscopically controlled excision of eyelid cancers.
Arch Ophthalmol 1986;104:901-9.
121. **M.Durbec, V.Couloigner, S.Tronche, S.Albert, J.Kanitakis, A.Ltaief et al.**
Recommandations de la SFORL. Bilan d'extension et principes d'exérèse des tumeurs de la face et du cou à point de départ cutané.
122. **B. Langlois, P.-V. Jacomet, M. Putterman, S. Morax, O. Galatoire**
Évaluation des techniques de reconstruction après exentération orbitaire. À propos de 56 cas, 2012 Elsevier Masson SAS.
123. **S. Benazzou, Y. Arkha, M. Boulaadas, L. Essakalli, M. Kzadri.**
L'exentération orbitaire.
2011 Elsevier Masson SAS.

124. **REESE AB.**
Tumors of the eye .3e edition Harper and Row, ed. New York 1976.
125. **MARGO CE, WALTZ K.**
Basal cell carcinoma of the eyelid and periocular skin. SurvOphthalmol, 1993;38:169–92
126. **LEE SB, SAW SM, AU EONG KG, CHAN TK, LEE HP.**
Incidence of eyelid cancers in Singapour from 1968 to 1995. Br J Ophthalmol, 1999;83:595–7.
127. **Bagheri A, Tavakoli M, Kanaani A.**
Eyelid masses: a 10–year survey from a tertiary eye hospital in Tehran. Middle East Afr J Ophthalmol 2013.
128. **Flament J, Boukoffa OS, Dernaoui M.**
Statistical survey on the etiology of orbito palpebral neoplasias in eastern Algeria. Bull Soc Ophthalmol Fr 1986;86:323–324.
129. **G. DISCAMPS, J.C. DOURY, M. CHOVET**
Contribution à l'étude statistique des cancers oculo-orbitaires en Afrique. A propos de 460 observations. Med. Trop. 1972 ; 32 : 385–401
130. **CEDEF ;**
Tumeurs Cutanées épithéliales et mélaniques : carcinomes cutanés. Annales de dermatologie et de vénérologie (2012) 139, A135–A143.
131. **Scat Y, Liotet S, Carre F.**
Étude épidémiologique de 1 705 tumeurs malignes de l'oeil et de ses annexes. J Fr Ophtalmol, 1996;19:83–8.
132. **Francis IC, Benecke PS, Kappagoda MB.**
A ten–year hospital survey of eyelid cancer. Aust J Ophthalmol 1984;12:121–127.
133. **Savannah E. Baril; Suzanne K. Freitag.**
Incidence Of Benign And Malignant Eyelid Tumors At The Massachusetts Eye And Ear Infirmary Over One Year Investigative Ophthalmology & Visual Science March 2012, Vol.53, 1448.
134. **Mustardé JC.**
Repair and reconstruction in the orbital region. Edinburgh : Churchill Livingstone ; 1991.

135. **Beauvillain de Montreuil C, Bessède JP.**
Chirurgie des tumeurs cutanées de la face. Société française d'ORL et de Chirurgie de la face et du cou, 2002.
136. **Ducasse A, Segal A, Desphieux JL.**
Reconstruction palpébrale inférieure: techniques utilisées en fonction de la longueur de la perte de substance. Bull Soc Opht France 1989;4:593-595.
137. **Rubin P, Mykula R, Griffiths RW.**
Ectropion following excision of lower eyelid tumours and full thickness skin graftre pair. British Journal of Plastic Surgery. Avr 2005; 58(3):353-360.
138. **Benatar M, Dumas P, Cardio – Leccia N, Lebreton E, Chignon –Sicard B.**
Intérêt et fiabilité de l'examen extemporané dans la prise en charge des tumeurs cutanées.
Annales de Chirurgie Plastique Esthétique. avr 2012;57(2):125-131.
139. **Lau CK, H uang S, Cormack G.**
Minimising the risk of ectropion when full thickness skin grafting lower eyelid defects. Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery. déc 2008;61(12):1562- 1564.
140. **TESSIER P.**
Aesthetic aspects of bone grafting to the face.
Clin. Plast. Surg. 1981 ; 8 : 279-301.
141. **NUNERY WR**
Ophtalmic plastic and reconstructive surgery.
Ophtalmol Clin North Am 1991;4,1:219p.
142. **GEORGE J.L.**
– physiologie de l'orbiculaire des paupières.
Encycl.Med.Chir. Ophtalmol .1987, 10, 21020 A10, 4p.
143. **Heenen M, Khaled E.**
Carcinome basocellulaire sclérodermiforme.
Université libre de Bruxelles. Service Iconothèque.2006
144. **BARRACO P, HAMEDANI M. MORAX S.**
Traitement chirurgical des tumeurs palpébrales, vol26, EMC, janvier 2003.

145. **Guy Le Toux, Emmanuel DellaNegra :**
Urétroplastie avec greffe de muqueuse buccale : techniques de prélèvements et complications. Revue de la littérature et rapport d'un cas.
146. **GINESTET G, FREZIERIS H, DUPUY H, PONS J.**
Chirurgie plastique et reconstruction de la face.
Editions Médicales, Flammarion, Paris.
147. **Wlodarkiewicz A, Staniewicz J, Wojszwillo-Geppert E, Roszkiewicz J.**
Extensive periocular defect reconstruction with local flaps and conchal cartilage graft.
DermatolSurg 1999;25:904-7.
148. **Matsuo K, Sakaguchi Y, Kiyono M, Hataya Y, Hirose T. Lidmargin**
Reconstruction with an orbicularis oculi musculocutaneous advancement flap and a conchal cartilage graft.
Plast ReconstrSurg 1991;87:142-145.
149. **La peau humaine: a-extrait de [Chuong2006] ;b- extrait de [Chang 2001]**
150. **Baraer F, Loze S, Duteille F, Pannier M, Darsonval V.**
Le lambeau orbito nasogénien. Etude anatomique et clinique.
Ann Plast Esthet 2005;50:288-95.
151. **L. Bourdais, P. Perrot, C. Kitsiou, G. Martin, F. Bellier-Waast, F. Duteille.**
Le lambeau de fascia superficialis temporalis pédiculé pour la couverture des pertes de substance de la face.
2013 Elsevier Masson SAS.
152. **Chiarelli A, Forcignano R, Boatto D, Zuliani F, Bisazza S.**
Reconstruction of the inner canthus region with a forehead muscle flap : a report on three cases.
Br JPlastSurg 2001; 54:248-52.
153. **Makiuchi R, Uemura A.**
A ten-year review of malignant eyelid tumors.
Ganka1988;30:725-728.
154. **WERNER MS., OLSON JJ., PUTTERMAN AM.**
Composite grafting for the eyelid reconstruction.
Am J Ophtalmol 1993;116,1:11-16.

155. **Bardot D, Casanova T, Malet**
Chirurgie reconstructrice des paupières.
Encyclopédie Médico-Chirurgicale 45-530 (2004)45-53 p12
156. **Laurent Guyot, Pierre Seguin, Hervé Benateau .**
Techniques en chirurgie maxillofaciale et plastique de la face p200
157. **Tenzel RR, Stewart WB.**
Eyelid reconstruction by the semi-circleflap technique.
Ophtalmology 1978;85:1164-9.
158. **N. Zwetyenga,J.-C.Lutz,N. Vidal, M. El-Bouihi,F. Siberchico,D.Martin**
Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale 108(3):210-214 ·June 2007
159. **MEMOIRE DE DESC – J. Toquet – 2000**
CHIRURGIE DE LA FACE ET DU COU
160. **L.Guyot ,P.Seguin, H.Benateau .**
Techniques en chirurgie maxillo-faciale et plastique de la face p 241-242
161. **N. Basset-Séguin, V. Chaussade, C. Vilmer.**
Carcinomes basocellulaires.
EMC 98-620-A-10. 2011 Elsevier Masson SAS.
162. **STANLEY J, ALAN L, KENNETH G, THOMAS O.**
Basal cell and squamous cell skin cancers.
NCCN clinical practice Guidelines in oncology(NCCN GUIDELINES).
Version 2.2012.NCCN.org.
163. **Krishna Reddy MD, PhD, Tobin Strom MD, Changhu Cen MD.**
Primary radiotherapy for locally advanced skin cancer near the eye.
Pratical radiation oncology (2012) 2, 63-72.
164. **Amici J-M, Beylot-Barry M.**
CarcinomesQ1 basocellulaires localement avancés: intérêt de traitements combinés, alternatifs à la chirurgie.
Ann Chir Plast Esthet (2015).
165. **Chang ALS, Solomon JA, Hainsworth JD, Goldberg L, Mc Kenna E, Day B, et al.**
Expanded accesstudy of patients with advanced basal cell carcinoma treatedwith the Hadgehog pathway inhibitor, vismodegib.
J Am AcadDermatol 2014;70(1):60—9.

166. **Dreno B, Basset-Seguin N, Caro I, Yue H, Schadedorf D.**
Clinical benefit assessment of Vismodegib therapy in patients with advanced basal cell carcinoma.
Oncologist 2014;19(8):790–6.
167. **FITZPATRICK PJ.**
Tumors of the eyelids and their treatment by radiotherapy .
ALBERTI WE, SAGERMAN RH : Radiotherapy of intraocular and orbital tumors.
Medical radiology Series Springer-Verl, Berlin1993;217–25
168. **CAUJOLLE JP, CLEVY JP, ORTONNE JP, NEGRE F, GASTAUD P.**
La cryochirurgie dans le traitement des épithéliomas baso-cellulaire des paupières.
J Fr Ophtalmol 1989 ; 12,4 :279–86.
169. **LERNER TH., HURYN JM.**
Orbital prosthesis with a magnetically retainedocular component supported by osteo integrated implants.
J Prosthet Dent. 1993 Apr;69(4):378–80
170. **EL HALIMI R., ZERKAOUY Y, IMDARI I, BENSOUDA HMELLE Z, ABDELLAH E, CHAOUI Z, et AL.**
(Rabat Maroc) : Epithélioma basocellulaire des paupières. Techniques chirurgicales : à propos de 90 cas .Journal français d’ophtalmologie volume 32 Avril 2009 hors-série n 1 page 1S216 ;
171. **L. FAURE, S. COUTURE, F. LABROUSSE, J.P. ADENIS ET P.Y. ROBERT**
Incidence de la récidence après exérèse des tumeurs épithéliales palpébrales. Étude de 73 cas journal français d’ophtalmologie vol 30 supplément 2 ; Avril2007, page 2S248.
172. **F. MOURIAUX, P. BARRACO [DAGGER], P. PATENOTRE, P. PELLERIN :**
L'exentération orbitaire Journal Français d'Ophtalmologie Vol 24, N° 8 – octobre 2001 pp. 865–874
173. **Koplin L, Zarem HA.**
Recurrent basal cell carcinoma. Plast ReconstSurg, 1980;65: 656–64
174. **Mora RP, Robins P.**
Basal cell carcinoma in the center of the face: special diagnosis, prognostic and therapeutic considerations. J DermatolSurgOncol, 1978;4:315–21

175. **ZEYNEL A. KARCIOGLU.**
Surgical treatment- orbital tumors USA 2005 ISBN 0-378-21-321-X.
176. **BORGES AF.**
Relaxed skin tension lines (RTSL) versus other skin lines. Plast Reconstr surg 1984; 73: 144-150.
177. **KIRATLI H., BULUR B., BILGIÇ S.**
Trans conjunctival approach for retro bulbar intraconal orbital cavernous Hemangioma. Orbital surgeon's perspective. Surgneuro 2005 jul;64(1) :71-4.
178. **ARAI H., SATO K., KATSUTA T., RHOTON AL.**
Later al approach to intra orbital lesions: anatomic and surgical considerations. Neurosurgery 1996; 39 :1157-63.
179. **Mitchell A, Montano G**
Management of periocular basal cell carcinoma : Mohs micrographic surgery versus radiotherapy: II. Radiotherapy. Surv Ophthalmol 1993 ; 42 : 203-210
180. **Grob JJ**
Naevus et mélanomes cutanés. In: JH Saurat, E Grosshans, P Laugier, JM éd Lachapelle (Ed.) Dermatologie et maladies sexuellement transmissibles. Paris : Masson: 1999; 593-609.
181. **Brasseur G, Charlin JF, Nouel-Midoux J, Langlois J**
Traitement des épithéliomas de la paupière par radiothérapie interstitielle. Résultats à long terme. Limites de la méthode. Bull Soc Ophtalmol Fr 1986 ; 86 : 153-156
182. **Albert DM**
Principles of pathology. In: DM Albert, FA eds Jakobiec (Ed.) Principles and practice of ophthalmology. Philadelphia : WB Saunders: 1994; 2101-2126.
183. **Kushner BJ**
Local steroid therapy in adnexal hemangioma. Ann Ophthalmol 1979 ; 11 : 1005-1009.

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف
والأحوال باذلة وسعي في انقاذها من الهلاك والمرض
والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.
وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب والبعيد،
للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.
وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرني، وأكون أخا لكل زميل في المهنة
الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلانيتي،
نقية مما يشينها تجاه الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيدا

العلاج الجراحي للأورام الجفنية.

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2021/11/29
من طرف

السيدة فاطمة الزهراء دريسي بهي

المزادة في 1996/02/23 بمراكش

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

الجفن - ورم حميد - ورم خبيث - علم التشريح - جراحة استئصالية -
جراحة إعادة بناء.

اللجنة

الرئيس

ي. الدرواسي
أستاذ في أمراض وجراحة الأذن والأنف والحنجرة.

السيد

المشرف

أ. أبو شادي
أستاذ جراحة الوجه والفكين وجراحة التجميل.

السيد

الحكام {

ب. بدر الدين
أستاذ مبرز في جراحة الوجه والفكين وجراحة التجميل.

السيد

ر. مسعودي
أستاذ مبرز في طب العيون.

السيد