

SOMMAIRE

SOMMAIRE	1
INTRODUCTION	9
MATERIELS ET METHODES	12
Matériels	13
A. Cadre de l'étude	13
B. Type de l'étude	13
C. Échantillon	13
D. Critères d'inclusion et d'exclusion	13
E. Moyens d'étude	13
Méthodes	14
I. Etude épidémiologique	20
A. Age et sexe	20
B. Facteurs de risques	21
II. Motif et délai de consultation	22
A. Motif de consultation	22
B. Délai de consultation	23
III. Examen clinique	24
A. Examen exobuccal	24
B. Examen endobuccal	24
1. Aspects macroscopiques	24
2. Localisation de la tumeur	25
3. Taille	25
4. Extension de la tumeur	26
5. L'état général	26
6. Histologie	26

IV. Examens paracliniques	27
A. Radiographie pulmonaire	27
B. Echographie Cervicale	27
C. Echographie Abdominale	27
D. Scanner du massif cervico-facial	27
E. Scanner Cervico-thoraco-abdomino-pelvien	28
F. Orthopantomogramme	29
G. L'imagerie par résonance magnétique	29
V. Classification	30
A. La tumeur	30
B. Les adénopathies	30
C. Les métastases à distance	30
VI. Bilan pré thérapeutique	31
A. Bilan clinique	31
B. Bilan biologique	31
C. Consultation pré- anesthésie	32
D. Consultation dentaire	32
VII. Traitement	33
A. Traitement médical	33
B. Traitement chirurgical	33
1. Exérèse tumorale	33
2. Curage ganglionnaire	33
3. Reconstruction de la perte de substance	33
4. Résultats histologiques définitifs	35
C. Radiothérapie	36

D.	Chimiothérapie	36
VIII.	Evolution et complication	38
A.	Evolution à court terme	38
1.	Durée d'hospitalisation	38
2.	Suites opératoires	38
B.	Evolution à moyen terme	38
1.	Cicatrisation	39
2.	Elocution	39
3.	Alimentation	39
4.	Douleur	39
C.	Evolution à long terme	39
D.	Récidive et survie	39
IX.	Iconographie	40
DISCUSSION	51
Rappel	52
I.	Anatomie	52
A.	Morphologie labiale	52
1.	Morphologie externe.....	52
a.	Lèvre blanche	53
b.	Lèvre rouge	53
c.	Ligne de jonction cutanéomuqueuse	53
d.	Commissures labiales	54
2.	Morphologie interne	55
3.	Sous unités esthétiques	56
B.	Constitution anatomique	57

1.	La peau	57
2.	Le plan musculaire	57
a.	L'orbiculaire des lèvres	57
b.	Le modiulus	59
3.	Muqueuse labiale	60
C.	Vascularisation	60
1.	Vascularisation artérielle	60
2.	Vascularisation veineuse	62
3.	Drainage lymphatique	63
4.	Innervation :	66
a.	Innervation motrice	66
b.	Innervation sensitive	66
II.	Histologie	67
1.	Le versant externe	67
2.	Le vermillon	67
3.	Le versant interne	67
III.	Physiologie	69
Analyse des données		70
I.	Epidémiologie	70
A.	Fréquence	70
B.	Age	71
C.	Sexe	72
II.	Facteurs de risque	73
A.	Tabac	73
B.	Alcool	74

C.	L'exposition solaire prolongée	75
D.	Mauvaise hygiène bucco-dentaire	75
E.	Facteurs viraux	76
F.	Autres	77
III.	Lésions précancéreuses	78
A.	La leucoplasie	78
1.	Chéilite Tabagique	79
2.	Chéilite actinique	80
3.	Chéilites glandulaires	81
B.	Chéilites en rapport avec une dermatose	82
1.	Lupus érythémateux chronique	82
2.	Lichen plan	83
C.	Candidoses chroniques	84
D.	Erythroplasie de Queyrat	85
E.	Maladie de Bowen	85
F.	Mélanome in situ ou Mélanose de Dubreuilh	86
IV.	Diagnostic clinique	87
A.	Motif de consultation	87
B.	Délai de consultation	87
C.	Examen physique	88
1.	Examen local	88
2.	Examen loco-régionale	90
3.	Examen général	92
V.	Diagnostic Paraclinique	93
A.	Biopsie avec Etude anatomo-pathologique	93

B.	Radiologie	96
1.	Bilan d'extension loco-régional	96
2.	Bilan d'extension à distance	98
VI.	Classification	99
VII.	Traitement	103
A.	But du traitement.....	103
B.	Moyens	103
1.	Le traitement médical	103
2.	Le traitement chirurgical	103
a.	Au niveau du site tumoral	104
b.	Au niveau ganglionnaire	107
c.	La reconstruction	108
3.	La radiothérapie	141
a.	La curiethérapie	141
b.	La radiothérapie externe	143
4.	La Chimiothérapie	144
C.	Indications	145
1.	Moment de l'intervention	145
2.	Chirurgie	145
a.	Au niveau du site tumoral	145
b.	Au niveau ganglionnaire	146
c.	Reconstruction de la perte de substance	147
3.	Radiothérapie	149
4.	Chimiothérapie	150
VIII.	Evolution	151

A.	Complication	151
1.	De la chirurgie des lèvres	151
2.	De la radiothérapie des lèvres	154
3.	Récidive	154
4.	Métastase à distance	155
B.	Résultats	156
1.	Résultats carcinologiques	156
2.	Résultats esthétiques et fonctionnels	159
IX.	Prévention	161
1.	Prévention primaire	161
2.	Prévention secondaire	161
X.	Traitement palliatif	163
CONCLUSION		164
RESUME		166
BIBLIOGRAPHIE.....		173

INTRODUCTION

Les tumeurs malignes des lèvres sont des proliférations cellulaires malignes développées aux dépend des lèvres, le point de départ est le plus souvent muqueux.

Le carcinome épidermoïde est le type histologique le plus fréquent. L'âge de survenue se situe vers la 6ème décennie, avec une prédilection masculine. Le tabagisme et l'exposition solaire constituent les deux facteurs de risque principaux.

Les lèvres jouent un rôle crucial dans la parole, la mastication, la déglutition, ainsi que l'esthétique du visage. Par conséquent, les cancers de la lèvre peuvent entraîner des problèmes morphologiques et fonctionnels importants.

Ces cancers siègent le plus souvent sur la lèvre inférieure. Ce sont des tumeurs accessibles à l'examen clinique. Le diagnostic se fait en général à un stade précoce par l'examen clinique, et confirmé par l'anatomopathologie. Le traitement est essentiellement chirurgical, et peut être complété par la radiothérapie. Une exérèse carcinologique est souvent possible.

L'exérèse tumorale entraîne une perte de substance labiale transfixiante, qui doit être réparée immédiatement dans le même temps opératoire.

Les procédés de reconstruction sont multiples et doivent répondre aux principes de la chirurgie réparatrice labiale :

- Privilégier la reconstruction labiale par de la lèvre.
- Reconstruire une lèvre ample, mobile et continente.

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

Notre travail a pour but de définir, à travers une étude rétrospective, les principaux facteurs épidémiologiques, les caractéristiques cliniques et pathologiques et la prise en charge thérapeutique des tumeurs malignes des lèvres.

Nous exposerons les 11 cas des tumeurs malignes des lèvres au service de Chirurgie maxillo-faciale et de stomatologie à l'hôpital militaire de Meknès entre 2012 et 2019 dans un premier temps. Puis nous enchaînerons par une discussion de nos cas et une comparaison avec les données de la littérature.

MATERIELS ET METHODES

Matériels :

A. Cadre de l'étude :

Cette étude s'est déroulée au sein du service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale de l'hôpital militaire Moulay Ismail de Meknès

B. Type de l'étude :

C'est une étude rétrospective, s'étalant sur une durée de 7 ans allant du mois de janvier 2012 jusqu'au mois de décembre 2019.

C. Échantillon :

Un échantillon de 11 cas hospitalisés et traités pour cancer des lèvres au sein du service de chirurgie maxillo-faciale de l'hôpital militaire Moulay Ismail.

D. Critères d'inclusion et d'exclusion

- Les critères d'inclusion sont les suivants :

Patients hommes ou femmes de tout âge, vu pour cancer de la lèvre après confirmation anatomopathologique.

- Les critères d'exclusion sont les suivants :

- Les Tumeurs bénignes, tumeurs vasculaires.
- Dossiers inexploitable.
- Les tumeurs sans preuve anatomopathologique

E. Moyens d'étude :

Les sources qui ont permis cette étude sont :

- Les registres des malades hospitalisés.
- Les comptes rendus opératoires.
- Un questionnaire pré établi.

Méthodes :

Le recueil des données a été réalisé à partir des données disponibles dans les dossiers médicaux des patients, selon une fiche d'exploitation type établie à cet effet. Pour chaque patient les données recueillies portent sur :

- **Les données épidémiologiques** : âge, sexe, antécédents, facteurs de risque.
- **Les données cliniques** : le motif et le délai de consultation, le siège, la taille, les caractéristiques de la lésion, et l'examen clinique de la cavité buccale et des aires ganglionnaires.
- **L'examen anatomo-pathologique**
- **Les données paracliniques** : pour compléter le bilan d'extension
- **Les données thérapeutiques** : le protocole thérapeutique, et le type de reconstruction.
- **Les données pronostiques** : survenue de complications, récidives.

Fiche d'exploitation :

I. Identité :	
1- N ° d'entrée :	
2- Nom et prénom :	
3- Age :	
4- sexe :	masculin <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/>
5- niveau socioéconomique :	bas <input type="checkbox"/> moyen <input type="checkbox"/> haut <input type="checkbox"/>
II. Motif de consultation :	
6- Tuméfaction :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
7- Ulcération :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
8- Saignement :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
9- Délai de consultation :	< 1 mois <input type="checkbox"/> entre 1 mois et 6 mois <input type="checkbox"/> > 6 mois <input type="checkbox"/>
III. ATCD :	
10- Personnels :	
▪ Tabac :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
▪ Exposition prolongée aux RUV :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
▪ Alcool :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
▪ Tics de succion :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
▪ Prothèse dentaire :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
▪ caries :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
▪ candidose buccale :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
▪ Maladie inflammatoire :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui :
Autres:	

18- Autres localisations cutanées : Oui Non si oui Siège :

19- Examen général : Bon Etat Mauvaise Etat

V. Examen paraclinique :

20- Anatomopathologique: Type histologique

- Sur biopsie simple : Carcinome baso-cellulaire Carcinome épidermoïde
 Autres :
- Sur biopsie exérèse : Carcinome baso-cellulaire Carcinome épidermoïde
 Autres :

21- TDM : Oui Non

22-Radiothorax : Oui Non

23-Echographie cervical : Oui Non

24-Echographie Abdominale : Oui Non

25- Orthopantomogramme: Oui Non

26-Autres :

VI. Classification :

T :

N :

M :

VII. Traitement :

27-Préparation du patient: éradication du foyer bucco-dentaire Oui Non

28- Anesthésie : local général

29- Limites d'exérèse : sains envahis

30- Reconstruction : immédiat différée

31- Type : Exérèse-Suture directe → type d'exérèse :

Lambeau Locorégionale <input type="checkbox"/>				→ type de Lambeau :	
Lambeau à distance <input type="checkbox"/>					
32- Curage ganglionnaire :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	si Oui :	Unilat <input type="checkbox"/>	
	Bilat <input type="checkbox"/>				
33- Traitements non chirurgicaux :					
▪ Radiothérapie : Adjuvante <input type="checkbox"/>					
Pré adjuvante <input type="checkbox"/>					
Non <input type="checkbox"/>					
▪ Chimiothérapie : Oui <input type="checkbox"/>					
Non <input type="checkbox"/>					
VIII. Suite post-op / Evolution :					
34-suites opératoires :	simples <input type="checkbox"/>	complications <input type="checkbox"/>			
35- récidence :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Recueil :		
36-délai de la récidence (en mois) :					
37-traitement de la récidence :	-Chirurgicale :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	type :	
	- Adjuvant :				

RESULTATS

I. Etude épidémiologique :

A. Age et sexe : (Figure 1 et 2)

L'âge moyen de nos 11 patients était de 64 ans,

Les âges extrêmes étaient 47 et 80 ans.

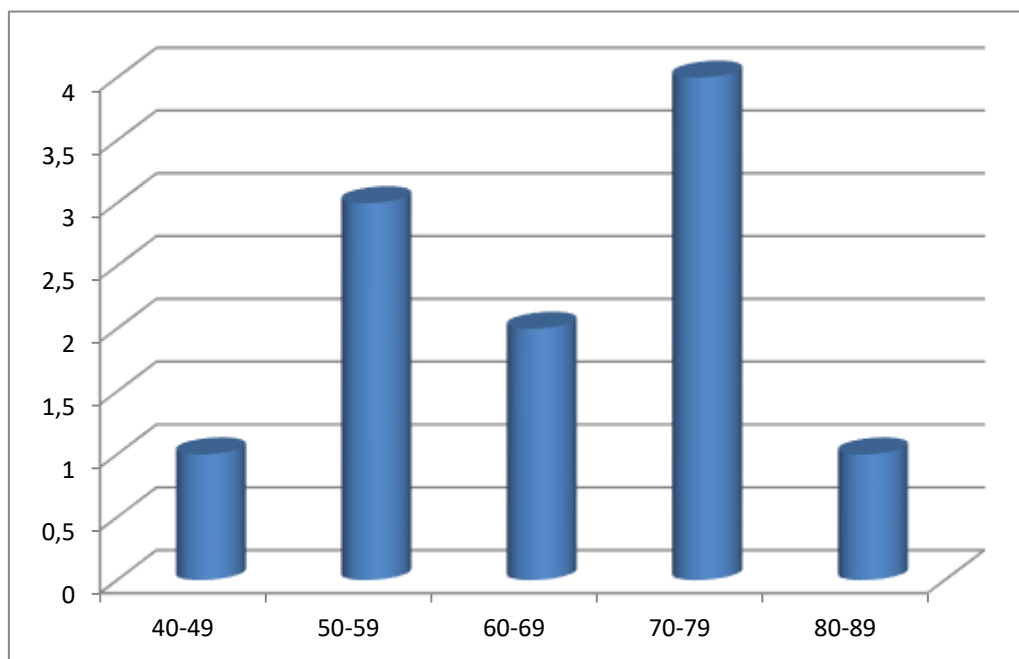


Figure 1 : Répartition des patients par tranche d'âge

Dans notre série, on note une nette prédominance masculine ; 10 hommes atteints contre 1 femme soit un sex-ratio de 10. Ceci peut être expliqué par la prédominance des facteurs de prédisposition chez l'homme.

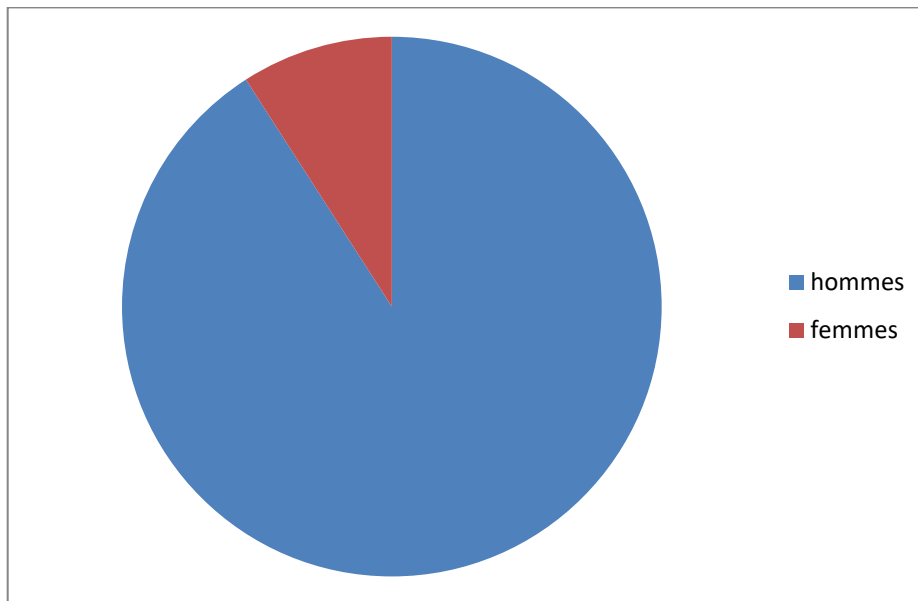


Figure 2 : répartition des patients selon le sexe.

B. Facteurs de risques :

L'intoxication tabagique a été retrouvée chez 7 patients tous de sexe masculin (63%). Il s'agissait d'un tabagisme actif, la consommation a concerné des cigarettes (variant entre 20 et 40 paquets/année), et du cannabis.

L'alcoolisme a été retrouvé chez 3 patients (35%), tous tabagiques et de sexe masculin. L'âge de début de l'alcoolisme n'a pas pu être précisé.

81% de nos patients avaient une notion d'exposition solaire prolongée.

Une mauvaise hygiène bucco-dentaire a été notée chez 63% de nos patients.

Les lésions précancéreuses ont été retrouvées chez 36% de nos patients. Il s'agit de 4 cas de leucoplasie : 2 cas de chéilite actinique (18%) et 2 cas de chéilite tabagique (18%).

Les données concernant la profession, l'origine géographique et le lieu de résidence n'étaient pas exploitables.

Tableau 1 : les Facteurs des risques selon le sexe

Facteurs de risque	Tabagisme	Exposition solaire	Alcool	Mauvais état bucco-dentaire	Etats pré-néoplasiques
Nombre de cas	7	9	3	7	4
Sexe masculin	7	8	3	6	4
Sexe féminin	0	1	0	1	0

II. Motif et délai de consultation :

A. Motif de consultation :

10 patients ont consulté pour une tuméfaction labiale, qui était source de gêne lors de l'alimentation et de la phonation. Cette tuméfaction était associée à un saignement dans 20% des cas.

4 patients ont accusé une ulcération labiale douloureuse.

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

Tableau 2 : Motifs de consultation des patients

Motif de consultation	Nombre de cas
Tuméfaction seule	5
Ulcération seule	1
Tuméfaction + Ulcération	3
Tuméfaction + saignement	2

B. Délai de consultation :

Le délai de consultation variait de 2 mois à 1 an.

Le délai moyen était de : 7 mois

Tableau 3 : délai de consultations des patients

Délai de consultation	Nombre de cas
<3 mois	1
Entre 3 mois et 6 mois	3
> 6 mois	7

III. Examen clinique :

A. Examen exobuccal :

L'examen exo-buccal recherche une tuméfaction faciale, asymétrie faciale, douleur à la palpation de la tumeur. Dans certains cas on note un changement de l'aspect de la peau en regard de la tumeur ;

B. Examen endobuccal :

1. Aspects macroscopiques : (Figure 3)

Dans notre série, l'aspect macroscopique de la tumeur était variable : ulcéro-bourgeonnant chez 6 patients, bourgeonnant chez 4 patients, tandis que l'état ulcéré a été noté chez 1 patient.

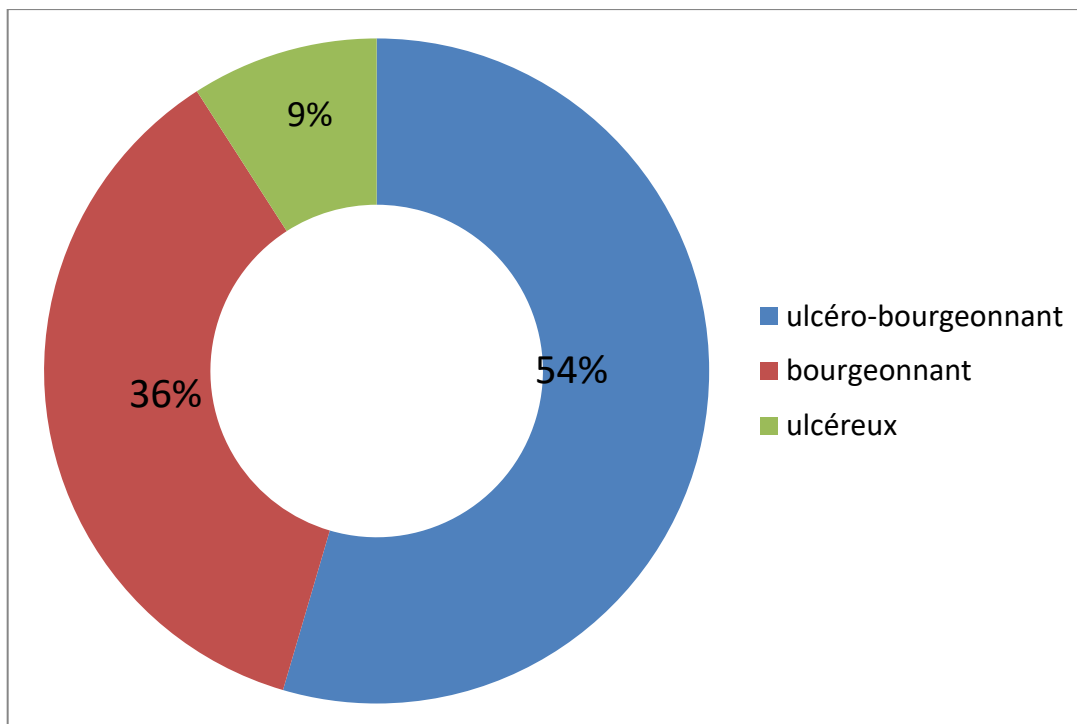


Figure 3 : Aspect macroscopique de la tumeur

2. Localisation de la tumeur :

Le siège de la tumeur le plus fréquent était la lèvre inférieure (72% des cas), suivie de la lèvre supérieure (18% des cas), et les formes étendus (9% des cas).

Tableau 4 : localisation des tumeurs

Siège	Lèvre inférieure	Lèvre supérieure	Forme étendu
Nombre de cas	8	2	1

3. Taille :

La taille de la tumeur était entre 1,5 et 3,5 cm dans 6 cas (54%), inférieure ou égale à 1,5 cm dans 3 cas (27%) et supérieure ou égale à 3,5 cm dans 2 cas (18%).

(Figure 4)

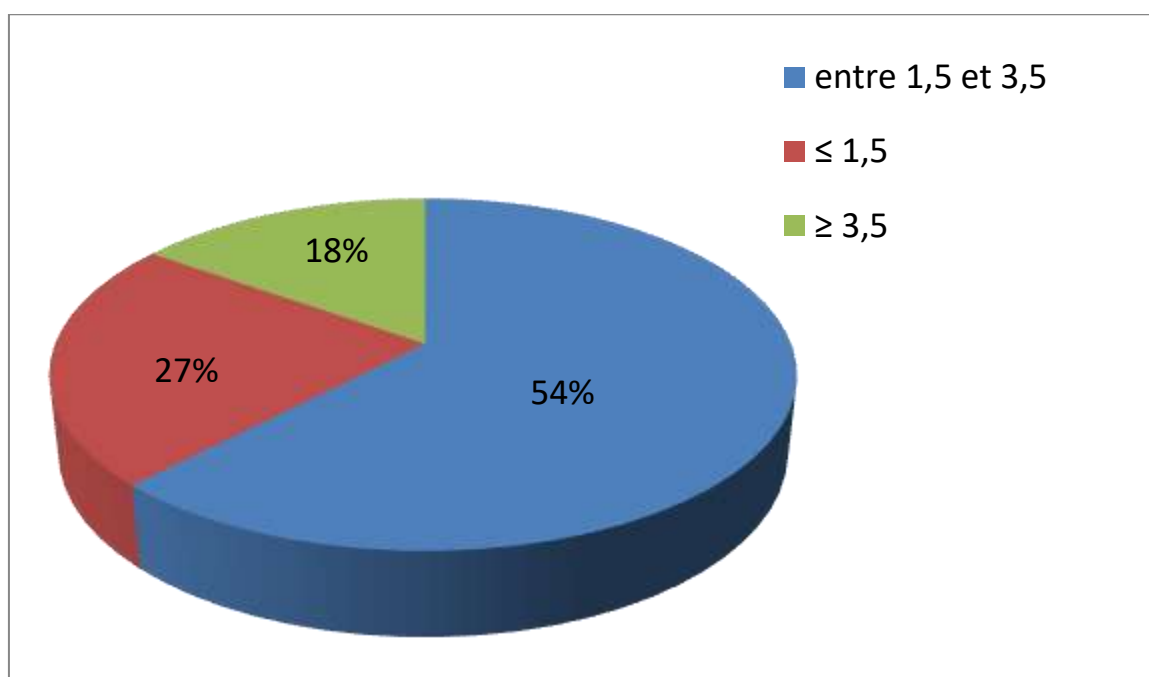


Figure 4 : le pourcentage des patients selon la taille de la tumeur

4. Extension de la tumeur :

Pour l'extension locorégionale, on note :

- Une extension au niveau de la joue chez 3 cas ;
- Une extension au niveau du front et cou chez 1 cas ;
- Une extension au niveau du nez chez 2 cas ;
- Une extension au niveau de la commissure droite et au maxillaire homolatéral chez 1 cas ;
- Des adénopathies cervicales bilatérales chez 1 cas

Dans notre série, aucune extension à distance n'a été trouvée.

5. L'état général :

Tous nos patients étaient en bon état général.

1 patient présentait une hypertension artérielle et un diabète qui était contrôlée respectivement par un traitement antihypertenseur et un schéma d'insulinothérapie adéquat.

6. Histologie : (Figure 5)

L'étude anatomopathologique a montré deux types de tumeurs :

- Des carcinomes épidermoïdes chez 8 patients, soit 72% des cas;
- Des carcinomes baso-cellulaires dans 3 cas (28%)

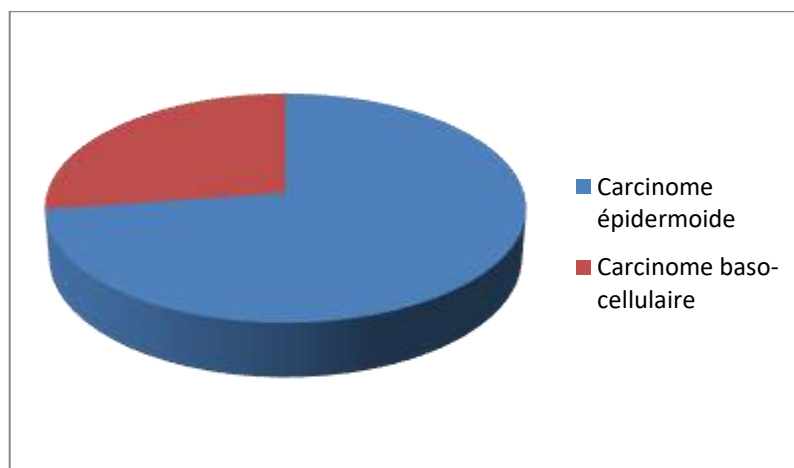


Figure 5 : type histologique

IV. Examens paracliniques :

A. Radiographie pulmonaire :

La radiographie pulmonaire a été effectuée chez tous nos patients. Elle n'a pas révélé de métastases à distance.

B. Echographie Cervicale :

L'échographie cervicale a été faite chez tous les malades. Elle a permis de confirmer la présence d'adénopathies cervicales chez 1 cas.

C. Echographie Abdominale :

L'échographie abdominale a été effectuée chez 1 patient et ceci en présence de signes cliniques. Elle n'a objectivée aucune métastase.

D. Scanner du massif cervico-facial :

Un scanner du massif cervico-facial a été fait chez 7 cas. Il a objectivé des adénopathies cervicales (sous maxillaire gauche et jugulaire gauche) chez 1 cas et une Rhinosinusite et Mastoïdite d'allure chronique chez 1 cas. (Figure 6)



Figure 6 : Coupe axiale d'une TDM cervico- faciale avec injection montrant la tumeur de la lèvre inférieure droite.

E. Scanner Cervico-thoraco-abdomino-pelvien :

Un scanner cervico-thoraco-abdomino-pelvien a été fait chez 8 patients. Il n'a objectivé aucune métastase à distance.

F. Orthopantomogramme :

Le panoramique dentaire a été réalisé chez tous nos patients. Il n'a objectivé aucune lyse osseuse. (Figure 7)



Figure 7 : Panoramique dentaire chez un patient édenté ne montrant aucune lyse osseuse.

G. L'imagerie par résonance magnétique :

Aucun de nos patients n'a bénéficié de l'IRM et ceci devant l'absence d'envahissement clinique des parties molles de la région buccale.

Tableau 5 : les examens paracliniques radiologiques

L'examen paraclinique	radiothorax	Echographie cervical	TDM du massif facial	TDM CTAP	Panoramique dentaire
Nombre de cas	11	11	7	8	11
Résultats pathologiques	0	1	2	0	0

V. Classification :

On se basant sur la classification TNM établie par l'UICC [96] :

A. La tumeur :

Tableau 6 : Répartition en fonction de la taille de tumorale

Le stade	T1	T2	T3	T4
Nombre de cas	4	7	0	0

63% de nos patients avaient une tumeur classée T2, 47% avaient une tumeur classée T1.

B. Les adénopathies :

Dans notre série on avait un seul cas d'adénopathie classé N2c selon la classification TNM établie par l'UICC [96].

Le reste des patient était classé N0

C. Les métastases à distance :

Aucun cas de métastase n'a été identifié.

L'ensemble de nos patients était classé M0.

VI. Bilan pré thérapeutique

Le traitement des tumeurs malignes des lèvres se base essentiellement sur la chirurgie, parfois la radiothérapie ou l'association des deux, décision thérapeutique sera prise lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire associant les chirurgiens, les oncologues, les radiothérapeutes et les anatomopathologistes.

Le bilan préopératoire comporte :

A. Bilan clinique :

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

B. Bilan biologique :

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

1. Hémogramme
2. Bilan d'hémostase
3. Groupe rhésus,
4. Urée, créatinémie,
5. Glycémie à jeun.

1 seul patient présentait un diabète type 2 équilibré sous antidiabétiques oraux. Il a été mis sous insulinothérapie transitoire avant le geste chirurgical.

C. Consultation pré- anesthésie:

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

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

La chirurgie sous anesthésie générale a été indiquée chez 9 cas ; et sous anesthésie locale chez 2 cas.

D. Consultation dentaire :

Une consultation dentaire a été demandée chez tous les patients avant le début du traitement à la recherche des foyers infectieux bucco-dentaires.

Une mise en état bucco-dentaire a été réalisée chez tous nos patients, avec la confection de gouttières fluorées si une radiothérapie est envisagée.

VII. Traitement :

A. Traitement médical :

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

B. Traitement chirurgical :

1. Exérèse tumorale :*

L'exérèse tumorale a été réalisée chez nos 11 patients en respectant une marge de 1 cm pour le carcinome épidermoïde et de 0,5 à 1 cm pour le carcinome basocellulaire géant étendu à la cavité buccale.

La marge d'exérèse était de 1cm dans 9 cas (81,2%), et de 0.5cm dans 2 cas (18,8%).

2. Curage ganglionnaire :

Dans notre série, le curage ganglionnaire a été réalisé chez un seul patient.

Ce curage ganglionnaire était bilatéral.

L'étude histologique des ganglions était systématiquement demandée pour savoir si étaient envahis ou non. En cas de N+, le siège et le nombre de ganglions atteints, ainsi que l'état de capsules étaient précisés, afin d'évaluer le pronostic et adopter une radiothérapie complémentaire éventuelle sur les aires ganglionnaires.

3. Reconstruction de la perte de substance :

Le traitement chirurgical des tumeurs malignes des lèvres entraînent pertes de substances qu'il faut réparer immédiatement. La reconstruction doit respecter au maximum le principe d'identité, en réparant la lèvre par la lèvre afin que le patient puisse récupérer une lèvre fonctionnelle, ample, continente avec le minimum de séquelles esthétiques.

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

Dans notre série, les techniques de réparation étaient influencées par la localisation tumorale et l'étendue de la perte de substance.

Plusieurs techniques ont été utilisées :

❖ **Suture directe en trois plans :**

La fermeture par suture directe de la perte de substance a été réalisée chez 3 patients : les trois classés T1.

❖ **Lambeaux locorégionaux :**

La reconstruction de la perte de substance a fait appel à des lambeaux locorégionaux chez 8 patients.

Tableau 7 : Reconstruction par lambeaux locorégionaux

Les lambeaux	Marche d'escalier	Esthlander	Nasogéniens	Avancement Rotation
Nombre de cas	5	1	1	1
Stade	T2	T2	T1	T2

❖ **Lambeaux à distance :**

Dans notre série aucun cas de lambeau à distance n'a été réalisé.

4. Résultats histologiques définitifs :

L'étude des pièces opératoires a été réalisée par étude histologique ultérieure après fixation au formol. La limite de résection était saine dans 10 cas (90,9%), et tumorale dans 1 cas (9,1%). (Figure 8)

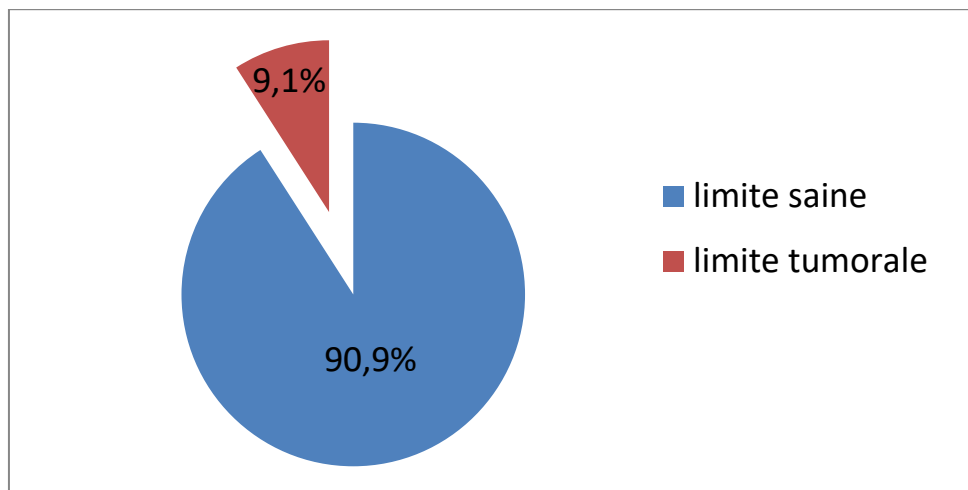


Figure 8 : le pourcentage des patients selon les limites de résection

Il s'agissait d'un carcinome épidermoïde bien différencié chez 5 patients, moyennement différencié chez 3 patients, et un carcinome basocellulaire chez 3 patients. (Figure 9)

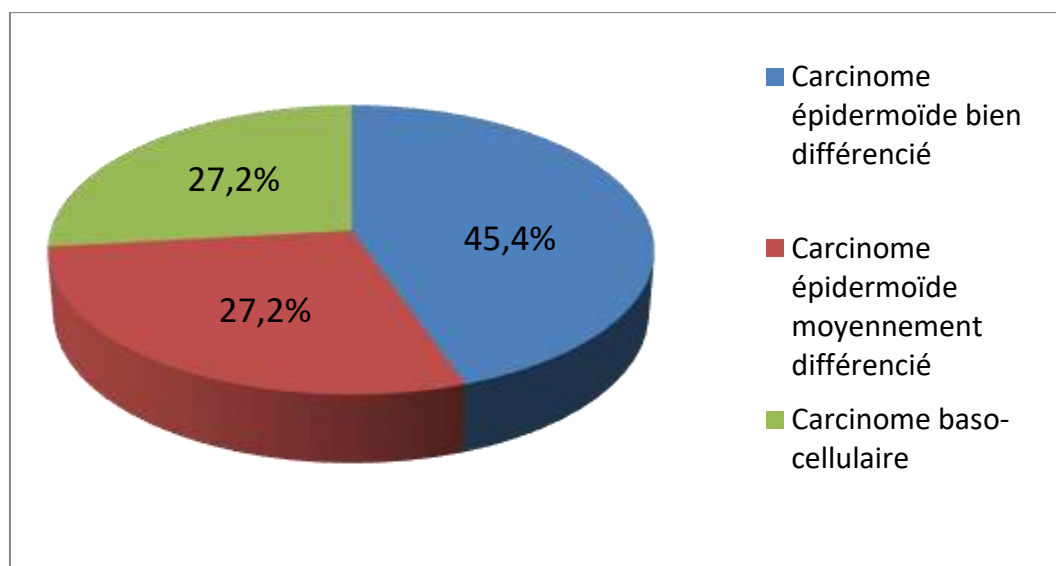


Figure 9: le type histologique et le degré de différenciation

Le seul patient qui a eu un curage ganglionnaire cervical présentait un envahissement ganglionnaire (pN +).

On note une absence d'engrainement péri nerveux et des emboles vasculaires.

C. Radiothérapie :

La radiothérapie était associée à la chirurgie dans 1 cas soit 9% des cas. Elle a été indiquée devant un envahissement histologique ganglionnaire.

La radiothérapie externe a été réalisée à la dose de 54 Gy pour le lit tumoral et les aires ganglionnaires.

Avant toute irradiation, notre patient a eu une mise en état buccodentaire afin de réduire le risque d'odonto et d'ostéoradionécrose liés à la radiothérapie.

Les mesures prises étaient les suivantes :

- Extractions des dents cariées et des chicots dentaires.
- Détartrage minutieux de toutes les dents laissées en place.
- Hygiène bucco-dentaire.
- Confection de gouttières fluorées pour fluoruration quotidienne topique par gel.
- Abandon des intoxications alcooliques et tabagiques.

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

D. Chimiothérapie :

Dans notre série, 1 seul cas de chimiothérapie pré adjuvante a été objectivé pour réduction du volume tumorale.

Au total :

La chirurgie seule a été préconisée dans notre série pour 9 cas, soit 81,8%.

La chirurgie associée à la radiothérapie a été indiquée dans 1 cas, soit 9% : il s'agissait d'un cas d'envahissement ganglionnaire histologique

La chirurgie associée à une chimiothérapie préadjuvante a été indiquée dans 1 cas (soit 9% des cas) pour réduire le volume tumoral.

La réparation des pertes de substances labiales faisait appel en dehors des situations où les sutures directes étaient possibles (27,2%), à des lambeaux loco-régionaux (72,7%). (Figure 10)

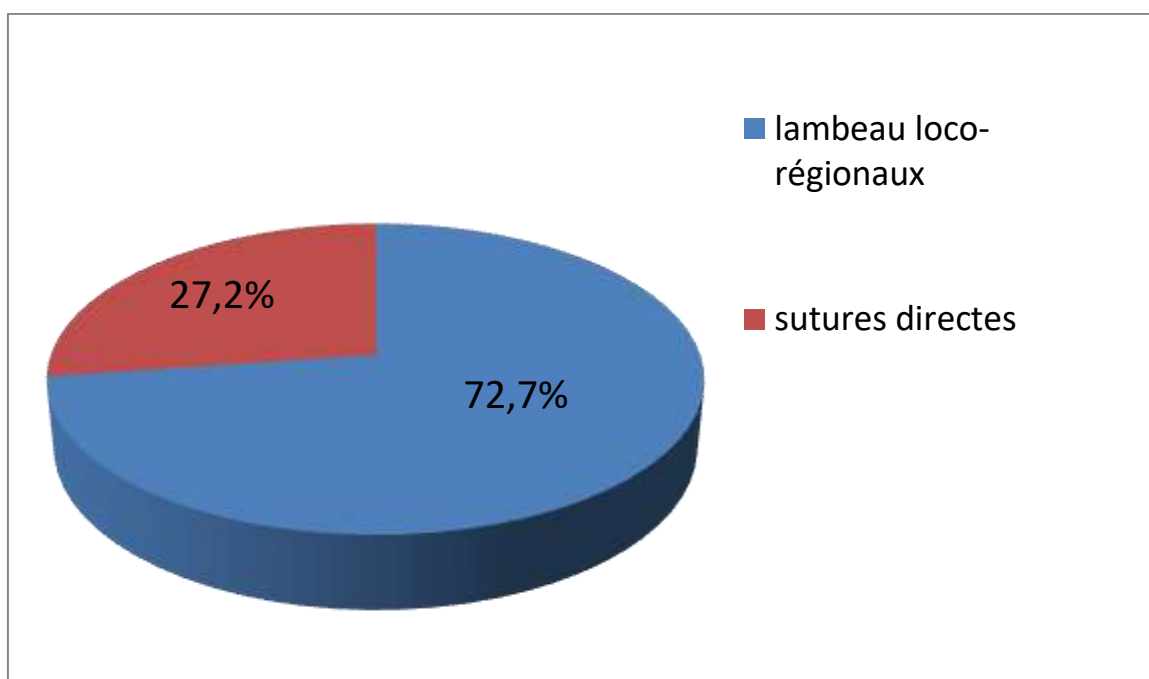


Figure 10 : Techniques de reconstruction

VIII. Evolution et complication :

A. Evolution à court terme :

1. Durée d'hospitalisation : (Figure 11)

La durée moyenne d'hospitalisation était de 7 jours avec des extrêmes allant de 3 jours à 20 jours. Dans la majorité des cas les malades ont été hospitalisés pendant moins de 7 jours soit 72% des cas (8 cas).

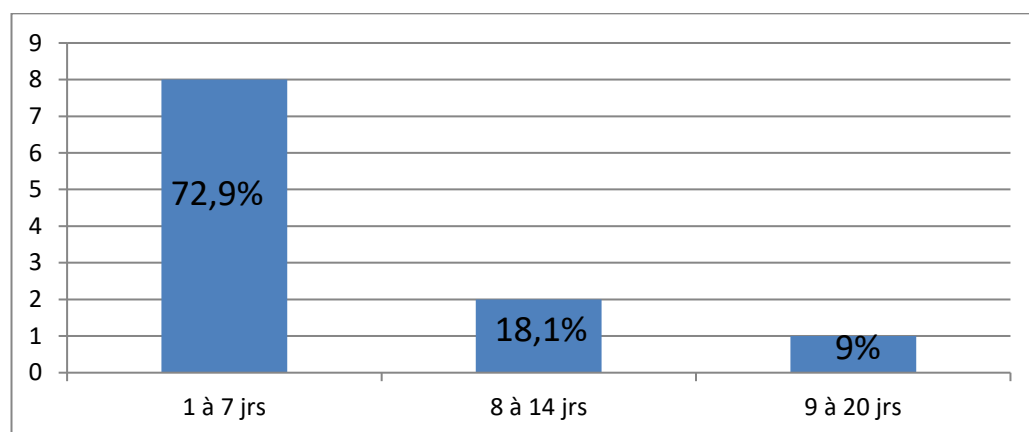


Figure 11: le pourcentage des patients selon la durée d'hospitalisation.

2. Suites opératoires :

Après le geste chirurgical, une sonde naso-gastrique a été placée afin de permettre l'alimentation et une antibiothérapie associée à des soins locaux ont été instaurés pour prévenir l'infection, l'atmosphère de la cavité buccale étant septique.

Les suites opératoires étaient simples pour tous les patients.

B. Evolution à moyen terme :

La surveillance post-opératoire à moyen et long terme a été faite avec un rythme d'une consultation par mois pendant le premier semestre, tous les trois mois pendant le deuxième semestre, tous les six mois pendant deux ans et puis une fois par an.

1. Cicatrisation :

Le processus de la cicatrisation était normal chez tous les malades. Aucun cas de cicatrisation pathologique (hypertrophique, chéloïde ...) n'a été observé.

2. Elocution :

Après le traitement, tous les malades ont gardé une bonne élocution.

3. Alimentation :

Chez tous les malades opérés il n'y avait pas de fausse route ni de dysphagie.

4. Douleur :

La majorité des malades ont gardé un fond de douleur après traitement, avec une nette amélioration selon l'échelle visuelle analogique de la douleur.

C. Evolution à long terme :

Sur les 11 malades opérés, Il a été difficile d'apprécier les résultats à long terme, du fait que les patients n'étaient pas revenus régulièrement aux consultations de surveillance.

Sur les 2 patients irradiés, aucun patient n'a eu des complications dues à ce traitement

D. Récidive et survie :

Les résultats carcinologiques sont basés essentiellement sur le taux de récidives, l'apparition de nouvelles lésions et l'existence de métastases.

Aucune récidive locale n'a été notée chez nos patients après 1 an et 2 ans de suivi.

Le suivi moyen de nos patients est de 2 ans, au terme duquel 7 patients (63%) sont toujours vivants, 2 patients ont été perdus de vue après 6 à 9 mois de suivi, et on déplore le décès de 2 patients.

IX. Iconographie :

Cas 1 : Carcinome épidermoïde de la lèvre inférieure



Carcinome épidermoïde de la lèvre inférieure (service de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie de l'hôpital militaire Moulay Ismail Meknes)



Dessin de l'exérèse tumorale et tracé du lambeau (service de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie de l'hôpital militaire Moulay Ismail Meknes).



Exérèse de la tumeur sous anesthésie générale avec une marge de sécurité de 1 cm. (service de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie de l'hôpital militaire Moulay Ismail Meknes).



Dissection du lambeau en marche d'escalier de Johnson (service de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie de l'hôpital militaire Moulay Ismail Meknes).



Résultat en fin d'intervention (service de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie de l'hôpital militaire Moulay Ismail Meknes).



Résultat après 3 mois : suite post opératoire était simple avec une cicatrice discrète, légère micro-stomie qui n'a pas nécessité une commissuroplastie secondaire (service de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie de l'hôpital militaire Moulay Ismail Meknes).



Résultat après 6 mois (service de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie de l'hôpital militaire Moulay Ismail Meknes).

Cas 2 : Carcinome épidermoïde de la lèvre inférieure



Carcinome épidermoïde de la lèvre inférieure (service de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie de l'hôpital militaire Moulay Ismail Meknes).



Aspect pré opératoire (service de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie de l'hôpital militaire Moulay Ismail Meknes).



Résultat per opératoire après l'exérèse (service de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie de l'hôpital militaire Moulay Ismail Meknes)



Reconstruction immédiate par un lambeau en marche d'escalier de Johnson (service de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie de l'hôpital militaire Moulay Ismail Meknes).



Résultat à la fin d'intervention (service de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie de l'hôpital militaire Moulay Ismail Meknes).

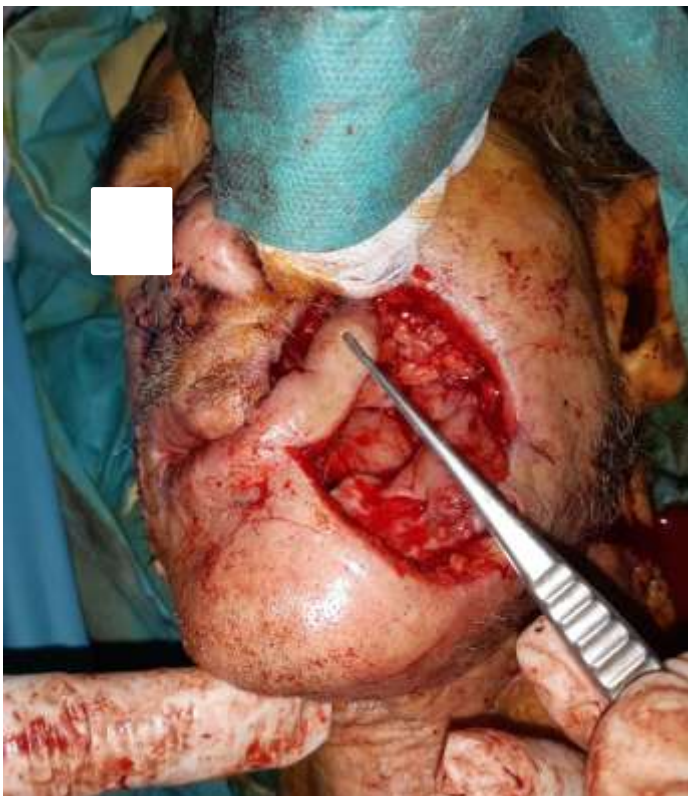


Résultat après un mois (service de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie de l'hopital militaire Moulay Ismail Meknes).



Résultat après un 6mois (service de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie de l'hopital militaire Moulay Ismail Meknes)

Cas 3 : Carcinome baso-cellulaire de la lèvre supérieure étendu à la commissure, à la joue et au Maxillaire homolatéral.



Reconstruction de la lèvre supérieure par un lambeau d'Estlander et la perte de substance jugale par un lambeau d'avancement jugal. (service de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie de l'hôpital militaire Moulay Ismail Meknes).



Résultat post opératoire (service de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie de l'hopital militaire Moulay Ismail Meknes).

DISCUSSION

Rappel :

I. Anatomie :

La région labiale comprend toutes les parties molles qui constituent les lèvres.

Elle est située à la partie médiane de l'étage inférieur de la face et forme la paroi antérieure de l'orifice buccale.

La région labiale est limitée :

- En haut par le nez,
- En bas par le sillon labio-mentonnier,
- Et latéralement par les sillons labio-géniens et une ligne verticale passant à un cm en dehors des commissures labiales.

A. Morphologie labiale :

1. Morphologie externe : (Figure 1)

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

Les lèvres sont obliques en avant.

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

Les lèvres supérieure et inférieure sont réunies à leur extrémité pour former les commissures labiales.

Chaque lèvre comprend une portion cutanée dite lèvre blanche et une portion muqueuse dite lèvre rouge ou vermillon.

a. Lèvre blanche :

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

➤ La lèvre blanche supérieure :

Elle présente une dépression médiane : le philtrum, bordé latéralement par les crêtes philtrales. Chez l'homme, elle présente de nombreux éléments pileux.

➤ La lèvre blanche inférieure :

Elle présente une dépression médiane plus ou moins marquée.

b. Lèvre rouge :

Sa limite postérieure est définie par le point de contact entre les deux lèvres quand la bouche est fermée.

Au niveau de la lèvre supérieure, il existe un petit tubercule médian qui répond à une légère dépression de la lèvre inférieure.

On lui distingue deux portions :

- Une portion interne muqueuse appelée lèvre humide. Elle est en continuité avec la muqueuse buccale.
- Une portion externe semi muqueuse appelée lèvre sèche ou vermillon et qui correspond au bord libre de la lèvre.

Le vermillon est pigmenté et très développé sur les deux lèvres chez l'africain.

c. Ligne de jonction cutané-muqueuse :

Elle sépare la lèvre blanche de la lèvre rouge. Elle est saillante et nette.

Cette ligne est incurvée à la partie médiane de la lèvre supérieure selon l'arc de cupidon qui répond au philtrum et sous lequel siège le tubercule médian quand il existe. A cet arc correspond une légère incurvation inverse à la lèvre inférieure.

La continuité de la jonction cutané-muqueuse est un élément esthétique fondamental qu'il faut restaurer lors des sutures, sans tolérer aucun décalage.

d. Commissures labiales :

C'est la zone d'union des deux lèvres. Elles se réunissent en s'amincissant et se projettent sur un axe vertical passant par les pupilles (ligne médio pupillaire).

Chaque commissure est bordée par une petite éminence cutanée sur laquelle se termine le sillon naso-génien.

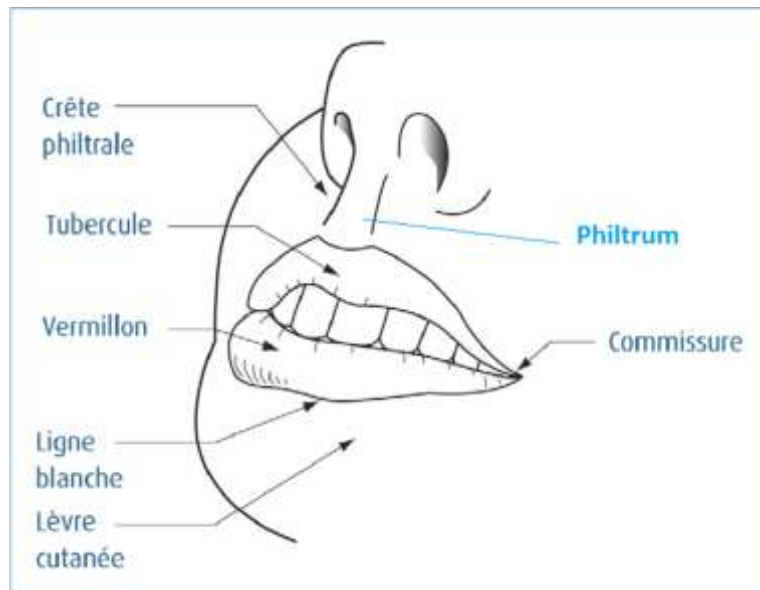


Figure 1: Morphologie labiale externe [1]

2. Morphologie interne : (Figure 2)

Appliquée contre la denture, elle est muqueuse et constitue la paroi antéro-externe du vestibule buccal antérieur. A la partie médiane de chaque lèvre, il existe un repli ou frein surtout marqué en haut.

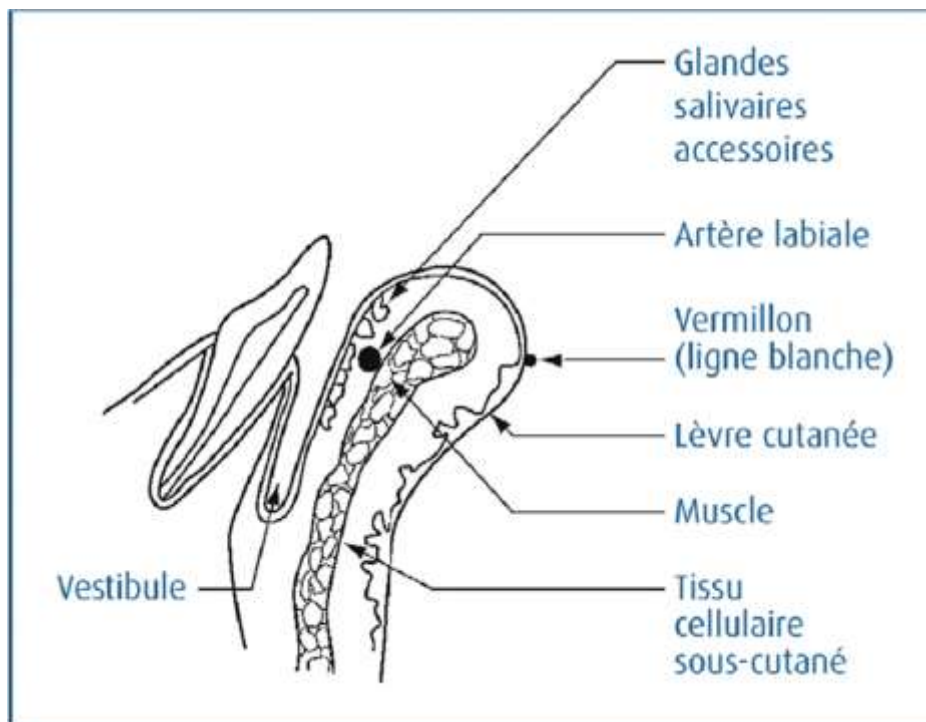


Figure 2 : Coupe sagittale de la lèvre inférieure [1]

3. Sous unités esthétiques : (Figure 3)

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

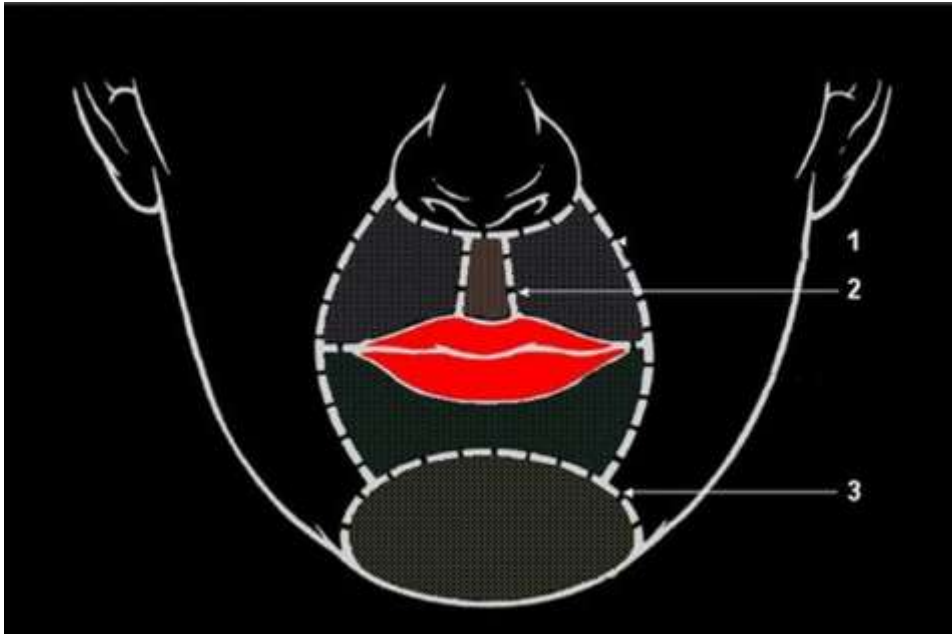


Figure 3 : Les sous unités esthétiques des lèvres [3].

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

B. Constitution anatomique :

Les lèvres comprennent quatre plans qui sont de l'extérieur vers l'intérieur:

- la peau
- la couche musculaire
- la couche sous muqueuse (glandulaire)
- la muqueuse

1. La peau :

Etant épaisse et adhérente aux faisceaux musculaires sous-jacents, elle est particulièrement résistante. Elle renferme des follicules pileux, des glandes sébacées et sudoripares.

2. Le plan musculaire : (Figure 4)

L'architecture musculaire des lèvres s'organise autour de l'orbiculaire et du modiolus.

a. L'orbiculaire des lèvres :

Il est disposé concentriquement autour de l'orifice buccal. On lui distingue deux parties :

- Externe, périphérique où s'insèrent les muscles extrinsèques,
- Interne, centrale ou marginale, intrinsèque, rétractile.

Chaque orbiculaire est formé de deux parties : droite et gauche comme le confirment les atteintes des hémis lèvres latérales en cas de paralysie faciale.

Selon Poirier [2], l'orbiculaire marginal central est annulaire avec des fibres circulaires constrictives : il s'agit d'un véritable sphincter.

Les fibres sont concentriques et représentent un tiers de la hauteur globale de la lèvre.

L'orbiculaire périphérique externe représente les deux tiers de la hauteur de la lèvre. Il est en rapport avec les muscles extrinsèques. Il forme une boutonnière elliptique à deux faisceaux indépendants.

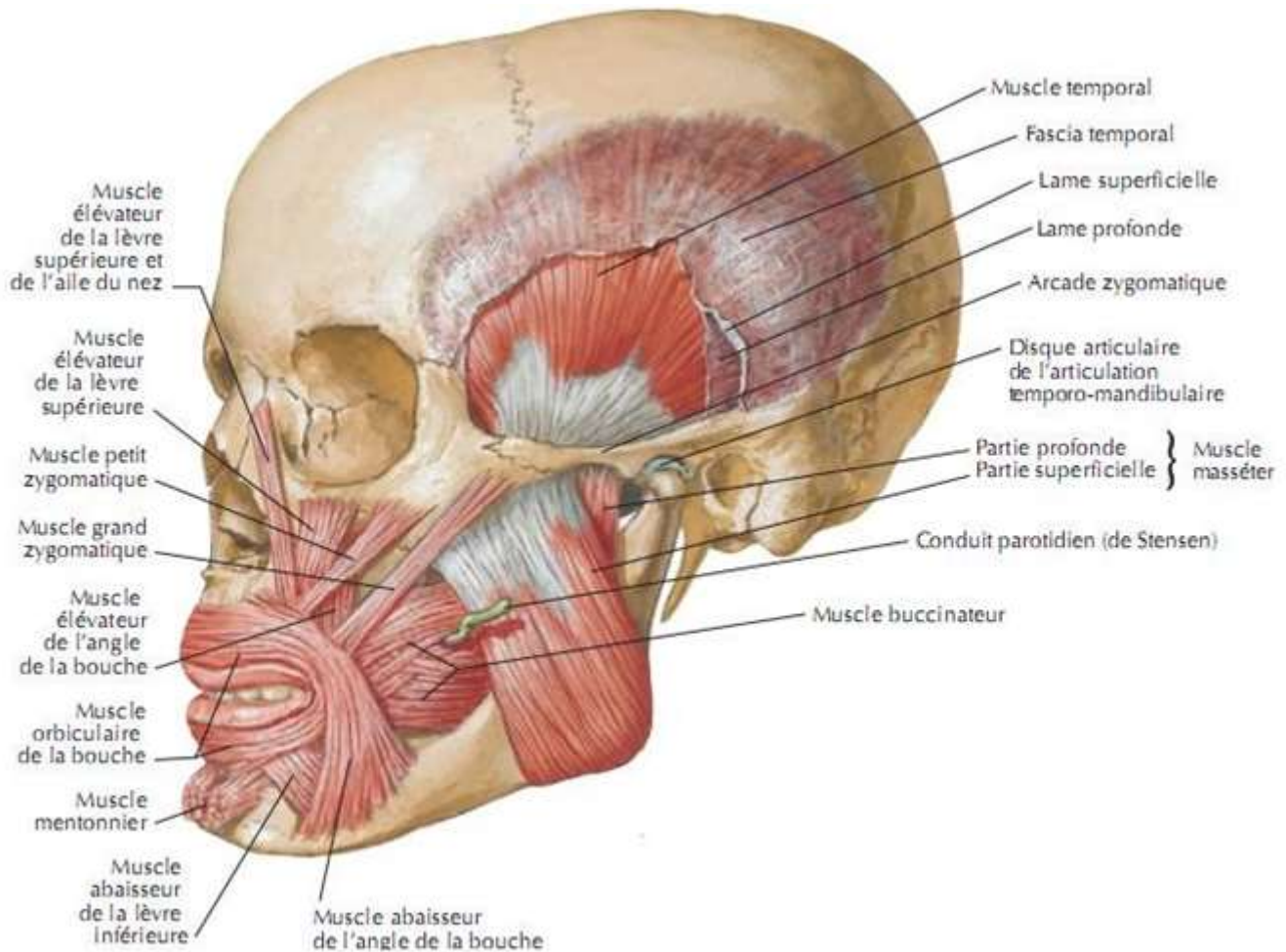


Figure 4. Muscles des lèvres [3].

b. Le modiolus : (Figure 5)

Il est formé par la réunion des muscles petit et grand zygomaticue, canin, risorius et orbiculaire vers le derme de la commissure labiale. Il a la forme d'un cône aplati d'environ 1 cm d'épaisseur dont la base repose sur la muqueuse et le sommet arrondi se trouve sous le pannicule adipeux. C'est un point d'amarrage qui permet la mise en tension des lèvres et qu'il faut tenter de reconstruire [5].

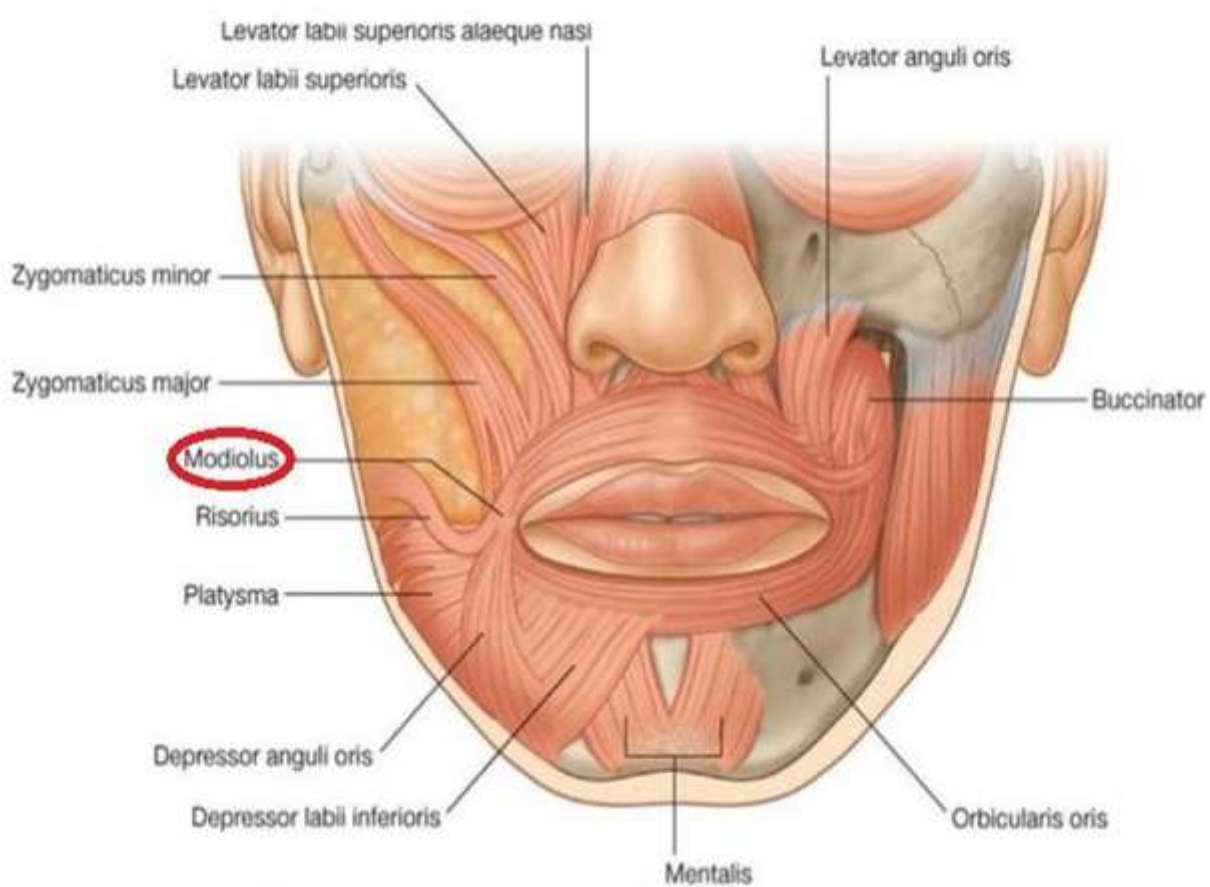


Figure 5. Modiolus [3]

3. Muqueuse labiale :

Elle tapisse l'orbiculaire et se réfléchit au niveau des sulcus pour se continuer avec la gencive.

Latéralement elle se continue avec la muqueuse buccale.

Cette muqueuse est souple, élastique, facile à individualiser ce qui permet de la mobiliser pour reconstruire les pertes de substances superficielles.

C. Vascularisation :

1. Vascularisation artérielle : (Figure 6)

Elle est assurée principalement par les artères coronaires supérieure et inférieure qui sont des branches de l'artère faciale, elle-même branche de l'artère carotide externe.

Le plus souvent ces artères coronaires naissent à 1 ou 2 cm des commissures et cheminent dans le plan musculaire par sa face profonde pour s'anastomoser sur la ligne médiane avec les artères homologues controlatérales.

Les artères coronaires supérieures représentent un élément horizontal flexueux sur lequel sont branchées des artères labiales verticales. Cette disposition est particulièrement favorable pour la réalisation des lambeaux hétéro-labiaux de type d'Abbé Estlander [19]. Leur terminaison se situe à environ 10 mm du bord libre de la lèvre supérieure.

L'artère de la sous cloison, branche de l'artère sphéno-palatine, vascularise dans 10 à 20% des cas la lèvre supérieure.

Les artères coronaires inférieures ont un trajet variable et se terminent comme les artères coronaires supérieures près de la jonction entre la lèvre humide et la lèvre sèche, à 5 ou 10 mm du bord libre de la lèvre inférieure.

Quelques variantes peuvent être observées, ainsi selon Ricbourg B [99] :

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

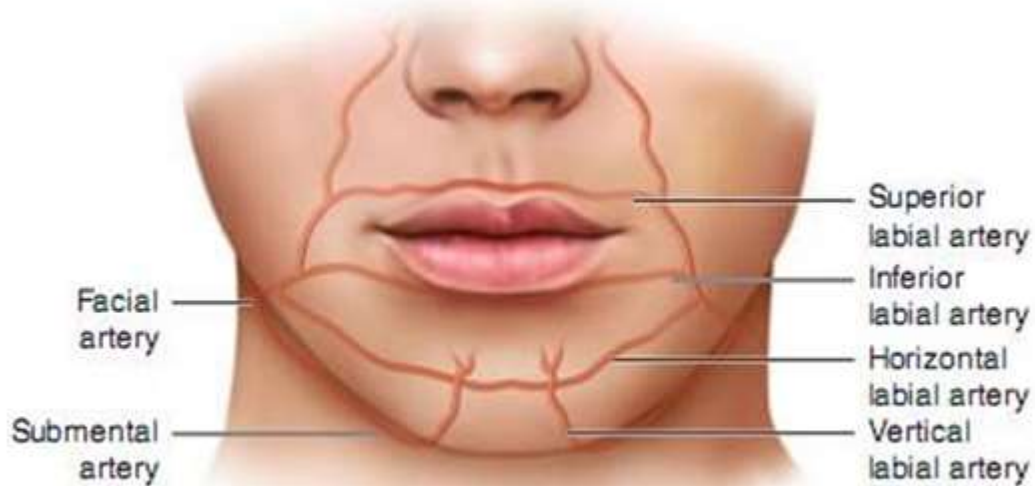


Figure 6. Vascularisation artérielle [18]

2. Vascularisation veineuse : (Figure 7)

Il n'existe pas de veine coronaire anatomique. Le drainage veineux de chaque lèvre est indépendant.

La lèvre supérieure se draine de façon ascendante par le tronc labio-septo-columellaire qui rejoint la veine faciale correspondante. Ce système de drainage veineux ascendant est assuré par le mouvement permanent des lèvres.

La lèvre inférieure se draine de manière descendante vers la veine jugulaire antérieure.

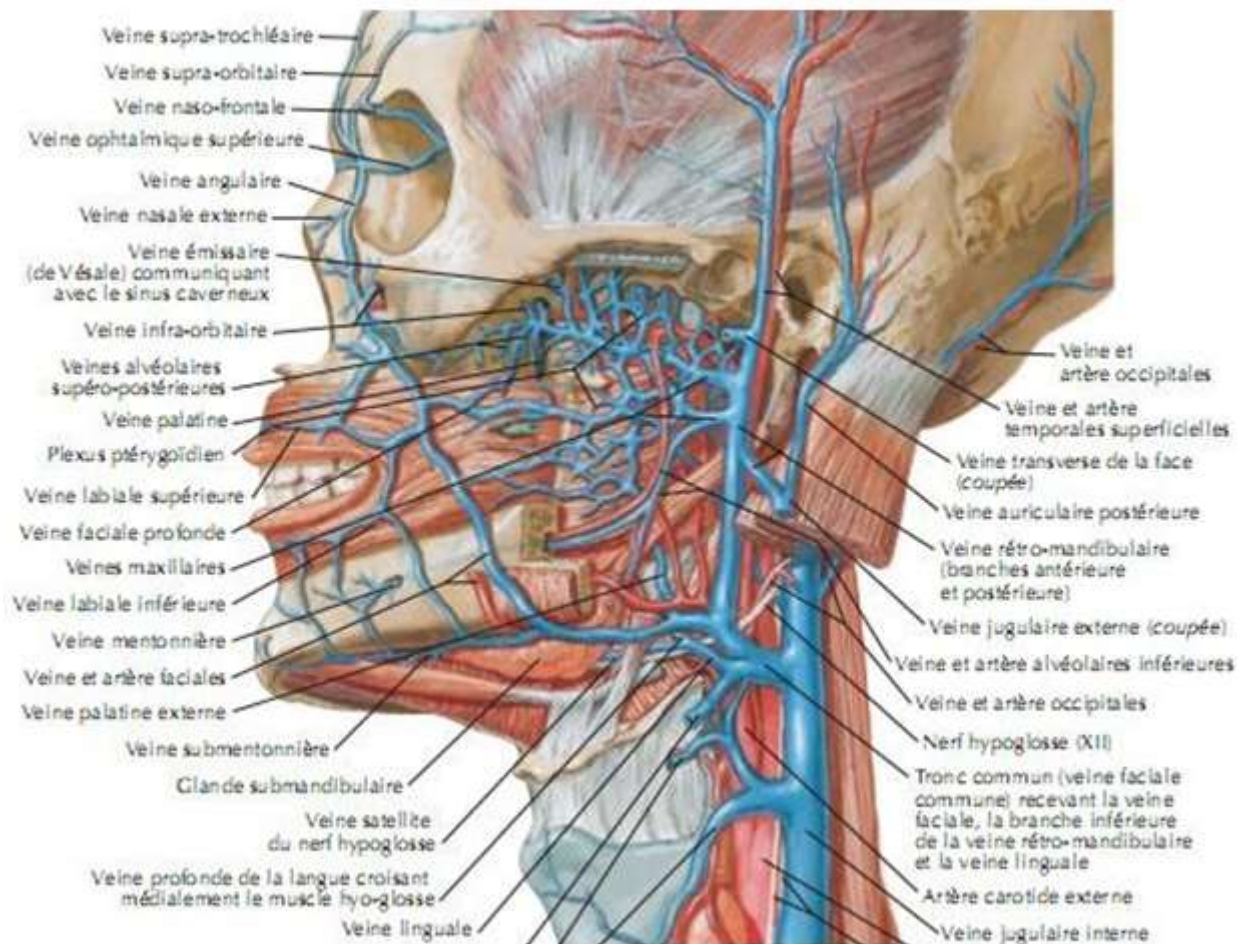


Figure 7. Vascularisation veineuse [3]

3. Drainage lymphatique : (Figure 8)

Il provient de deux réseaux, le réseau cutané et le réseau muqueux, qui s'anastomosent sur le bord libre des lèvres.

➤ Les lymphatiques de la lèvre supérieure :

Le drainage lymphatique de la partie latérale de la lèvre supérieure et de la commissure labiale s'effectue de façon homolatérale vers les ganglions pré-auriculaires, sous digastriques, sous mentaux et sous maxillaires. Le drainage lymphatique controlatéral n'existe pas puisque au cours de l'embryogénèse, la fusion entre le bourgeon naso-frontal médian et les deux bourgeons maxillaires latéraux entraîne la séparation de ces deux derniers avec les lymphatiques correspondants.

➤ Les lymphatiques de la lèvre inférieure :

Le drainage est bilatéral et s'effectue différemment selon les parties : les trois cinquième médians se drainent vers les ganglions sous mentaux et les deux cinquième externes vers les ganglions sous maxillaires. Le drainage s'effectue ensuite vers les ganglions sous digastrique et sus omo-hyoidien.

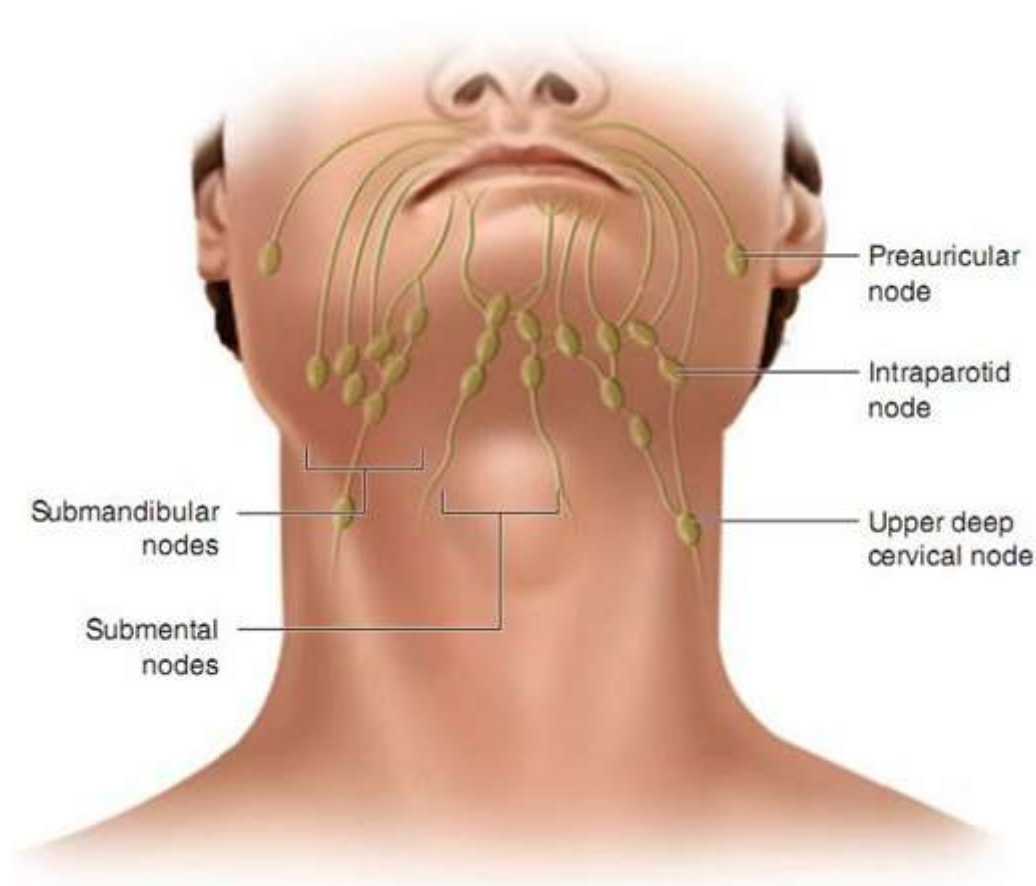


Figure 8. Drainage lymphatique des lèvres [18]

Une systématisation des groupes ganglionnaires cervicaux (Figure 9) a été proposée par l'équipe du service de chirurgie cervicofaciale du Memorial Sloan Kettering Cancer Center de New York afin de faciliter les discussions entre chirurgiens et anatomopathologistes.

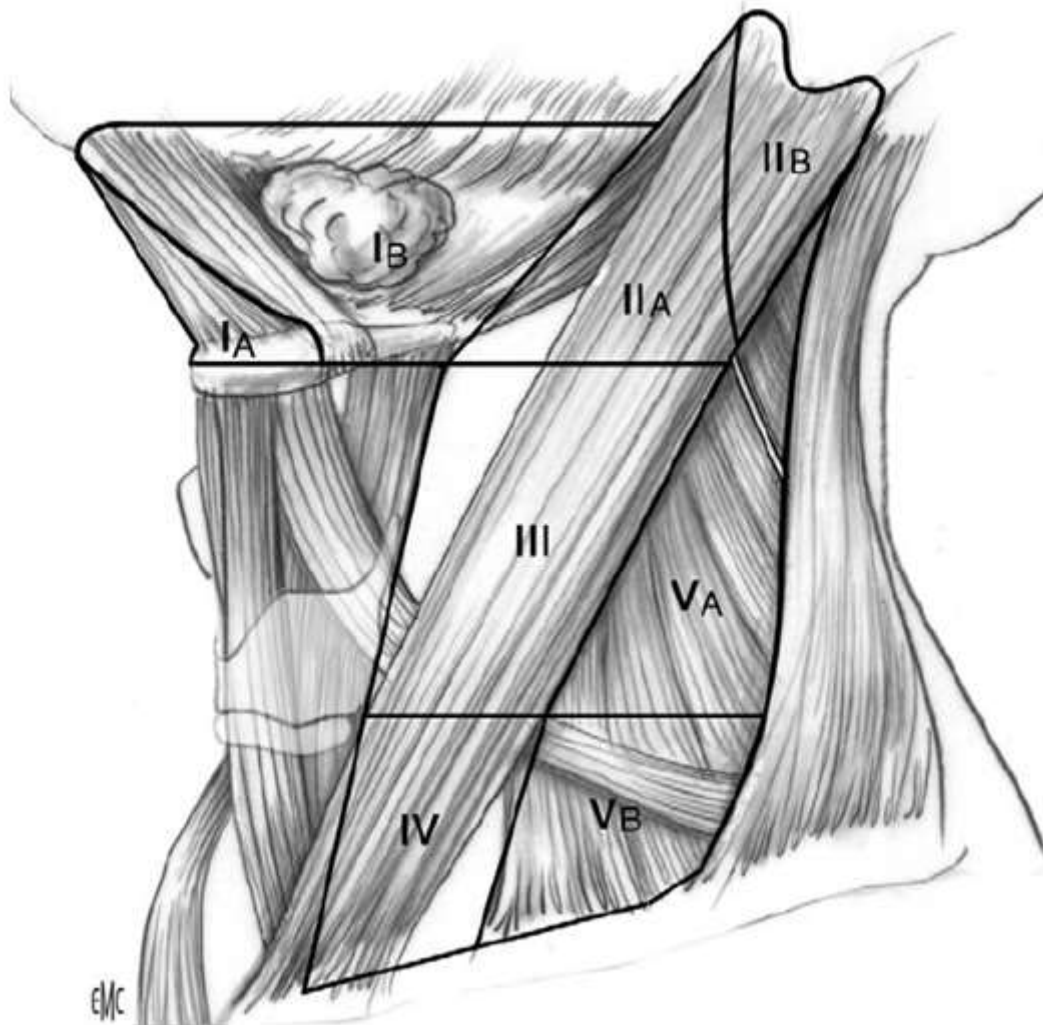


Figure 9. Systématisation des ganglions du cou [100]

4. Innervation :**a. Innervation motrice :**

Les muscles des lèvres sont tous des muscles peauciers dont l'innervation motrice est assurée par les rameaux du nerf facial.

La lèvre supérieure est innervée par le rameau buccal supérieur et par le rameau sous orbitaire, destinés aux muscles releveurs de la lèvre supérieure, aux zygomatiques et au muscle canin.

La lèvre inférieure est innervée par le rameau buccal inférieur et par le nerf mentonnier.

b. Innervation sensitive :

Elle est sous la dépendance du nerf trijumeau « V » par ses deux branches maxillaires supérieure et inférieure.

La lèvre supérieure est innervée par le nerf sous orbitaire, branche du V2. La lèvre inférieure est innervée par le nerf mentonnier, branche du V3.

II. Histologie : (Figure 10)

Deux versants externe et interne séparés par le vermillon :

1. Le versant externe :

Revêtement du type cutané avec ses annexes :

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

2. Le vermillon :

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

3. Le versant interne :

Muqueuse buccale:

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

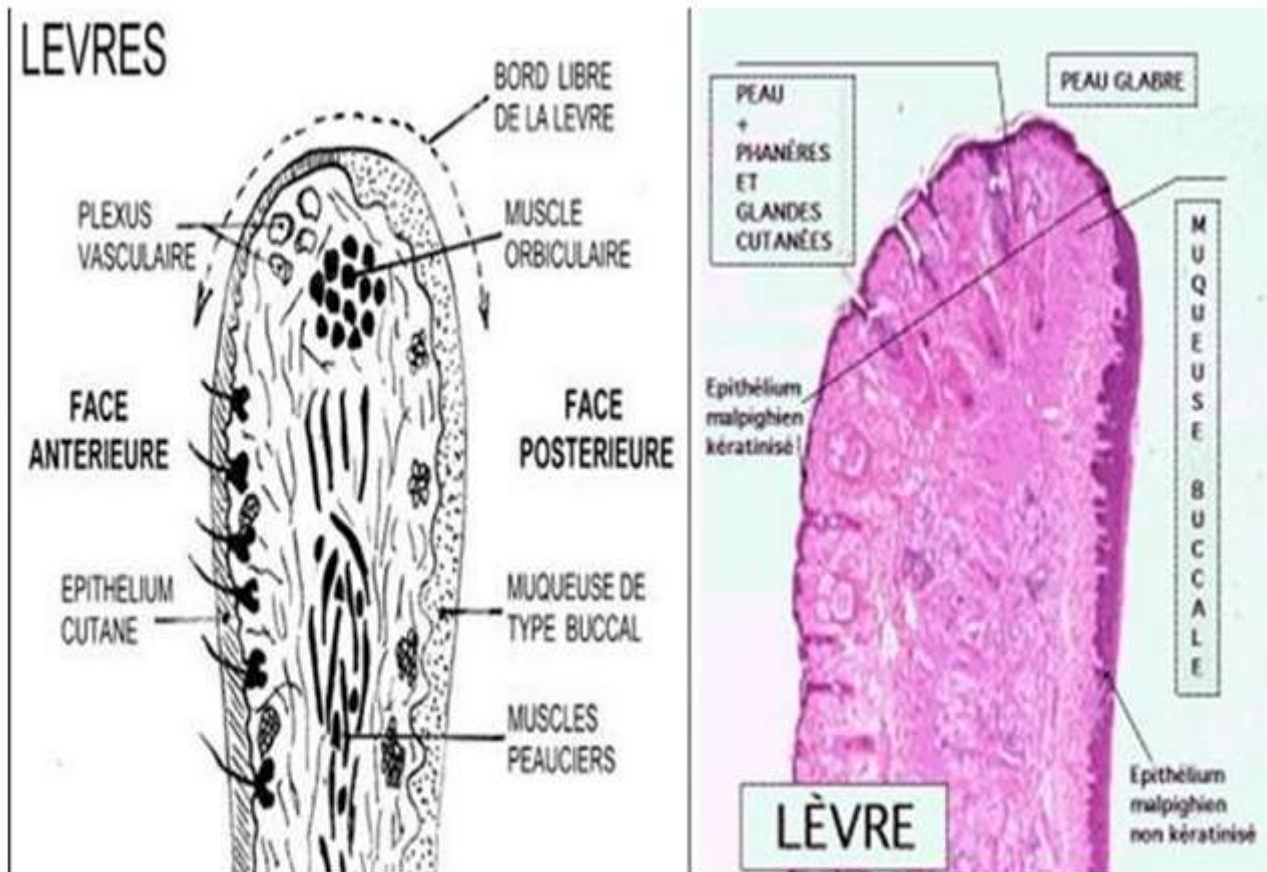


Figure 10. Histologie du tissu labial [101]

III. Physiologie :

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

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

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

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

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

Analyse des données :

I. Epidémiologie :

A. Fréquence :

Les lèvres sont occasionnellement le siège de nombreuses tumeurs malignes [1].

L'incidence exacte des carcinomes de la lèvre est difficile à évaluer car ils font l'objet d'une approche épidémiologique globale avec les cancers de la cavité buccale, du pharynx et du larynx (voies aérodigestives supérieures [VADS]) et les cancers de l'œsophage [1]. Certaines caractéristiques sont en effet communes, parmi lesquelles le fait qu'ils soient souvent liés au tabagisme et à la consommation excessive d'alcool.

En France 1995, sur une période de 20 ans et un total de 21597 cancers des VADS (14926 chez l'homme et 6671 chez la femme), 410 localisations labiales ont été enregistrées (375 hommes et 35 femmes) ayant entraîné 104 décès (92 hommes et 12 femmes) [36].

Dans les localisations VADS, le cancer des lèvres est en 7^e position chez l'homme et en 9^e position chez la femme par ordre de fréquence. Il représente 6,6 % des cancers buccaux en France (2 % seulement dans la série de Lotfi Ben Slama à l'hôpital de la Salpêtrière entre 1983- 1992) [37].

Le carcinome épidermoïde labial est un cancer de l'homme d'âge mûr. La femme est affectée dans 2% à 2,8% des cas ; 90% des patients ont plus de 45 ans et 50 % ont 65 ans et plus [38].

La fréquence des cancers des lèvres par rapport aux cancers de la bouche est de 1,7% pour BEAUVILLAIAN [25]. Pour PERRINAUD [95], la fréquence est de 12% par rapport aux tumeurs de la tête et cou.

Au Maroc l'étude d'AMAZZAL N [4] rapporte une incidence de cancers des lèvres de 6,5% par rapport aux autres cancers de la sphère ORL.

B. Age :

Selon I. Barthélémy [6] L'âge moyen des patients atteint de cancer des lèvres est d'environ 60 ans.

Dans notre série, nous avons observé un pic entre 71 ans et 80.

L'âge moyen était de 63 ans dans la série de Zaraa I [7], 65 ans dans la série de Tazi N [8], 75 ans dans la série de Salgarelli AC [9], 67 ans dans la série Casal D [10], 59 ans dans la série de d'Ezzoubi M [11], 66 ans dans la série de Sbai M [12] et 64 ans dans notre série. Notre résultat concorde avec les données de la littérature.

Tableau 1: la moyenne d'âge selon les séries

Série	Moyenne d'âge (ans)
Barthélémy [6]	60
Zaraa I [7]	63
Tazi N [8]	65
Casal D [10]	67
Salgarelli AC [9]	75
Ezzoubi M [11]	59
Sbai M [12]	66
Notre série	64

C. Sexe :

Les tumeurs malignes des lèvres prédominent chez les hommes [1].

Vukadinovic M [13] a rapporté un sex- ratio de 5 dans une série de 233 patients et Casal D [10] a rapporté un sex- ratio de 4 dans une série de 228 patients.

Salgarelli AC [9] a rapporté un sex- ratio de 5,3 dans une série de 158 patients, Ezzoubi M [11] a rapporté un sex- ratio de 7,3 dans une série de 100 patients, SBAI M[12] a rapporté un sex- ratio de 2,6 dans une série de 40 patients

Notre série diffère de toutes ces séries avec un sex- ratio de 10.

Cependant, d'après Ligier K [14], l'incidence des cancers des lèvres est en augmentation chez les femmes en France, ceci serait expliqué par l'augmentation de leur consommation de tabac et d'alcool.

Tableau 2: Le sex-ratio selon les séries

Série	Sexe ratio
Vukadinovic M [13]	5
Casal D [10]	4
Salgarelli AC [9]	5,3
Ezzoubi M [11]	7,3
SBAI M[12]	2,6
Notre série	10

II. Facteurs de risque :

Les principaux facteurs de risque des cancers des lèvres sont essentiellement liés à deux facteurs : à savoir la consommation de tabac et l'exposition solaire prolongée.

A. Tabac :

Consommé de diverses manières (cigarette, pipe, chique etc...), il peut induire des kératoses ou des leucoplasies sur lesquelles se greffent des dysplasies épithéliales, favorisant l'apparition du carcinome épidermoïde labial [1,15].

L'intoxication tabagique a été retrouvée chez 17 patients, dans l'étude d'Amazzal [4], soit 77,3% de l'ensemble des malades, 18 patients dans l'étude de Sbai M [12] soit 45% de l'ensemble des malades, 6 patients dans l'étude de Lakhmiri [22] soit 60% des patients,

En France, c'est en 1954 qu'une première étude rétrospective (patients atteints d'un cancer des VADS-témoins (non-fumeurs)) avec 4000 sujets dans chaque groupe a permis d'établir une différence significative entre les deux groupes, et donc d'imputer le tabac comme facteur de risque [6].

Dans notre étude l'intoxication tabagique a été retrouvée chez 7 patients (63%), tous de sexe Masculin. La consommation a concerné les cigarettes, et elle variait entre 20 et 40 paquets/ année.

Tableau 3: pourcentage des fumeurs selon les séries

Série	Pourcentage
Amazzal [4]	77,3%
Lakhmiri [22]	60%
Sbai M [12]	45%
Notre étude	63%

B. Alcool :

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

Une liaison alcool-tabac avec les cancers de la cavité buccale est établie, la potentialisation des risques par adjonction de ces deux facteurs est un fait, les deux facteurs n'ajoutent pas seulement leurs effets mais agissent en synergie comme l'ont montré les travaux de ROTHMAN et KELLER [39], aux USA partant de 1000 cas, ces auteurs ont montré que pour un risque de 1 chez le sujet qui ne fume pas et ne boit pas, le risque de cancer de la cavité buccale était de 1,23 chez l'éthylique non-fumeur, de 1,53 chez le fumeur non éthylique et de 5,71 chez le fumeur éthylique.

L'alcoolisme a été retrouvée chez 5 patients, dans l'étude d'Amazzal [4], soit 22,8% de l'ensemble des malades, 3 patients dans l'étude de Sbai M [12] soit 7,5% de l'ensemble des malades, 1 patients dans l'étude de Lakhmiri [22] soit 10% des patients,

Dans notre étude l'alcoolisme a été retrouvée chez 3 patients (27%), tous de sexe Masculin et tous fumeurs.

C. L'exposition solaire prolongée :

L'exposition chronique au rayons ultraviolets dans la lumière du soleil, en particulier l'ultraviolet B (UVB) longueur d'onde de 290– 320 nm, est considéré le plus responsable de chéilite actinique (lésion sur laquelle le carcinome épidermoïde peut se développer). Le rôle carcinogène des UVB est démontré et apparaît prépondérant devant les UVA et C. Le risque augmente avec la durée de l'exposition et l'âge, avec un effet seuil. 70 % des rayons UV sont absorbés, et la peau plus épaisse, plus sombre peut absorber ces rayons avec un minimum de dégâts épithéliaux. L'épithélium mince du vermillon labial rend ce site particulièrement sensible aux dommages causés par l'exposition aux UV [1].

Dans une étude rétrospective, monocentrique, portant sur les cas de CE des lèvres, colligés au service de Dermatologie de l'hôpital de Rabat sur une période de 11 ans,

Avec une série de 30 cas, ils ont montré que l'exposition chronique au soleil était présente chez 50% des patients [40].

Dans notre série 9 patients (81%), avait une notion d'exposition solaire prolongée.

D. Mauvaise hygiène bucco-dentaire :

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

La mauvaise hygiène bucco-dentaire a été retrouvée chez 68% des patients sous forme de caries dentaires et de parodontopathies dans l'étude d'Amazzal [4], 27.5% des patients dans l'étude de Sbai M [12], 30% des patients dans l'étude de Lakhmiri [22].

Dans notre étude, elle a été retrouvée chez 63% des patients.

Tableau 4: pourcentage de mauvaise hygiène bucco-dentaire selon les séries

Série	Pourcentage
Amazzal [4]	68%
Lakhmiri [22]	30%
Sbai M [12]	27,5%
Notre étude	63%

E. Facteurs viraux :

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

Dans notre série, ce facteur de risque n'a pas été recherché.

F. Autres :

Des carcinomes labiaux ont par ailleurs été observés chez les greffés d'organes (reins, cœur, foie) sous traitement immunosuppresseur dans des délais variant de 2 à 4 ans. Chez les transplantés rénaux par exemple, il est prouvé que le risque est majoré en fonction du phototype (clair), d'une exposition solaire élevée et de la durée de l'immunosuppression induite [1].

Les carences vitaminiques, les irritations chroniques secondaires aux séances de radiothérapie et aux brûlures, les traumatismes locaux causés par la chéilophagie et l'empreinte dentaire et la prédisposition génétique sont aussi considérés comme facteurs étiologiques, bien que dans la plupart des cas il y ait probablement un effet synergique lié à l'exposition aux UVB.

III. Lésions précancéreuses :

Les lésions précancéreuses sont des lésions chroniques de la muqueuse buccale pouvant être régressives mais nécessitant une surveillance régulière au long cours. Une biopsie initiale est recommandée pour confirmer le diagnostic. Ce geste doit être refait en cas de modification récente ou au moindre doute de dégénérescence maligne.

L'OMS a défini les lésions précancéreuses par un « tissu morphologiquement altéré au sein duquel un cancer apparaît plus souvent que dans le tissu normal autologue ».

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

Les lésions entrant dans la classification des lésions précancéreuses sont les suivantes [1].

A. La leucoplasie :

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

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

L'intoxication tabagique en est la principale cause et son arrêt peut permettre une régression complète des lésions. Le traitement repose sur une surveillance

annuelle ou l'exérèse en cas de modification récente ou d'aspect suspect. Le risque de dégénérescence maligne en carcinome épidermoïde est évalué entre 5 à 20% des cas et se produit après une évolution sur plusieurs années.

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

Ces leucoplasies sont regroupées sous le nom de chéilites.

1. Chéilite Tabagique : (Figure 1)

Elle prend une forme particulière en pastille, latérale et en miroir. Elle se manifeste par des squames sèches, adhérentes, à bords décollés et noirâtres sur le versant externe de la lèvre et par des lésions blanchâtres sur le versant interne de la lèvre. La kératose est due au contact régulier de la cigarette avec les lèvres [25].

Selon Barrelier, la chéilite tabagique est retrouvée dans 66 % des cancers labiaux [23].

Chéilite tabagique et chéilite actinique peuvent s'associer et majorer le risque de carcinome.



Figure 1: Chéilite tabagique [25]

2. Chéilite actinique : (Figure 2)

Elle survient après une exposition prolongée au soleil et aux intempéries. Elle a une forte prédominance masculine avec un âge moyen de 50 ans [41,42].

Les deux lèvres peuvent être touchées cependant l'atteinte de la lèvre inférieure dans la région du vermillon est plus fréquente.[43,44,45]

Les patients rapportent la sensation de sécheresse labiale et de brûlures, sans retentissement fonctionnel.

L'aspect de la semi muqueuse recouverte de squames jaunâtres est très évocateur. Des lésions kératosiques érythémateuses, atrophiques ou érosives ainsi que des fissures chroniques peuvent y siéger.



Figure 2:

A : Chéilite actinique de la lèvre inférieure [1]

B : Carcinome épidermoïde labial inférieur [1]

3. Chéilites glandulaires : (Figure 3)

Elles sont très rares, et regroupent trois entités : la chéilite glandulaire simple de Puente, la chéilite suppurée superficielle de Baelz et la chéilite glandulaire profonde ou « apostémateuse » de Volkman.

Elles prédominent chez les noirs et les métisses qui ont une biprotrusion labiale, dans les régions tropicales où la dessiccation et l'air libre altèrent les orifices des canaux excréteurs de la semi-muqueuse et entraînent une métaplasie de la paroi labiale.

Elles sont révélées par la macro chéilite de la lèvre inférieure le plus souvent et la dilatation des orifices des glandes salivaires accessoires entourés d'un halo leucoplasique sur une muqueuse érodée, hémorragique ou croûteuse.

A l'examen, les glandes salivaires accessoires sont indurées et sécrètent un liquide muco-purulent.

Selon certains auteurs, elles présentent un risque de dégénérescence maligne [25,38,47,48].



Figure 3: Chéilite glandulaire [25].

B. Chéilites en rapport avec une dermatose :

1. Lupus érythémateux chronique : (Figure 4)

Les lésions se manifestent dans les formes photosensibles du lupus, essentiellement au niveau de la lèvre inférieure. Elles prennent l'aspect de plaques rouges violacées atrophiées au centre, circonscrites par de petites arborisations blanches, de chéilite kératosique disposée en réseau pouvant évoquer un lichen et de chéilite actinique rouge œdémateuse parfois érosive.

Elles peuvent évoluer vers un carcinome épidermoïde.



Figure 4: Chéilite hyperkératosique chez un patient ayant un lupus érythémateux chronique [25].

2. Lichen plan : (Figure 5 ; 6)

L'aspect le plus fréquent est celui d'une kératose associée à un réseau lichénien blanchâtre qui siège au niveau du vermillon et qui peut s'étendre au versant muqueux de la lèvre. Il peut être retrouvé dans d'autres localisations, notamment au niveau de la face interne des joues ou de la langue.

Son évolution est chronique. L'apparition d'ulcérations doit faire craindre la dégénérescence en carcinome épidermoïde [17].



Figure 5: Lichen réticulé de la commissure labiale droite [49].



Figure 6: Lichen plan de la lèvre supérieure au stade érosif [49].

C. Candidoses chroniques : (Figure 7)

Elles sont représentées par les candidoses hyperkératosiques, appelées également granulomes monoliasiques.

Elles sont bourgeonnantes et indurées sur un fond érythémateux, de siège rétro-commissurale pouvant s'étendre sur la face interne des joues.

La dégénérescence et l'association au carcinome verruqueux est assez fréquente justifiant des contrôles histologiques répétés.



Figure 7: Candidose chronique rétro-commissurale se prolongeant vers la face interne de la joue chez un patient immunodéprimé [25].

D. Erythroplasie de Queyrat [1] :

Par analogie aux leucoplasies, l'érythroplasie est définie comme « une tache rouge inflammatoire ne pouvant être caractérisée cliniquement ou histologiquement par une autre lésion définissable ».

Les érythroplasies touchent préférentiellement les hommes et apparaissent dans la cinquième ou la sixième décennie.

Ce sont des états précancéreux dont l'évolution se fait vers l'extension en surface et l'infiltration du vermillon et du versant cutané des lèvres. Elles sont molles et deviennent indurées lorsqu'il s'y développe un carcinome épidermoïde invasif.

Les érythroplasies peuvent être associées aux leucoplasies, au lichen plan et à la candidose.

E. Maladie de Bowen [1,50]:

La maladie de Bowen est une lésion cancéreuse in situ. Elle se manifeste par une plaque érythémateuse ou rosée, parfois squameuse, bien limitée et persistante. Toute modification de son aspect impose une biopsie avec une étude histologique car elle suggère une transformation en carcinome épidermoïde invasif.

F. Mélanome in situ ou Mélanose de Dubreuilh [25]: (Figure 8)

Il s'agit d'un état précancéreux du mélanome malin. Il survient chez les sujets âgés de plus de 60 ans, le plus souvent de sexe féminin. La lésion se présente comme une tache brune ou noire hétérogène à contours irréguliers, sur le versant cutané de la lèvre supérieure ou inférieure. Elle évolue très lentement pendant 5 à 15 ans. L'apparition d'un nodule noir suggère la transformation en mélanome lentigineux.



Figure 8: Mélanome in situ [25].

Dans la série de LAKHMIRI M [22] 20% des patients avaient une leucoplasie labiale. Dans la série de Zaraa I [7], 26,6% des patients avaient une leucoplasie labiale, 10% des patients avaient une chéilite chronique et 3,3% des patients avaient un lichen érosif. Dans la série de SBAI M [12] 30% des patients avaient une chéilite actinique.

Dans notre série les lésions précancéreuses ont été retrouvées dans 4 cas (36%) : 2 cas de chéilite actinique (18%) et 2 cas de chéilite tabagique (18%).

IV. Diagnostic clinique :

A. Motif de consultation:

Les patients consultent soit pour : [1,7,12,22]

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

Dans notre série, La plupart des patients ont consulté devant l'apparition d'une tuméfaction de la lèvre, rebelle aux traitements médicaux et traditionnels, évoluant vers l'ulcération, causant des douleurs et des saignements ainsi qu'une gêne à l'alimentation.

Une minorité ont accusé une ulcération labiale douloureuse.

B. Délai de consultation :

Nos patients ont consulté en moyenne 7 mois après l'apparition de leur symptomatologie. Dans la série de Zaraa I[7] en 2013, le délai moyen de consultation était de 7, 5 mois et dans la série de SBAI M[12] en 2018, il était de 7 mois.

Les patients semblent donc consulter après plusieurs mois d'évolution, ceci serait dû à : la banalisation de certains symptômes malgré leur persistance, la négligence de certains patients et parfois le recours d'abord à la médecine traditionnelle.

C. Examen physique :

1. Examen local :

Il doit apprécier :

➤ **L'aspect macroscopique** :

Trois aspects macroscopiques peuvent être retrouvés : ulcéré, bourgeonnant et ulcéro-bourgeonnant.

Dans la littérature, l'aspect macroscopique le plus fréquent est l'ulcéro-bourgeonnant [7,8,21], c'est le cas de notre étude où il représente 54% des cas, suivi par l'aspect bourgeonnant dans 36% des cas, et l'aspect ulcéreux dans 9% des cas.

➤ **Le siège de la tumeur** :

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

- lèvre supérieure
- lèvre inférieure
- lèvre blanche (portion cutanée)
- lèvre rouge : muqueuse sèche, muqueuse humide
- commissures labiales.

Dans les carcinomes épidermoïdes, l'atteinte de la muqueuse humide fait croître le risque de métastases ganglionnaires [95].

L'atteinte labiale inférieure est la plus fréquemment retrouvée. Elle est retrouvée dans plus de 80% des cas [20,97,98].

D'après Ben Slama [1], le carcinome épidermoïde siège typiquement au niveau du tiers moyen de la lèvre inférieure.

Cependant, d'après Descrozailles JM[21], il n'existe pas de localisation prédominante de la tumeur sur les lèvres.

Dans notre étude, les tumeurs malignes étaient localisées au niveau de la lèvre inférieure chez 72% de nos patients. Cette localisation a été retrouvée chez 72,8% des patients de la série AMAZZAL N [4], chez 92% des patients de la série de Vukadinovic M [13], chez 70% des patients de la série de LAKHMIRI [22] chez 80% des patients de la série de Zaraa I [7], chez des 95,6% patients de la série de Casal D [10], et chez 60% des patients dans la série de SBAI[12].

Tableau 5: Sièges des tumeurs labiales

	Lèvre inférieure	Lèvre supérieure	Commissure labiale
Vukadinovic [13] (Belgrade 2004)	92%	6%	2%
Amazzal N [4] (Marrakech, 2008)	72,8%	9,1%	18,1%
Casal D [10] (Lisbonne, 2010)	95,6%	2,6%	1,7%
Zaraa I [7] (Tunis, 2013)	80%	3%	17%
Lakhmiri M [22] (Rabat, 2015)	70%	0%	30%
Sbai M [12] (Fes, 2018)	60%	10%	17,5%
NOTRE SERIE 2021	72%	18,1%	0%

➤ **La taille de la tumeur :**

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

Tous nos patients avaient une tumeur labiale étendue, classée T1-T2 : 63% de nos patients avaient une tumeur classée T2, 47% avaient une tumeur classée T1. Ceci serait expliqué par le délai de consultation précoce, et surtout par l'évolution relativement lente de ces tumeurs.

Il est souhaitable de reporter les constatations de l'examen clinique sur un schéma daté et orienté et de le compléter par un bilan photographique.

2. Examen loco-régionale :

➤ **Les zones de voisinage :**

Les tumeurs malignes des lèvres peuvent s'étendre aux commissures labiales, aux sillons gingivo labiaux, à la gencive, aux dents, aux joues et au menton.

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

L'extension des tumeurs de la lèvre inférieure peut également se faire vers l'os mandibulaire et atteindre la base du crâne par infiltration du paquet vasculo-nerveux émergeant du trou mentonnier.

➤ **Les aires ganglionnaires cervicales :**

La palpation des aires ganglionnaires doit être systématique et le résultat reporté sur un schéma daté et orienté. Elle intéresse tous les territoires ganglionnaires cervicaux.

Les tumeurs malignes de la lèvre supérieure infiltrent les ganglions pré-auriculaires, parotidiens, sous-digastriques, sous-mentaux, sous-maxillaires et

sus-omohydiens. Celles de la lèvre inférieure envahissent les ganglions sous-mentaux, sous-maxillaires, sous-digastriques et sus-omo-hyoidiens.

Les carcinomes baso-cellulaires sont des tumeurs à malignité locale, ils ne donnent pas de métastases.

Pour les carcinomes épidermoïdes, le risque d'extension lymphatique est corrélé à deux facteurs essentiels que sont la taille de la tumeur et son degré de différenciation [51]. L'existence de métastases ganglionnaires traduit un stade tumoral avancé.

Chez nos patients, les tumeurs de la lèvre inférieure envahissaient parfois la joue, le nez, le cou et le front. Les adénopathies ont été retrouvées chez 9% des patients. Elles représentent un élément capital pour classer la tumeur, préciser l'attitude thérapeutique et évaluer le pronostic.

Tableau 6: Les adénopathies.

Séries	Les adénopathies
Vukadinovic [13] (Belgrade 2004)	26%
Amazzal N [4] (Marrakech, 2008)	41%
Casal D [10] (Lisbonne, 2010)	3,2%
Zaraa I [7] (Tunis, 2013)	43,3%
Lakhmiri M [22] (Rabat, 2015)	40%
Sbai M [12] (Fes, 2018)	65%
Notre série 2021	9%

Pour les carcinomes labiaux classés T1, l'atteinte ganglionnaire survient dans moins de 5% des cas. A partir du stade T2, le risque devient plus élevé, l'atteinte ganglionnaire survient dans environ 15% des cas [96].

3. Examen général :

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

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

Une étude rétrospective de Vahtsevanos K [24] sur 186 patients ayant un carcinome des lèvres a objectivé 4 cas de métastases à distance soit 2,1% au niveau osseux, dont une concomitante à un envahissement du ganglion axillaire, pour des tumeurs classées T2- T4.

V. Diagnostic Paraclinique :

A. Biopsie avec Etude anatomo-pathologique :

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

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



Figure 9: Carcinome epidermoide de la langue inférieure [53]



Figure 10: Carcinome baso-cellulaire de la lèvre supérieure [50]

L'étude histologique a révélé la présence d'un carcinome épidermoïde chez 72% de nos patients. Alors que le carcinome baso cellulaire était retrouvé chez 28% des patients. Ce résultat rejoint les données de la littérature. Les carcinomes épidermoïdes constituent 90% des tumeurs malignes labiales [1].

Tableau 7: Histologie de tumeurs labiales

	Carcinome épidermoïde	Carcinome baso-cellulaire
Amazzal N [4] (Marrakech, 2008)	83,3%	9,1%
Casal D [10] (Lisbonne, 2010)	81%	19%
Tazi N [8] (Casablanca, 2014)	95%	5%
Lakhmiri M [22] (Rabat, 2015)	100%	0%
Sbai M [12] (Fès, 2018)	80%	20%
Notre série 2021	72%	28%

Dans notre série, 62% avaient un carcinome épidermoïde bien différencié. Dans la série de Zaraa I [7], Casal D [10], Sbai M [12] et Lakhmiri M [22], 63,3%, 70,8%, 84% et 100% des carcinomes épidermoïdes étaient bien différenciés.

B. Radiologie :

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

1. Bilan d'extension loco-régional :

Il comprend :

➤ La radiographie panoramique dentaire :

Il est demandé lorsque la tumeur siège à proximité de la mandibule, si la tumeur est volumineuse à la recherche d'une atteinte osseuse ou dans le cadre de la préparation avant la radiothérapie.

Elle a été demandée chez 27% de nos patients. Il a permis d'évaluer leur état dentaire sans montrer de lyse osseuse.

Dans la série de Lakhmiri M [22], l'examen a été demandé chez 30% des patients et a permis d'objectiver une lyse osseuse chez 10% des cas.

Chez Sbai M [12], la pratique de la radio panoramique dentaire était revenue sans particularités.

➤ Echographie cervicale :

C'est un examen simple, non invasif, disponible et peu coûteux. Il permet de rechercher un envahissement ganglionnaire cervical. Il a été réalisé chez tous nos patients, et il a permis le repérage d'adénopathies cliniques dans 9% des cas, d'où l'intérêt de compléter systématiquement l'examen clinique par l'échographie des aires ganglionnaires [25].

➤ **La tomodensitométrie cervico- faciale :**

La tomodensitométrie constitue un outil important pour la classification de la lésion et l'indication chirurgicale. Elle n'est pas réalisée systématiquement, elle peut être proposée pour des tumeurs étendues (supérieure à 2cm) ou pour compléter les données de l'échographie concernant l'envahissement des aires ganglionnaires [1,25].

Elle a été effectuée chez 63 % de nos patients. Elle a permis de confirmer l'absence d'une extension de la tumeur aux structures osseuses chez tous nos patients et de visualiser des adénopathies (sous-maxillaires et jugulo-carotidienne) dans 9% des cas.

Chez Lakhmiri M [22], elle a été effectuée chez 30 % des patients. Elle a permis d'évaluer l'extension de la tumeur aux des structures osseuses dans 20% des cas et de visualiser 1 adénopathie dans 10% des cas.

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

➤ **L'imagerie par résonance magnétique (IRM) :**

C'est l'examen de choix pour l'exploration des tissus mous. Il permet de mieux préciser l'extension locale et locorégionale de la tumeur vers les tissus mous, Cependant, c'est un examen couteux, n'est pas toujours disponible, avec un délai d'accès relativement long. Les acquisitions en pondération T1 avec et sans injection de Chélate de gadolinium et T2 permettent une analyse plus précise de la délimitation de la tumeur ainsi que son extension locale. C'est également un examen de qualité pour rechercher une infiltration de la médullaire osseuse mandibulaire [52].

L'IRM est par conséquent un excellent examen d'exploration locorégional et permet de compléter le scanner cervico-facial.

2. Bilan d'extension à distance :

Il comprend :

➤ La radiographie pulmonaire:

Les métastases pulmonaires sont les premiers sites métastatiques en importance pour les carcinomes épidermoïdes de la face. La radiographie pulmonaire est indiquée systématiquement dans la littérature [1,25].

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

➤ L'échographie abdominale:

Elle constitue un examen important pour la recherche de métastases hépatiques [1,25].

Dans notre série elle a été réalisée chez 1 patient sans montrer de métastases viscérales.

➤ Autres :

Peuvent être demandés en fonction des signes d'appels, de la taille et du stade de la tumeur et du type histologique, notamment une panendoscopie à la recherche d'une deuxième localisation au niveau des VADS, un scanner thoraco-abdomino-pelvien et une scintigraphie osseuse en cas de métastases à distance.

Dans notre série, un scanner thoraco-abdomino-pelvien a été réalisé dans 36% des cas sans montrer de métastases.

VI. Classification :

Au terme du bilan clinique et paraclinique, la tumeur sera classée selon la classification TNM de l'UICC (Figure 11).

Cette classification TNM sera complétée après chirurgie et examen histologique.

On fait alors précéder le « T » et le « N » par un « p » (pTNM, pathological Tumor Node–Metastasis).

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

Figure 11: Classification TNM de l'UICC [96]

Selon la classification TNM de L'IUCC (International union of cancerology classification) 100% de nos patients ont été classés T1– T2. Des résultats similaires ont été rapportés dans la série de Salgarelli AC [9], Tazi N [8], Casal D [10], Zaraa I [7], Sbai M [12] et Ezzoubi M [11] , la tumeur a été classée T1– T2 dans 87,9%, 70%, 81%, 83,3%, 70% et 71% des cas.

Toutefois, dans la série d'Amari H [26], Nfissi A [27] et Lakhmiri M [22] : la tumeur a été découverte à des stades plus tardifs, classée T3– T4 dans 61,5%, 57% et 60% des cas.

Tableau 8: Classification TNM des tumeurs labiales

Séries	T1–T2	T3–T4
Amari H [26] (Rabat, 2000)	38,50%	61,50%
Ezzoubi M [11] (Casablanca, 2005)	71%	29%
Amazzal N [4] (Marrakech, 2008)	54%	46%
Nfissi A [27] (Fès, 2009)	43%	57%
Casal D [10] (Lisbonne, 2010)	81%	9%
Zaraa I [7] (Tunis, 2013)	83,30%	16,70%
Tazi N [8] (Casablanca, 2014)	70%	30%
Lakhmiri M [22] (Rabat, 2015)	40%	60%
Salgarelli AC [9] (Modène, 2015)	87,90%	12,1%
Sbai M [12] (Fès, 2018)	70%	30%
Notre série	100%	0%

Les métastases ganglionnaires sont décrites dans le tableau suivant :

Tableau 9: les métastases ganglionnaires

Séries	N0	N1	N2	N3
Vukadinovic [13] (Belgrade 2004)	163	40	12	8
Amazzal N [4] (Marrakech, 2008)	13	5	2	2
Casal D [10] (Lisbonne, 2010)	218	5	0	2
Lakhmiri M [22] (Rabat, 2015)	6	1	2	1
Sbai M [12] (Fès, 2018)	6	9	17	0
Notre série	10	0	1	0



Figure 12: Coupe axiale d'un scanner thoracique montrant une adénopathie axillaire gauche chez un patient présentant un carcinome épidermoïde de la lèvre inférieure [24].

On n'a pas objectivé de métastases à distance dans notre étude (M0). Ceci est également le cas dans l'étude de Vukadinovic [13], Amazzal N [4], Casal D [10], Lakhmiri M [22] et Sbai [12].

Cependant Vahtsevanos [24] a objectivé 4 cas de métastase à distance (M1) dans une étude sur 186 patients.

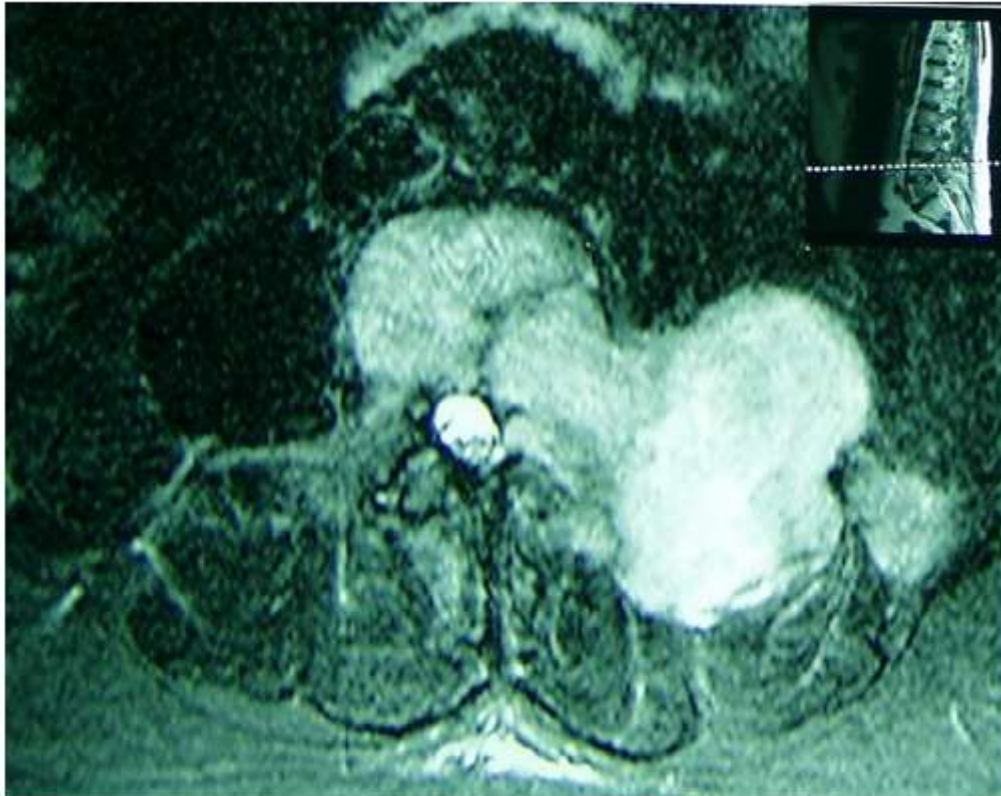


Figure 13: coupe axiale d'une IRM de la moelle épinière au niveau L4-L5 montrant un envahissement métastatique de la moelle [24].

VII. Traitement :

A. But du traitement:

Le traitement des tumeurs malignes des lèvres est essentiellement basé sur la chirurgie et/ ou la radiothérapie. Le choix du moyen thérapeutique dépend du stade et du type histologique de la tumeur, de la présence ou non d'adénopathies et de l'état général du patient. La décision thérapeutique sera prise lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire associant les chirurgiens, les oncologues, les radiothérapeutes et les anatomopathologistes.

Le but du traitement est d'enlever la tumeur, d'éviter les récives et de reconstruire une lèvre souple, ample, mobile et continente avec le minimum de séquelles esthétiques et fonctionnelles.

B. Moyens :

1. Le traitement médical :

L'antibiothérapie en pré-opératoire a été préconisée dans les tumeurs ulcérées, vastes et infectées. Elle a consisté en une mono-antibiothérapie basée sur l'association amoxicilline-acide clavulanique.

Dans notre série, la majorité des patients présentait des lésions infectées avec mauvaise hygiène bucco-dentaire. La mise en état de la cavité buccale était préalable à toute chirurgie et consistait en détartrage, extraction des dents détruites par les caries, et soins des caries débutantes.

2. Le traitement chirurgical :

La chirurgie est le traitement de choix des tumeurs malignes des lèvres [28,29]. Elle permet le traitement rapide et l'évaluation de la qualité de l'exérèse par l'analyse histologique de la pièce opératoire.

Le choix du type d'anesthésie dépend de la technique retenue par le

chirurgical et de l'état de santé du patient. Pour les tumeurs de 1 à 2 cm, une anesthésie locale peut être proposée [25], pour celles qui sont plus étendues, une anesthésie générale est souvent préconisée. L'anesthésie locale a pour avantage de visualiser immédiatement la mobilité de la lèvre et de rechercher d'éventuelles distorsions [46].

a. Au niveau du site tumoral : (Figure 14; 15)

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

Après exérèse, la reconstruction de la perte de substance doit être réalisée dans le même temps opératoire. De nombreuses techniques chirurgicales ont été décrites, environ 200. De façon succincte, nous décrivons certaines techniques car encore fréquemment utilisées [30,46,53].

La **vermillonectomie** indiquée dans les carcinomes très superficiels et les lésions leucokératosiques, la résection de la muqueuse sèche est faite jusqu'au plan musculaire, la réparation à lieu par un lambeau de glissement de la muqueuse vestibulaire. Tout le vermillon de la lèvre est enlevé, en emportant la sous muqueuse et ses glandes, c'est à dire en allant jusqu'à l'orbiculaire. Cette technique présente deux avantages :

- Fonctionnel : Elle ne laisse pas la lésion à nu ;
- Esthétique : La couleur rouge ou rose de muqueuse donne un effet de lèvre éversée moins disgracieux qu'une cicatrice.

En cas d'exérèse partielle du vermillon, la couverture peut se faire par lambeau d'avancement du vermillon de Goldstein ou lambeau de langue.

L'exérèse cunéiforme en V, en W ou pentagonale est indiquée dans les carcinomes de petit et moyen volume ne dépassant pas le 1/3 de la lèvre inférieure et le ¼ de la lèvre supérieure, La fermeture se fait en 3 plans muqueux, musculaire et cutané. Il faut prendre soins de bien positionner la ligne cutanéomuqueuse d'une part, et de bien suturer le plan musculaire d'autre part, ce qui joue un rôle important dans le résultat esthétique et fonctionnel final de la lèvre.

L'exérèse quadrilatère est réservée aux lésions étendues, la réparation nécessite un apport de tissu par des lambeaux locorégionaux utilisant surtout la lèvre controlatérale et la région génienne (lambeaux d'avancement rotation) avec des résultats fonctionnels et esthétiques très satisfaisants.

Les vastes exérèses très mutilantes sont heureusement rares, car ce sont des tumeurs très accessibles à l'examen clinique, le diagnostic et la prise en charge sont souvent précoces. En cas de pertes de substances très larges, on peut avoir recours à des lambeaux à distance, mais c'est exceptionnel en cancérologie des lèvres.

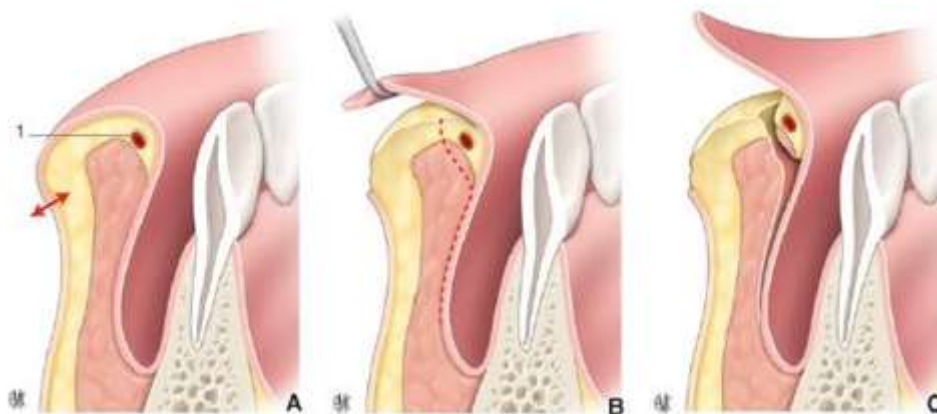


Figure 14 : Vermillonectomie inférieure [34].

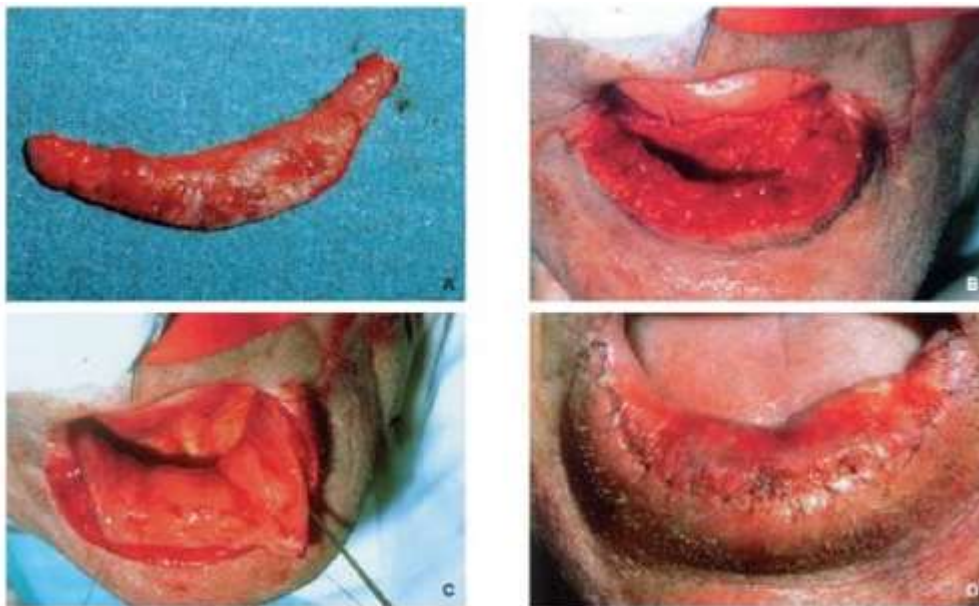


Figure 15: Vermillonectomie chez un patient ayant une kératose chronique de la lèvre inférieure [34].

- A. Pièce de vermillonectomie.**
- B. Début de décollement du lambeau.**
- C. Vaste lambeau muqueux translaté en avant pour recouvrir la zone cruentée.**
- D. Résultat morphologique à j5**

Les marges d'exérèse varient selon la nature histologique de la tumeur. Il est important de les respecter afin d'obtenir des limites carcinologiques infra cliniques saines sans faire une exérèse excessive de tissu sain.

Pour les carcinomes épidermoïdes [30], il est recommandé de respecter des marges latérales de 8-10 mm et des marges en profondeur proportionnelles aux marges latérales.

Pour les carcinomes basocellulaires [30,54,55], il est recommandé de respecter des marges latérales de 3- 5 mm pour les formes non sclérodermiformes et 8-10 mm pour les formes sclérodermiformes. Les marges en profondeur doivent aller jusqu'à l'hypoderme.

Pour le mélanome [25], les marges d'exérèse dépendent de l'épaisseur de la tumeur appelée indice de Breslow. Celui-ci est mesuré entre la partie supérieure de la couche granuleuse de l'épiderme et la cellule tumorale la plus profondément située dans le derme ou l'hypoderme.

- Pour un Breslow inférieur à 1 mm, il est recommandé de respecter des marges de 1 cm,
- Pour un Breslow compris entre 1 et 2 mm, il est recommandé de respecter des marges de 1 à 2 cm,
- Pour un Breslow supérieur à 2 mm, il est recommandé de respecter des marges de 2 cm.

Pour les tumeurs de Merkel [25], il est recommandé de respecter des marges d'exérèse de 2 cm.

b. Au niveau ganglionnaire :

Le risque de métastase ganglionnaire est statistiquement faible (inférieur à 10%) pour les T1 et de l'ordre de 20% pour les T2 [97].

Le curage ganglionnaire systématique, préconisé il y a quelques années, n'a plus lieu d'être. Selon Califaro [56], pratiquant des curages ganglionnaires systématiques chez tous les patients porteurs de CE des lèvres classés N0, ne retrouve que trois envahissements ganglionnaires sur 80.

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

La pratique du ganglion sentinelle est proposée par certaines équipes.

La chirurgie robotisée peut être indiquée surtout en cas de récurrence ganglionnaire.

La majorité des auteurs est d'accord pour réaliser une simple surveillance chez un malade N0 [57] et par contre d'effectuer un curage ganglionnaire pour les patients N1 ou N2. On réalisera donc une cellulo- adénectomie sous mento- sous-maxillaire sous digastrique élargie au groupe sus omohyoïdien complétée par une radiothérapie complémentaire en cas d'envahissement histologique [55].

Il existe différents types de curage ganglionnaire :

- **Curage triangulaire :**

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

- **Curage fonctionnel :**

Il réalise une exérèse complète des éléments cellulo-ganglionnaires représentés par la chaîne jugulo-carotidienne, la chaîne spinale et la chaîne cervicale transverse, et conserve la veine jugulaire, le nerf spinal et le muscle sterno-cléido-mastoïdien.

- **Curage radical :**

Il correspond à une exérèse de tous les groupes ganglionnaires cervicaux avec sacrifice de la veine jugulaire interne, du nerf spinal et du muscle sterno-cléido-mastoïdien.

Le curage radical modifié intéresse tous les groupes ganglionnaires cervicaux avec conservation d'un ou plusieurs de ces éléments.

c. La reconstruction :

Le traitement chirurgical du cancer de la lèvre entraîne parfois de vastes pertes de substance, ce qui nécessite le recours à des techniques de réparation utilisant des lambeaux locaux, locorégionaux ou à distance. Les reconstructions

sont réalisées dans le même temps opératoire après curage ganglionnaire et résection tumorale.

La reconstruction labiale s'articule autour de l'axiome fondateur « reconstruire la lèvre par la lèvre ». Toutefois, plusieurs techniques sont décrites, utilisant des sutures, des greffes et des lambeaux. Leurs indications varient mais leur but est commun : ils doivent rétablir une lèvre souple, ample, mobile et continente avec le minimum de séquelles esthétiques.

La chirurgie doit respecter les sous-unités esthétiques pour replacer la nouvelle lèvre dans son environnement après correction d'éventuelles mutilations au niveau des régions adjacentes [46].

La lèvre reconstruite doit être morphologique, ample, dynamique, continente, souple, sensible, de coloration satisfaisante et ayant le minimum de séquelles résiduelles

i. Cicatrisation dirigée :

Consiste à laisser la perte de substance (PDS) en cicatrisation dirigée jusqu'à réépithélialisation de la PDS, indiquée pour les PDS très superficielle, mais nécessite une longue durée de cicatrisation, et peut entraîner une rétraction des tissus. Rarement utilisée dans les PDS labiales.

ii. Suture en V et W: (Figure 16)

Après anesthésie locale, le geste consiste à faire une résection transfixiante en V ou en W par bistouri à lame pointue. La perte de substance est ramenée à un triangle à pointe émoussée, voire à un rectangle pour aligner les segments à l'horizontale. Il faut faire en sorte de créer des pertes de substance triangulaire en V. La réparation de la perte de substance résultante est faite par des points simples, en respectant les trois plans de l'anatomie labiale normale [30]. Lorsque la hauteur de la lésion tumorale déborde au niveau du menton, la résection se fait en W afin de laisser une cicatrice plus courte.

Les suites opératoires sont simples, reposant sur une antibiothérapie, des soins locaux et une alimentation liquide. Des bains de bouche pluriquotidiens sont nécessaires pendant 15 jours. Les suites à distance sont en général satisfaisantes avec une bonne restauration de la sangle labiale, à condition d'avoir bien reconstitué le plan du muscle orbiculaire [30].

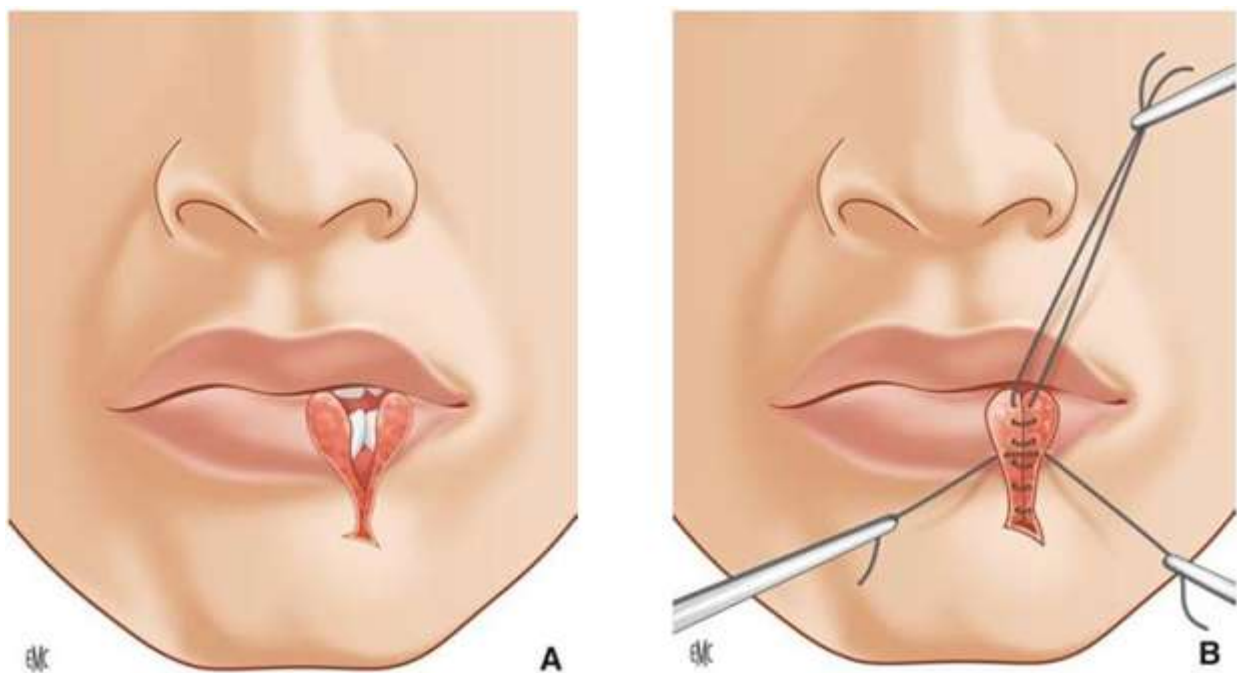


Figure 16. A : Excision labiale triangulaire ;

B : Suture labiale en 3 plans [79]

iii. Greffe :

On utilise essentiellement des greffes de peau totale (Figure 17), découpée à la forme et aux dimensions exactes de la perte de substance, prélevée devant ou derrière l'oreille, dans la région sus-claviculaire ou à la face interne du bras.

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

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

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

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

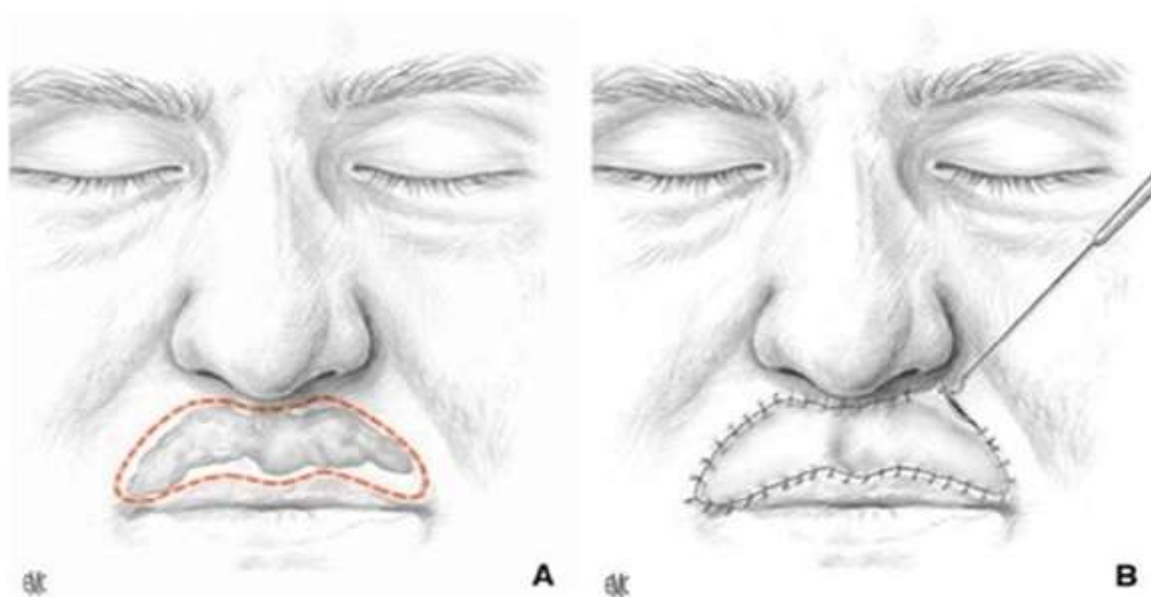


Figure 17. Greffe de peau totale pour réparer l'ensemble de l'unité
esthétique de la lèvre supérieure [79]

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

iv. Lambeaux :

a. Lambeaux Loco-régionaux :

➤ **Lambeaux d'avancement rotation :**

❖ **Lambeau fan- flap ou éventail [30] (Figure 18)**

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

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

Les lambeaux doivent glisser en dedans et être suturés plan par plan. Au niveau de l'extrémité externe de chaque berge, une plastie en Z est réalisée.

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

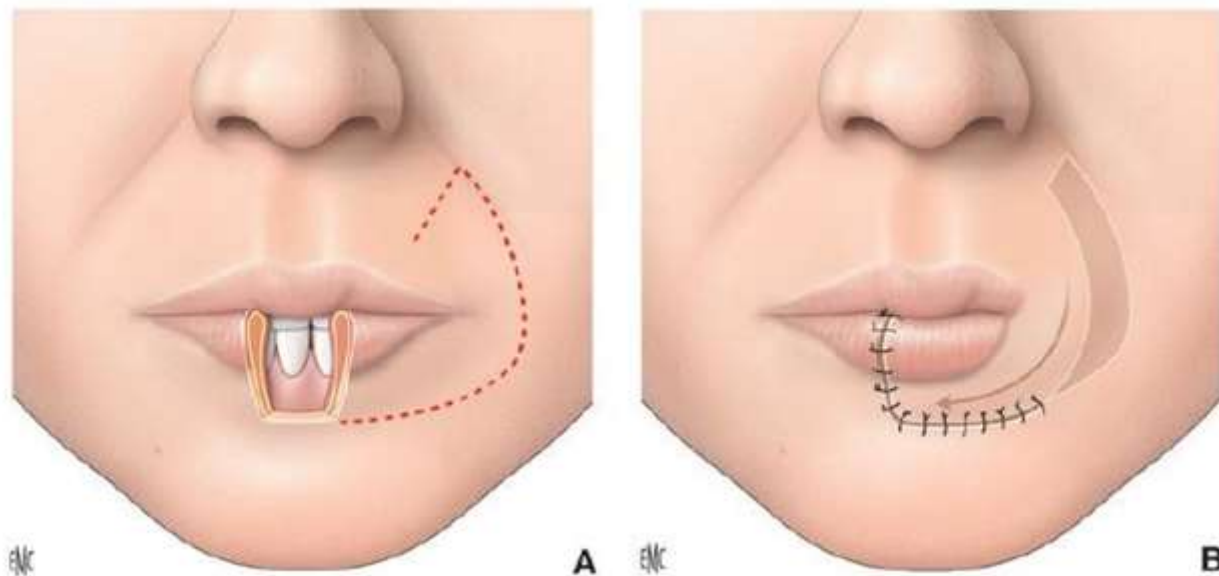


Figure 18. Technique de l'éventail de Gillies [25]

❖ **Lambeau de Karapandzic [30] (Figure 19)**

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

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

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

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

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

Tableau 10: avantages et inconvénients du lambeau de Karapandzic

Lambeau de Karapandzic	
Avantages	- beaucoup plus conservateur, puisqu'il préserve les vaisseaux, les nerfs et la muqueuse à la différence du lambeau de Gillies. [68,77]
Inconvénients	- aspect sourire de « clown » présenté par le patient - Une microstomie résulte par déplacement en dedans du modiolus [78], mais selon Karapandzic, la commisuroplastie est non systématique

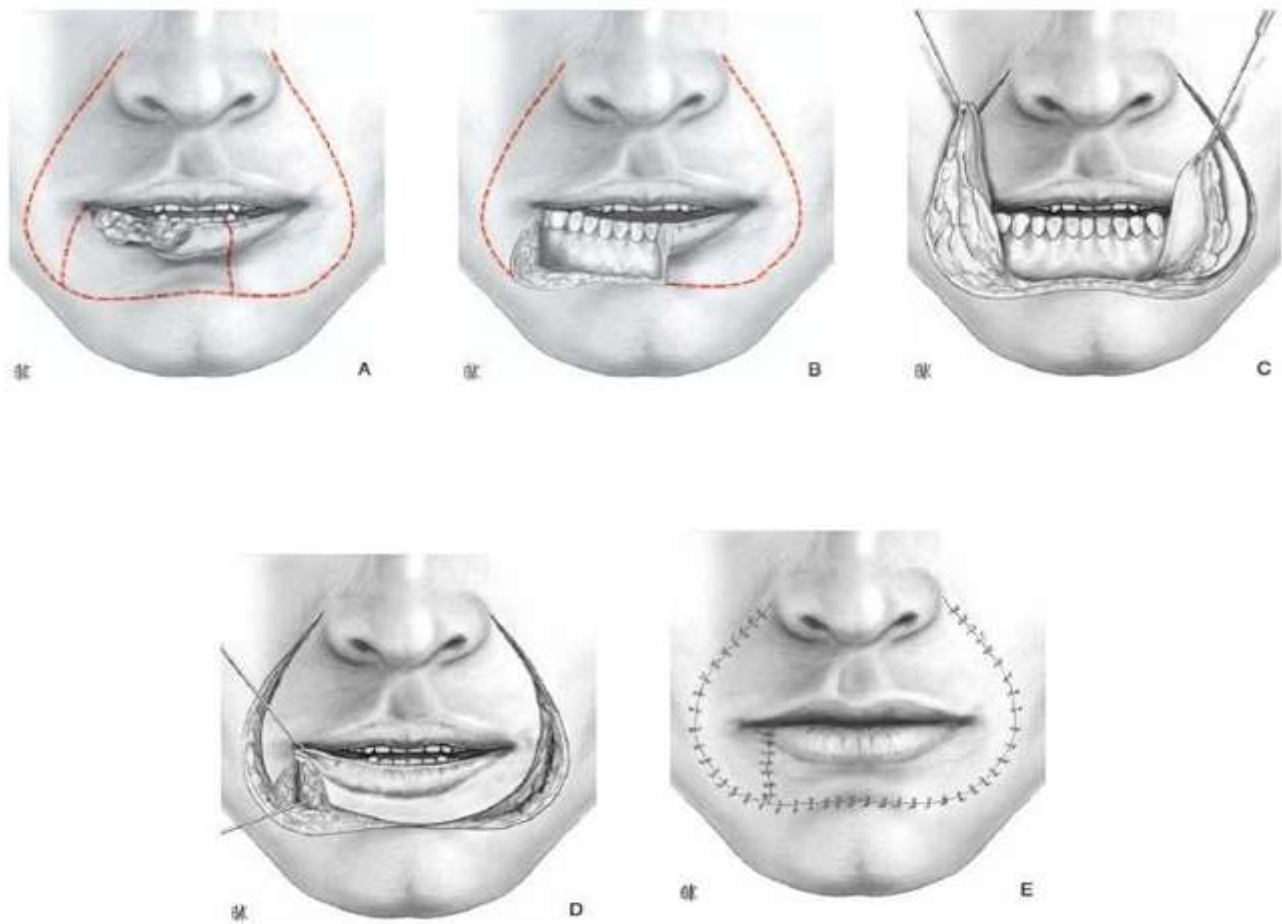


Figure 19. Technique de Karapandzic [30]

❖ **Lambeau de Camille Bernard [25,72,79] (Figure 20)**

La technique « princeps » décrite par Camille Bernard consiste à réparer toute la lèvre inférieure par deux lambeaux d'avancement de joue totaux [25].

Une résection cutanée des deux triangles commissuraux à base inférieure permet le glissement des berges labio- mentonnières latérales. Chaque base est égale à la moitié de la perte de substance de lèvre. Un lambeau muqueux triangulaire est ensuite pris à la partie interne de la joue en respectant l'artère faciale et le canal de Sténon. Ce lambeau est retourné, éversé et suturé à la base du triangle de résection cutanée et reconstitue ainsi une nouvelle lèvre rouge [25].

Les résultats fonctionnels des lambeaux de Camille Bernard sont médiocres avec un recul de la lèvre inférieure, mauvaise occlusion et fuites salivaires [25].



Figure 20. Technique de Camille Bernard [79]

A : Dessin de l'exérèse et des lambeaux,

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

C : Aspect final.

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

La technique de Meyer [72,79] (Figure 21) délimite les triangles d'excision de façon à placer les cicatrices le long de la jonction cutanéomuqueuse.

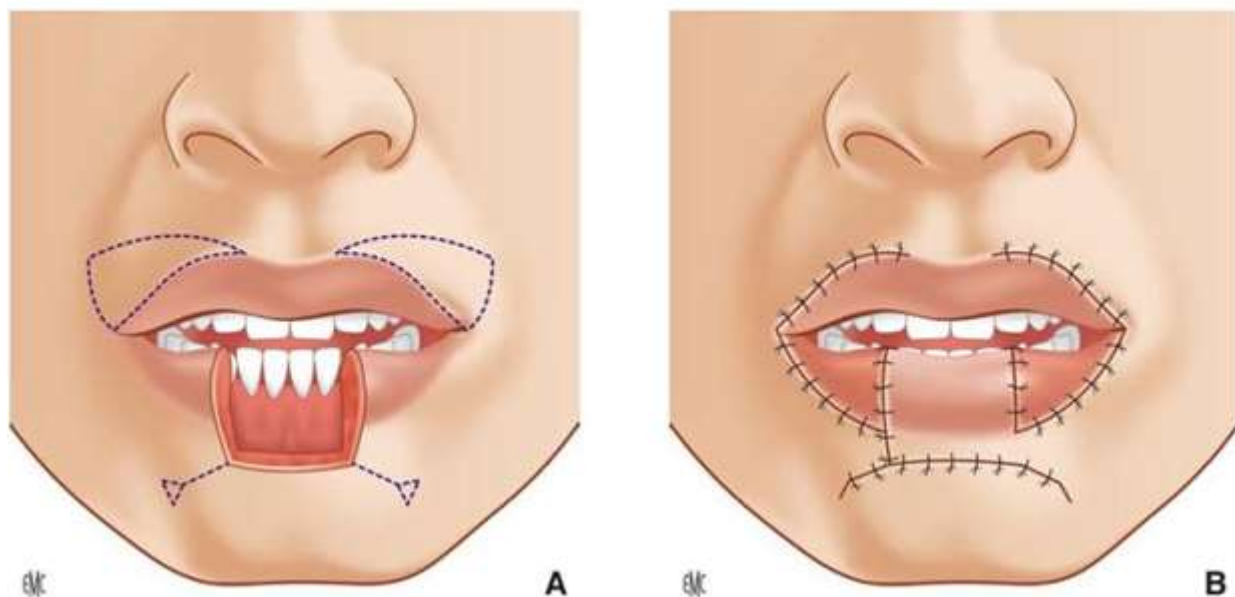


Figure 21. Modification de Meyer : les incisions sont placées le long de la ligne de jonction cutanéomuqueuse [79]

La technique de Webster (Figure 22) réalise quatre lambeaux cutanés de décharge, deux au niveau des sillons naso-géniens et deux au niveau des sillons labio-mentonniers le long du galbe du menton [25]. Elle modifie le tracé inférieur qui suit le pli séparant la lèvre inférieure du menton de manière arrondie, ce qui permet aux cicatrices de s'incorporer aux sillons naturels de la face et réduire les séquelles esthétiques [25]. L'ensemble permet une meilleure avancée des deux lambeaux avec des sutures plus faciles [25].

La reconstruction selon cette technique aboutit à des résultats fonctionnels meilleurs qu'avec la technique de base de Camille Bernard. Néanmoins, il en résulte une mauvaise compétence labiale avec recul important de la lèvre inférieure et une lèvre supérieure qui est beaucoup plus épaisse et projetée en avant [25].

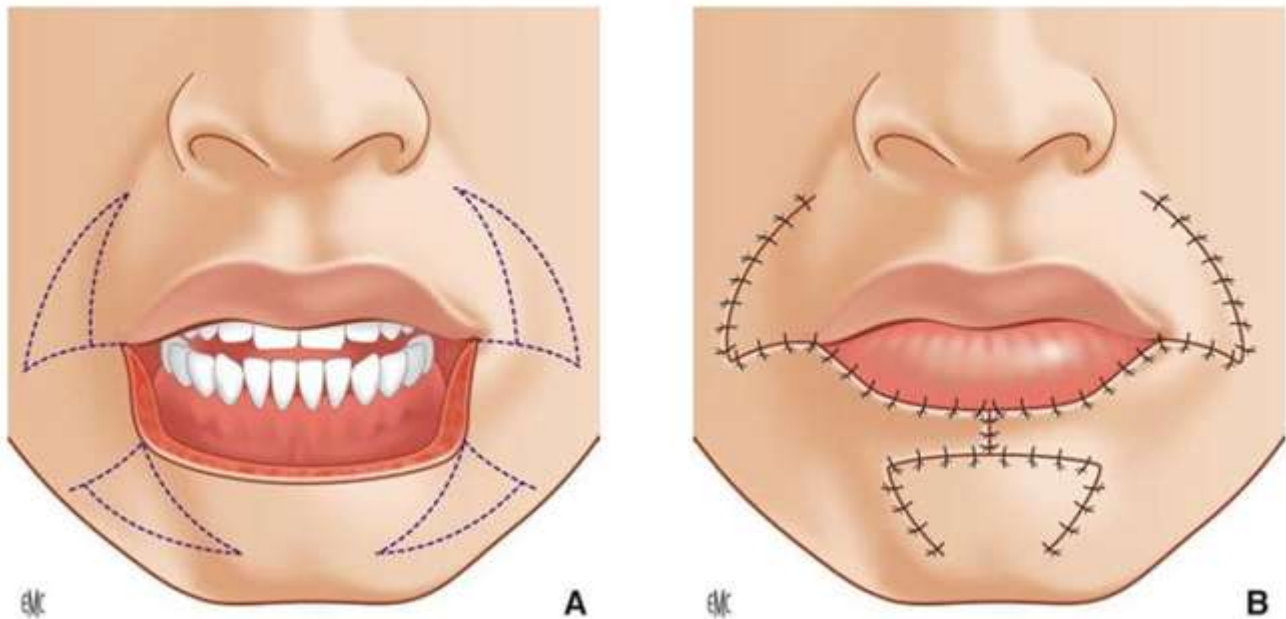


Figure 22. Modification de la technique de C. Bernard par Webster [79]

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

➤ **Lambeau d'avancement :**

❖ **Technique en marche escalier de Johanson (Figure 23) :**

Les lambeaux sont taillés selon la forme des marches d'escaliers. La perte de substance doit être prolongée de façon parallèle au bord libre de la lèvre, c'est « la semelle » de la première marche. Si les lambeaux sont bilatéraux, la hauteur correspond à celle de lésion ; A suite de la première marche, deux ou trois autres marches sont taillés plus petites (environ 1cm). Seules les deux premières, au maximum, sont transfixiantes [68].

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

Tableau 11: avantages et inconvénients du lambeau en escalier de Johanson

Lambeau en escalier de Johanson	
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> - La reconstitution d'une lèvre d'amplitude et de coloration satisfaisante tout en conservant une bonne fonction musculaire. - Avoir un minime déplacement du modiolus.
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> - Une rétrochéilie avec microstomie sont assez souvent retrouvés.

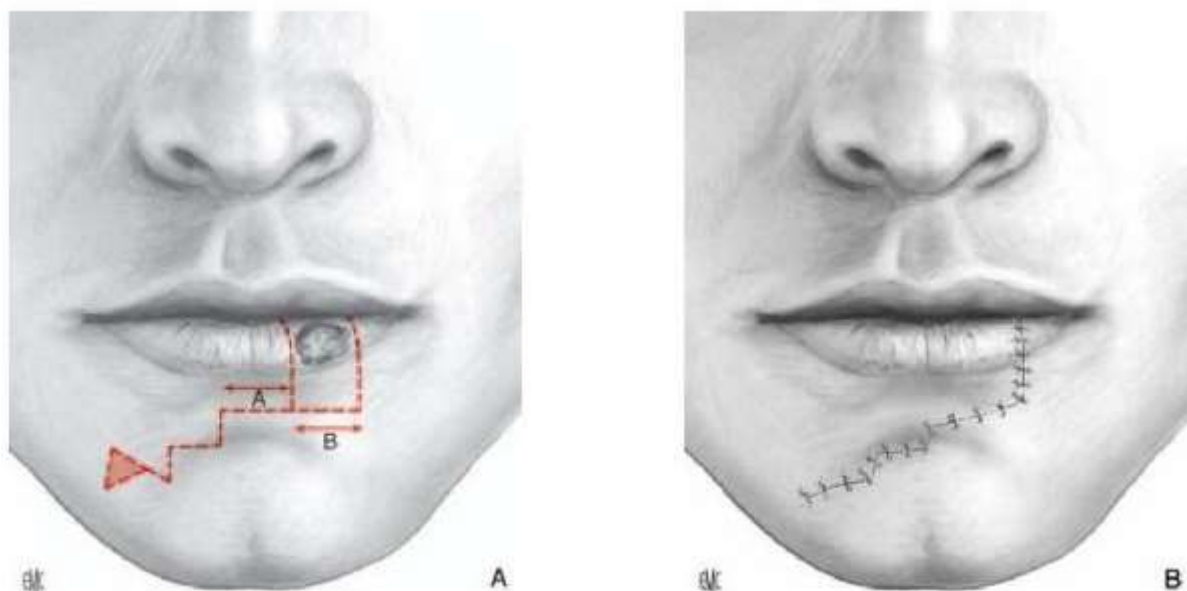


Figure 23. Escaliers de Johanson [30].

❖ Lambeau naso- génien en îlot [79]

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

L'incision latérale est placée le long du sillon nasogénien. L'incision médiale rejoint son sommet sur le sillon nasogénien. On commence par inciser les berges latérales du lambeau, sa partie centrale laissée en place joue le rôle d'un pédicule sous- cutané, puis le lambeau est avancé et suturé en « V- Y ».

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

❖ Lambeau d'avancement muqueux [79] :

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

➤ Lambeaux de transposition :**❖ Lambeaux d'origine labiale :****▪ Lambeaux hétéro- labiaux (lip- switch flap) :**

C'est un lambeau triangulaire, de pleine épaisseur et cutané- musculo- muqueuse. Il est pédiculé sur l'artère coronaire labiale située en position sous- muqueuse, à la face inférieure de la lèvre, à proximité de la ligne de jonction cutané- muqueuse.

Il transpose en une fois le vermillon, la lèvre cutanée, le muscle et la muqueuse, en préservant la fonction sphinctérienne.

- **Lambeau d'Abbé [64,70,79] (Figure 24) :**

Décrit par Abbé [64], il est classiquement prélevé au niveau de la lèvre inférieure avec un point de pivot médian. Sa largeur étant de la moitié de celle du défaut à combler, sauf pour la réparation du philtrum où il doit avoir la même taille. Il est retourné à 180° pour être suturé plan par plan, au niveau de la lèvre supérieure où il reconstruit le philtrum et la région para- philtrale. Le lambeau reste pédiculé sur la lèvre inférieure et le sevrage s'effectue généralement à la troisième semaine post- opératoire. L'alimentation se fait pendant cette période par sonde naso- gastrique ou liquide à la paille [79].

Ce lambeau préserve la fonction sphinctérienne avec des résultats esthétiques satisfaisants [30].

Il nécessite deux temps opératoires.

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

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

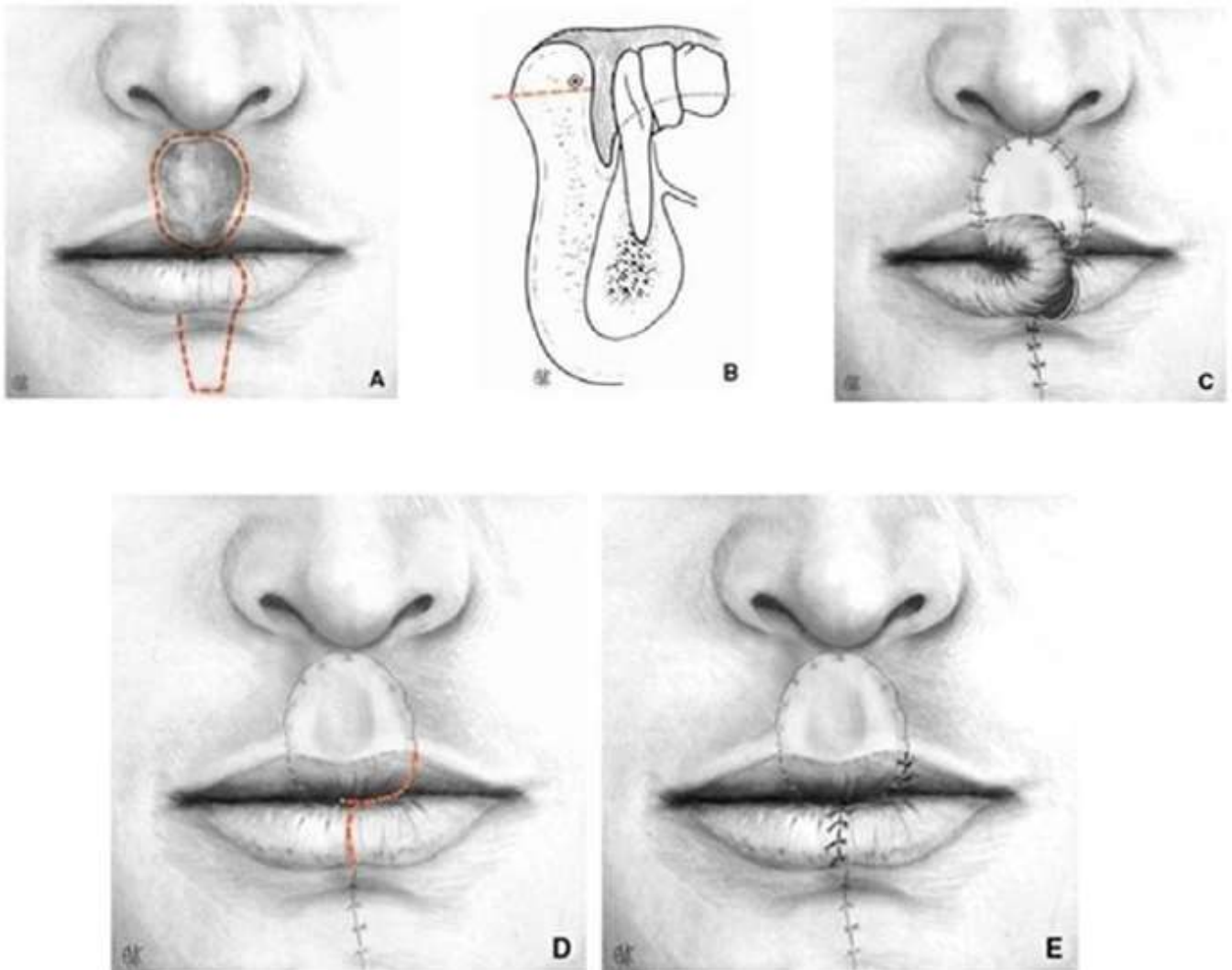


Figure 24. Lambeau d'Abbé [30]

- **Lambeau d'Estlander [69] (Figure 25) :**

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

Les suites opératoires sont plus simples que pour le lambeau d'Abbé.

Il entraîne un déplacement du modiolus en dedans, avec un certain degré de microstomie et d'asymétrie commissurale, qui peuvent nécessiter secondairement une commissuroplastie.

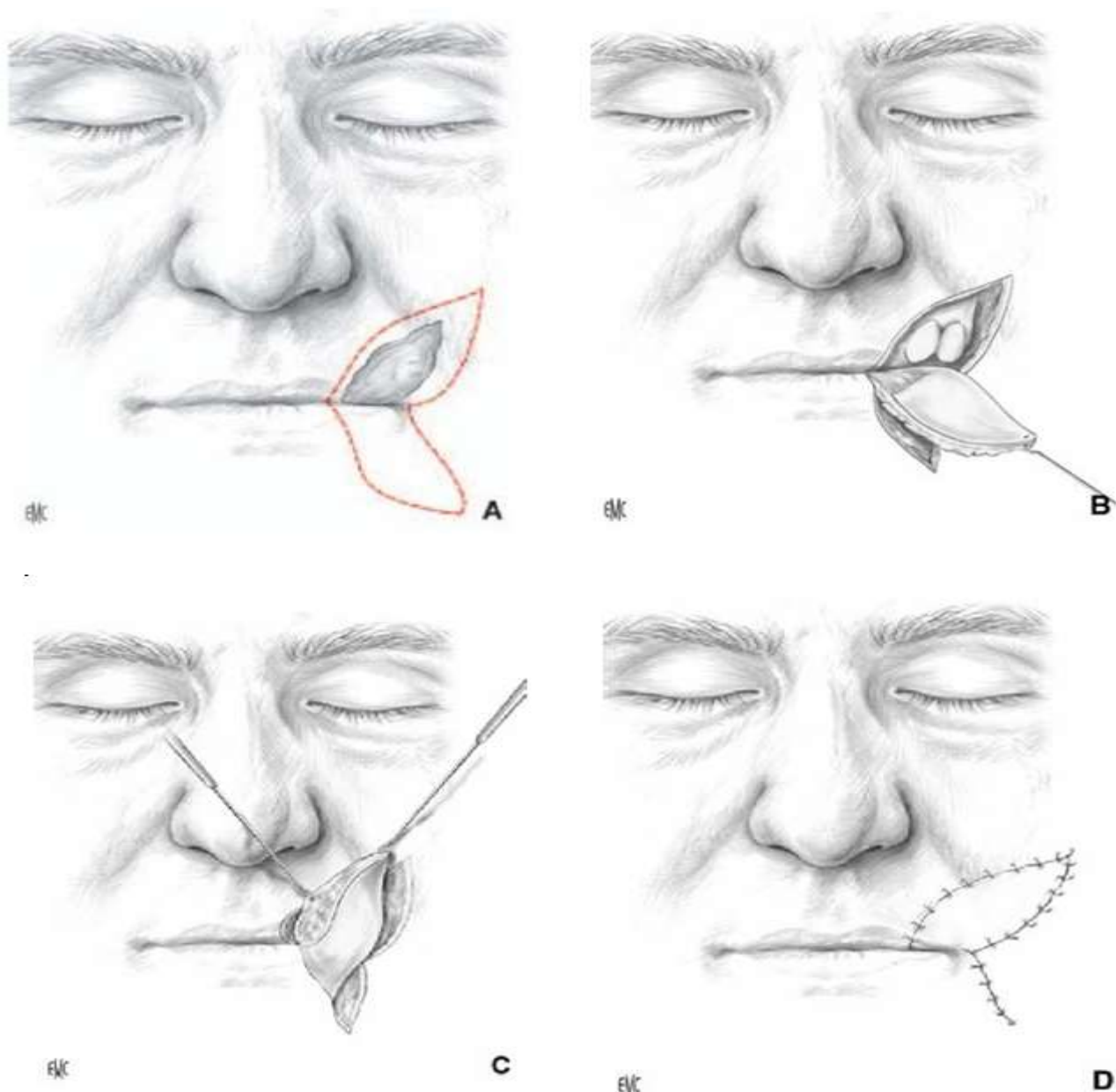


Figure 25. Lambeau d'Estlander [30]

❖ Lambeaux d'origine jugale : naso- géniens (de Ginestet) (Figure 26)

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

L'exérèse chirurgicale doit être large créant une perte de substance rectangulaire de 50 à 60 mm horizontalement sur 25 à 30 mm verticalement. Les lambeaux sont taillés selon le principe décrit précédemment. [63]

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

A la lèvre inférieure, il entraîne une rétro- chéilite ainsi qu'une continence médiocre. [79]

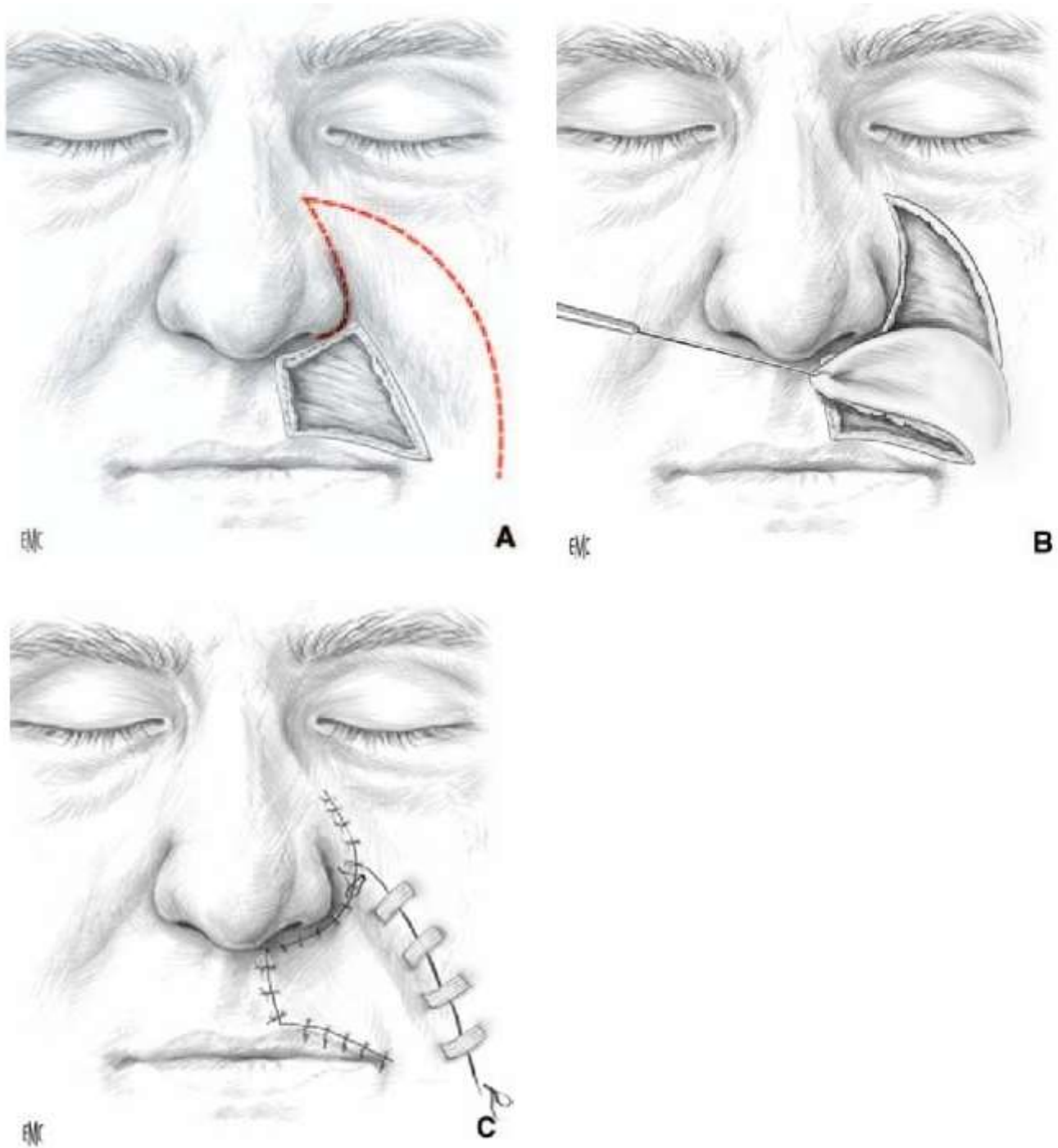


Figure 26. Lambeau nasogénien à pédicule inférieur [51]

➤ **Techniques combinées [79] :**

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

➤ **Réparation de la lèvre rouge :**

❖ **Lambeaux muqueux :**

▪ **Lip shave (Figure 27) :**

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

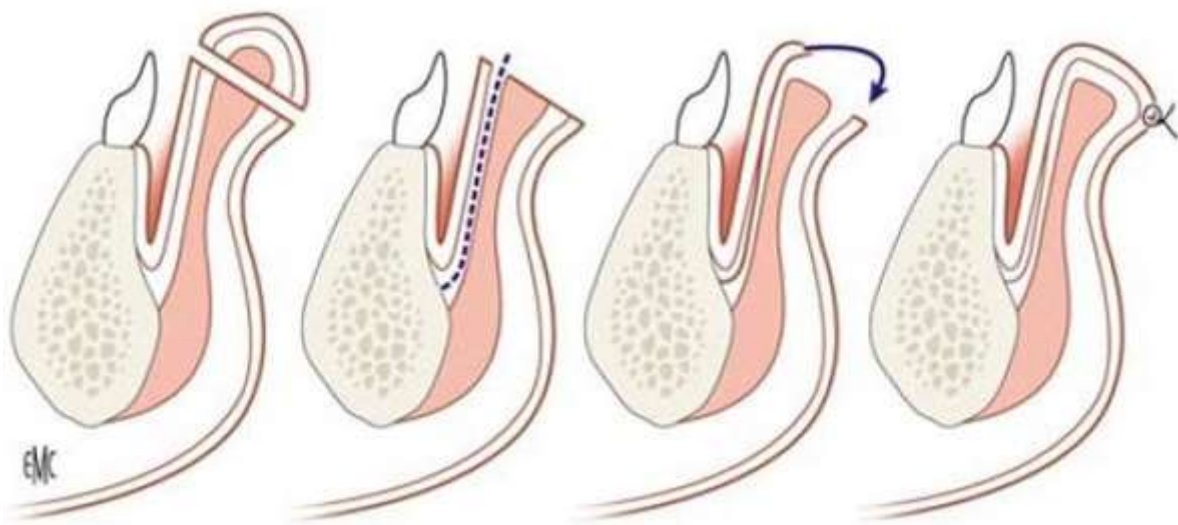


Figure 27. Technique du lip shave après vermillonectomie [79].

- **Technique du « rideau » muqueux hétérolabial [79] :**

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

- **Lambeau de face interne de joue [79] (Figure 28) :**

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

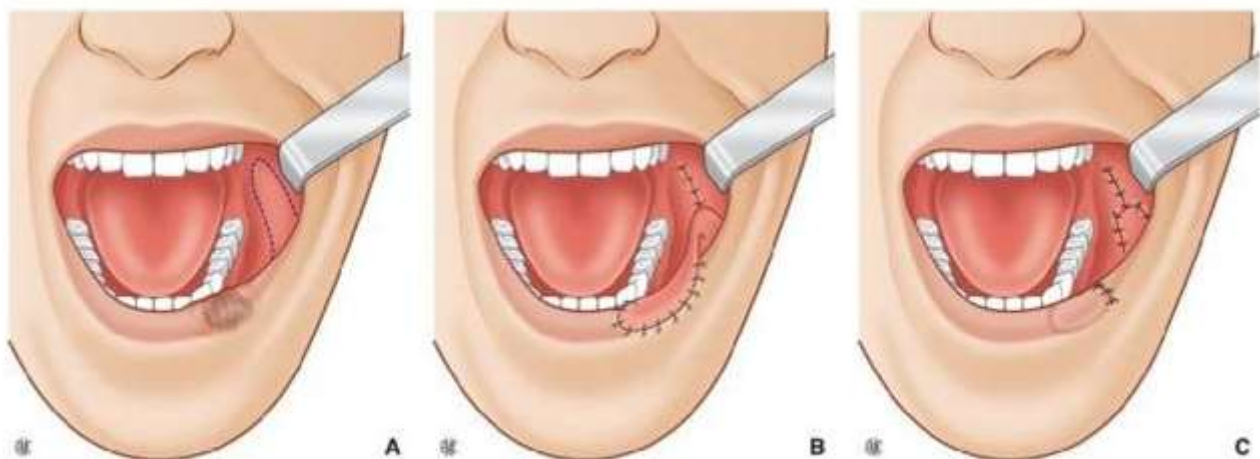


Figure 28. Lambeau de face interne de joue : lambeau pédiculé avec un temps de sevrage après 15 jours [79]

❖ **Lambeaux myo- muqueux :**

▪ **Elastic Flap de Goldstein : (Figure 29)**

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

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

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

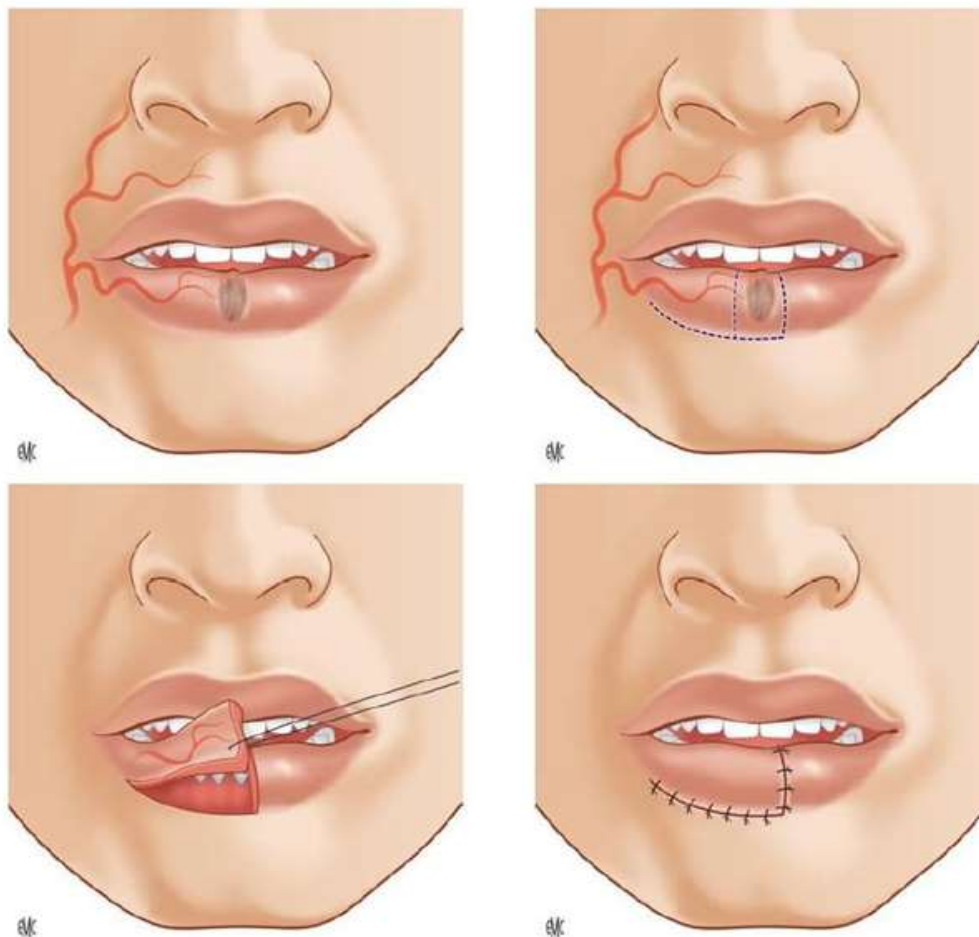


Figure 29. Lambeau myo- muqueux de Goldstein [79]

- **Lambeau musculo- muqueux de l'artère faciale [79] : (Figure 30)**

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

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

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

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

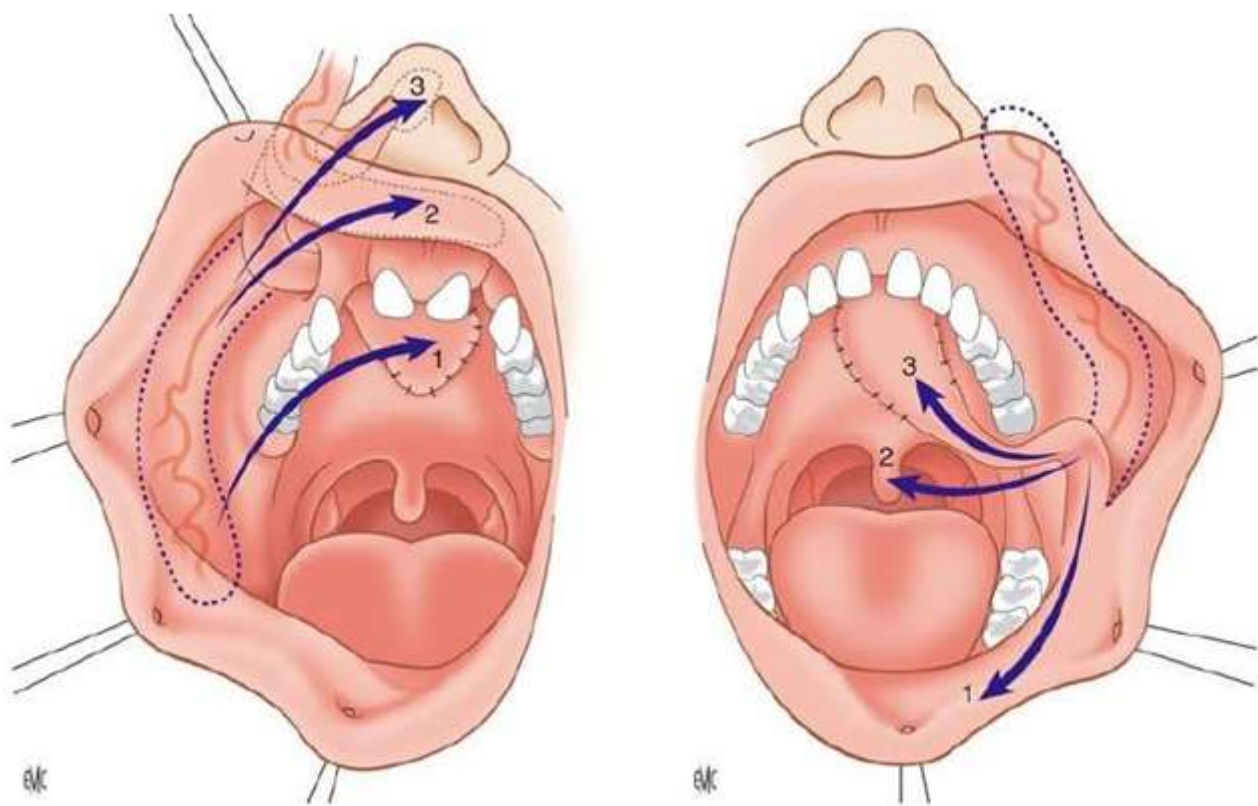


Figure 30. Lambeaux musculo- muqueux de l'artère faciale [79]

▪ **Lambeaux de langue [79] :**

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

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

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

Tableau 12: avantages et inconvénients des lambeaux locorégionaux

	Lambeaux locorégionaux
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> • Texture et coloration identiques aux téguments labiaux • Reconstituent les trois plans cutanés en monobloc • Apportent une large composante musculaire qui permet de rétablir la sangle musculaire orbiculaire • Préservent l'innervation sensitive musculaire
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> • Ne peuvent être utilisés pour les pertes de substance étendues

b. Lambeaux à distance :

Les pertes de substance dépassant la région labiale nécessitent parfois une reconstruction par des lambeaux prélevés à distance, représentés par les lambeaux pédiculés et libres.

➤ Lambeaux pédiculés :**❖ Lambeau musculo- cutané pédiculé du grand pectoral : (Figure 31)**

La palette cutanée est tracée le long de la ligne acromio- xiphoïdienne, allongée verticalement avec, en général, 1/ 5 de sa largeur en dehors et 1/ 5 en dedans. La dissection commence au bord inférieur de la palette en sectionnant le muscle en regard de la 5ème côte, se poursuit ensuite sur la moitié inférieure de la berge interne de la palette pour relever la partie distale du pédicule. La découpe externe est alors pratiquée après avoir vu et palpé le pédicule. Le relèvement de la palette permet de suivre le pédicule jusqu'au niveau de la clavicule. [79]

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

Il offre une large surface cutanée.

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

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

Il est fiable mais trop épais.

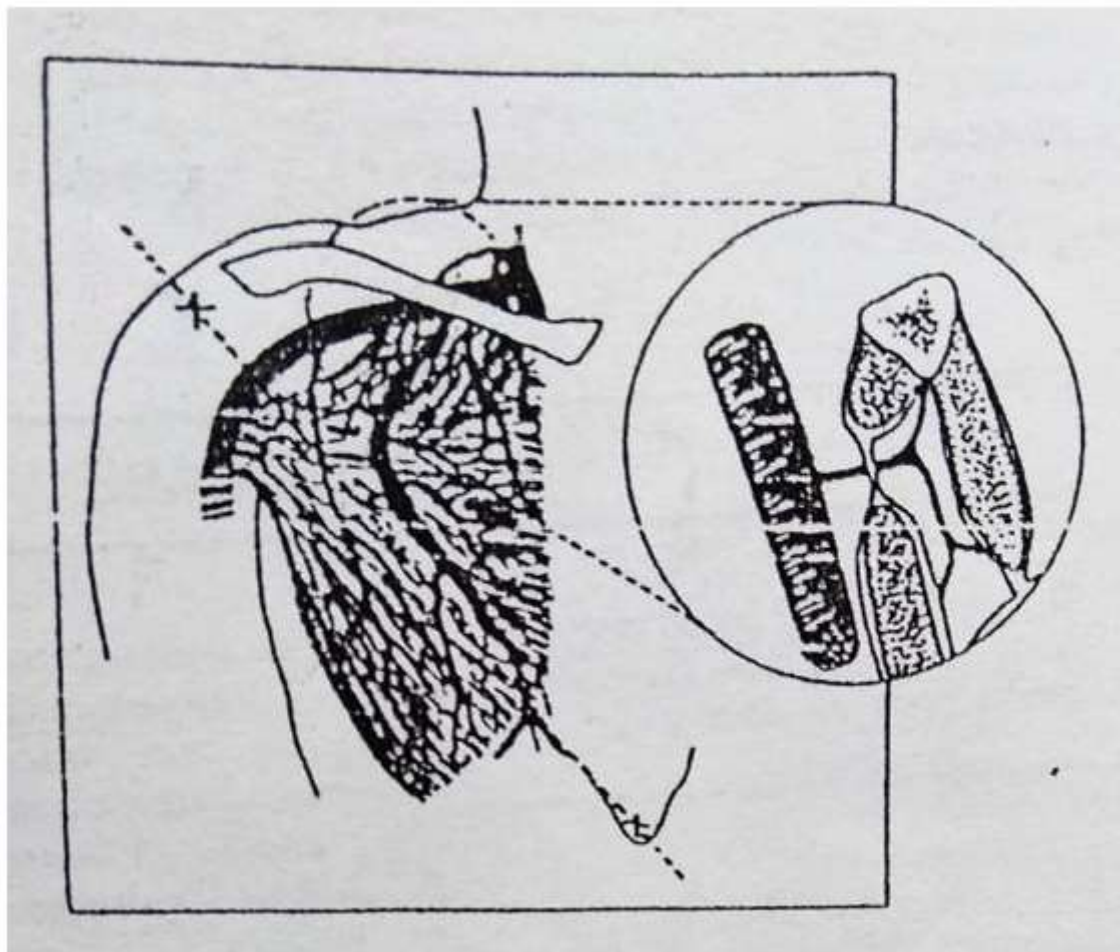


Figure 31. Lambeau pédiculé du grand pectoral [30]

❖ Lambeau de scalp de Dufourmentel : (Figure 32)

Ce lambeau vascularisé par les vaisseaux temporaux superficiels, peut être uni ou bi pédiculé [71].

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

La section du ou des pédicules s'effectue entre la troisième et la quatrième semaine, sa portion non utilisée est remise à sa place [65, 66, 67].

Prélevé au niveau du cuir chevelu, ce lambeau permet une poussée pileuse qui va cacher les imperfections de ce lambeau à savoir sa rigidité et son épaisseur. La zone donneuse alopecique sera facilement dissimulée par la repousse des cheveux de voisinage et le mode de coiffure.

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

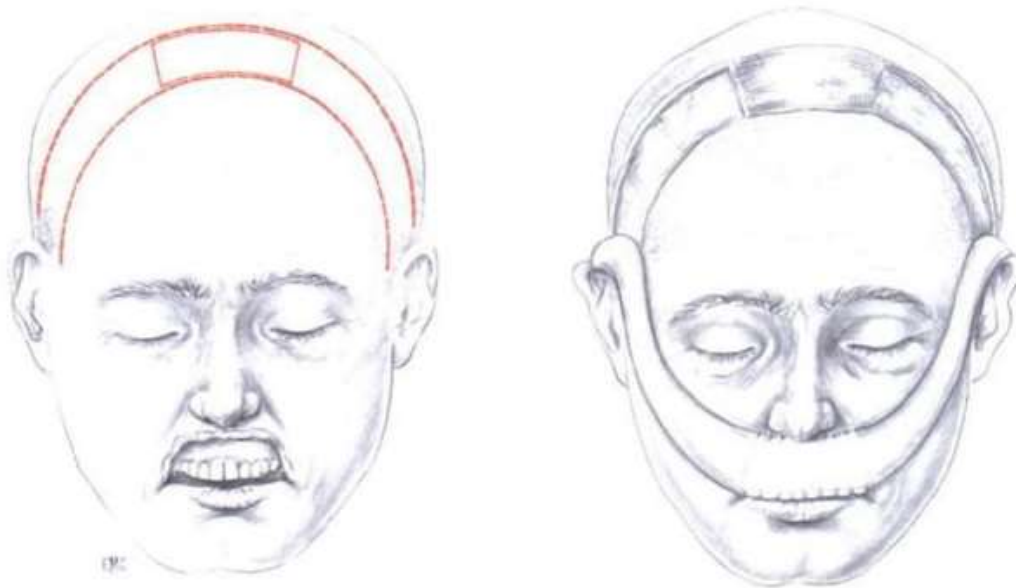


Figure 32. Lambeau de scalp de Dufourmental [68]

➤ Lambeaux libres

Ce sont des lambeaux avec des micro- anastomoses vasculaires réalisées le plus souvent sur les vaisseaux faciaux ou plus à distance sur d'autres branches de l'artère carotide externe, sur la veine jugulaire interne ou sur la veine jugulaire externe [57,77,80]

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

❖ Lambeau chinois :

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

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

La cheiloplastie est assurée par ce lambeau composite avec levée du tendon du petit palmaire qui, tendu d'un néomodiolus à un autre, permet de suspendre en hauteur le lambeau aux structures géniennes de voisinage, et d'assurer ainsi la continence salivaire [80].

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

Selon LEE et JANG [85], les résultats du point de vue esthétique et fonctionnel, chez 7 patients, dont la reconstruction était faite par le lambeau chinois sont excellents.

Ce lambeau se caractérise par sa minceur, facilitant le modelage, par son faible poids réduisant le risque de ptôse et par l'absence de pilosité [65,74].

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

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

Trois lambeaux peuvent être utilisés pour une telle reconstruction :

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

Il est indiqué pour des pertes osseuses limitées.

- Le lambeau ostéo-cutané de la crête iliaque, il assure un apport tégumentaire important, mais la palette cutanée n'est pas indépendante vis-à-vis du segment osseux.
- Le lambeau ostéo-fascio-cutané du péroné, très intéressant en cas de perte osseuse étendue [74], sa palette cutanée, aponévrotique pure est entièrement indépendante par rapport au segment osseux. Selon Lebeau [84], ce lambeau assure une bonne solidarité de l'arc mandibulaire.

Tableau 13 : avantages et inconvénients des lambeaux à distance

	Lambeaux locorégionaux
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> • Lambeaux fiables utilisés en cas de pertes de substances étendues ou de tissu de mauvaise qualité
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> • Sont souvent privés de motricité • Nécessitent des temps opératoires secondaires d'ajustement • Laissent des cicatrices inesthétiques

v. Réparation des commissures labiales:

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

Le lambeau musculo-cutané d'origine thoracique du grand pectoral est actuellement le meilleur procédé de reconstitution de la région commissurale [30,80].

Les lambeaux libres sont aussi utilisables avec une préférence pour les lambeaux libres fins resensibilisables, tel que le lambeau anté-brachial radial ou lambeau « chinois » [80].

❖ Commissuroplasties : (Figure 33)

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

Selon le type et l'importance de la lésion, différents procédés sont possibles.

L'important est de reconstruire les trois plans de la lèvre [68,82,83].

- Plan cutané :

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

- Plan musculaire :

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

On réalise un clivage sagittal selon un tracé arciforme à concavité supéro-interne, permettant d'obtenir une bande musculaire interne appendue à la berge inférieure et une bande externe appendue à la berge supérieure.

Les deux bandelettes musculaires sont suturées l'une à l'autre au point commissural. La suture est nouée sur un bourdonnet à la joue.

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

A partir du 15^{ème} jour post opératoire la mécanothérapie progressive est débutée pour lutter contre la rétraction secondaire.

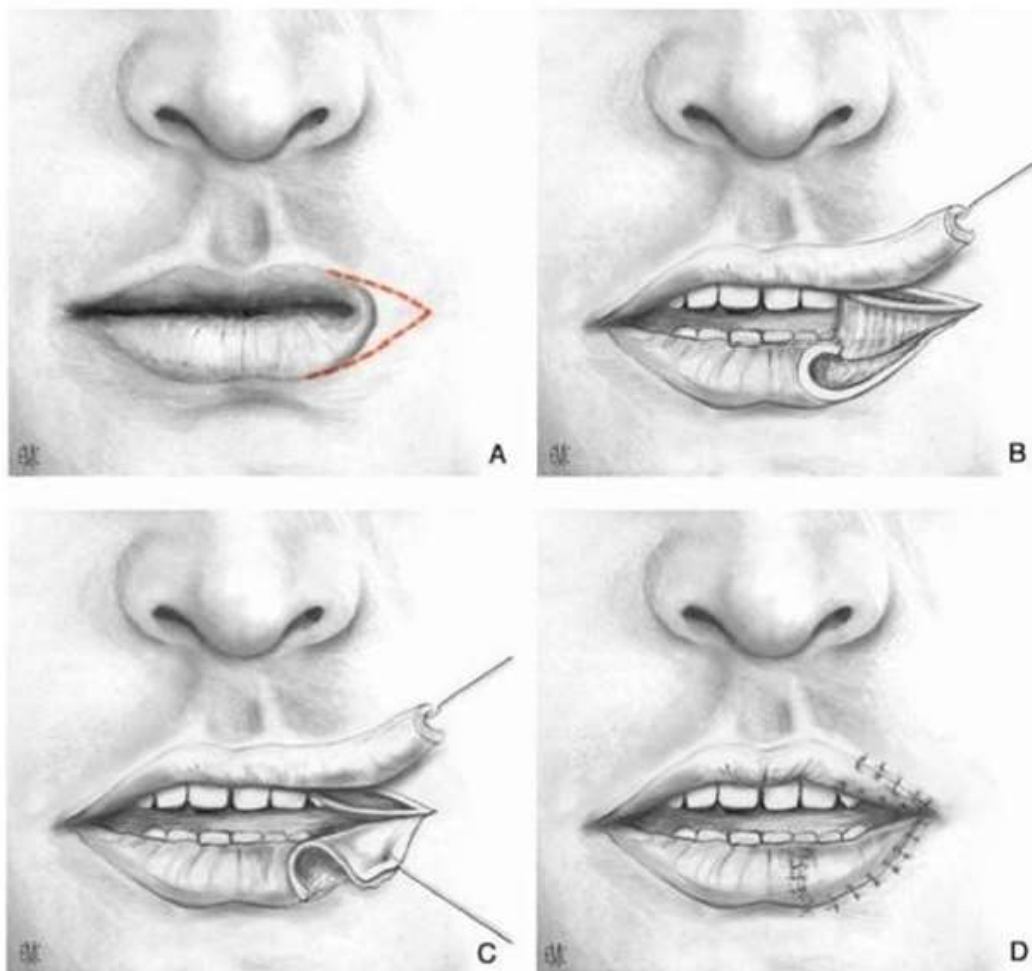


Figure 33. Commissuroplastie selon la technique de Gillies [30]

❖ **Lambeaux rhomboïdes : (Figure 34)**

Après l'exérèse tumorale, deux lambeaux rhomboïdes supérieur et inférieur sont dessinés puis réséqués de façon transfixiante jusqu'à la muqueuse, en prenant soin de ne pas blesser les pédicules vasculaires. Les lambeaux sont ensuite suturés à eux-mêmes pour former la nouvelle commissure, puis une harmonisation des sutures permet la reconstruction de la lèvre supérieure et inférieure. En cas de perte de substance importante de muqueuse de joue, un lambeau bilobé de langue peut y être associé pour reconstruire à la fois la muqueuse et la lèvre rouge.

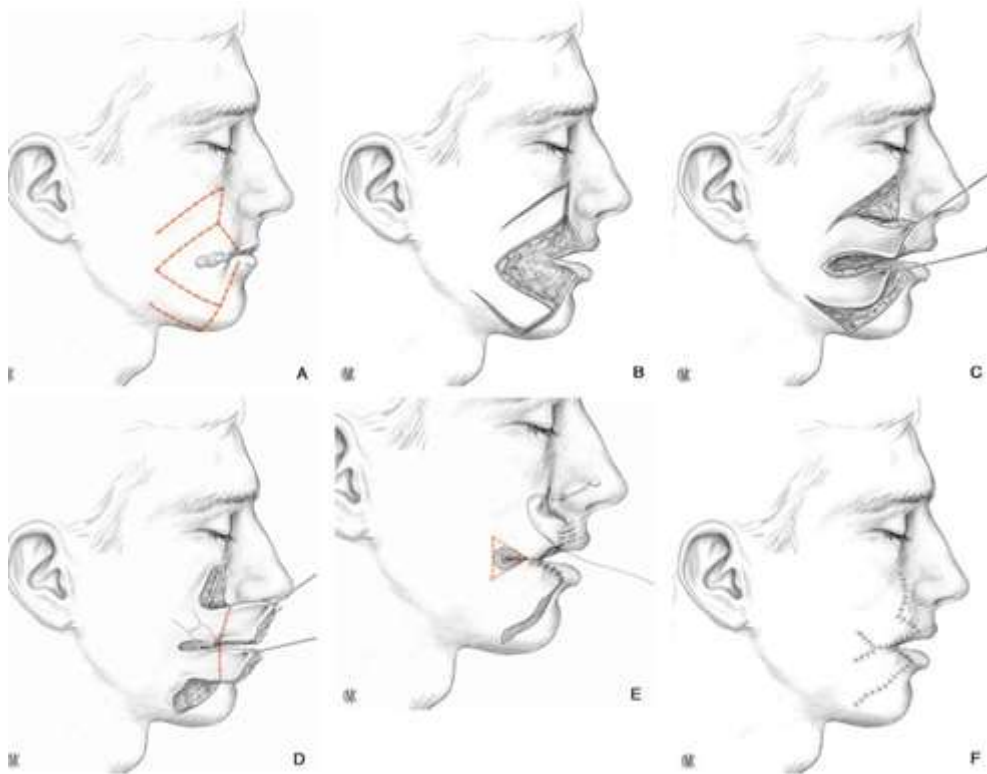


Figure 34 : Réparation d'une perte de substance transfixiante de la commissure labiale par deux lambeaux rhomboïdes [30]

**A : Dessin de l'exérèse et des lambeaux, B : Décollement des lambeaux,
C, D, E : Formation de la néocommissure par les lambeaux suturés à eux-
mêmes,
F : Aspect final.**

vi. Arbre décisionnel: (Figure 35 ; 36)

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

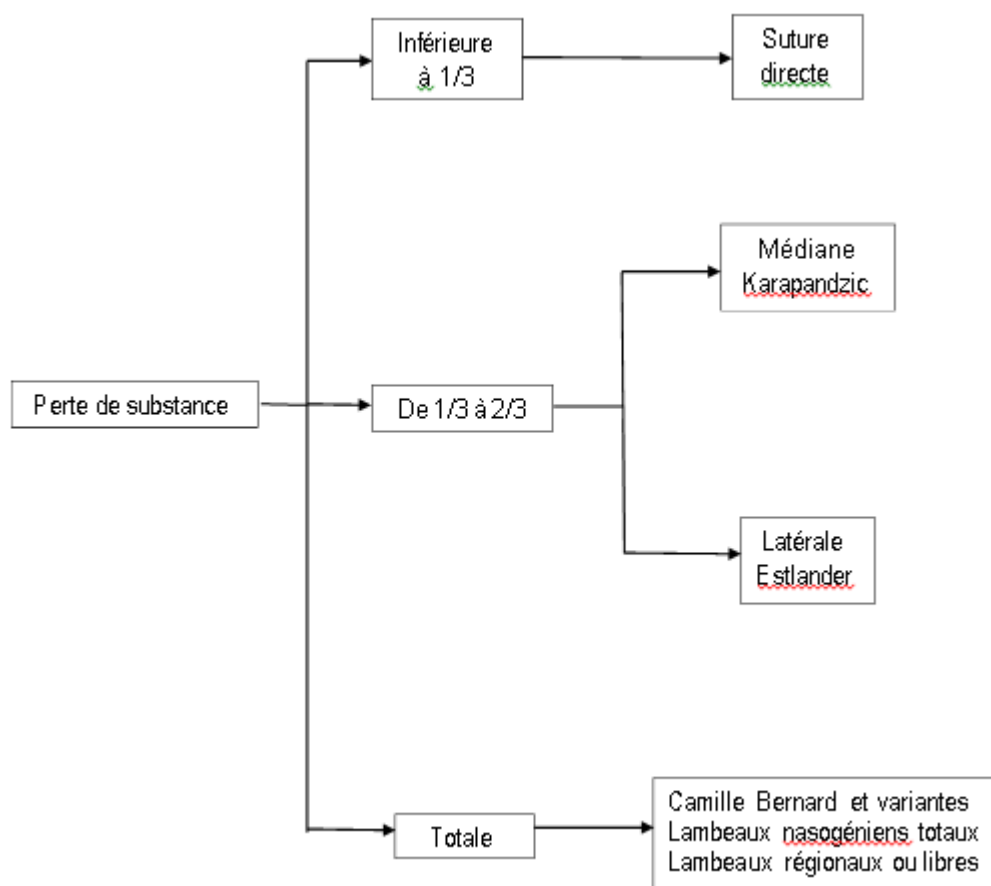


Figure 35. Arbre décisionnel. Conduite à tenir devant une perte de substance de la lèvre inférieure. [79]

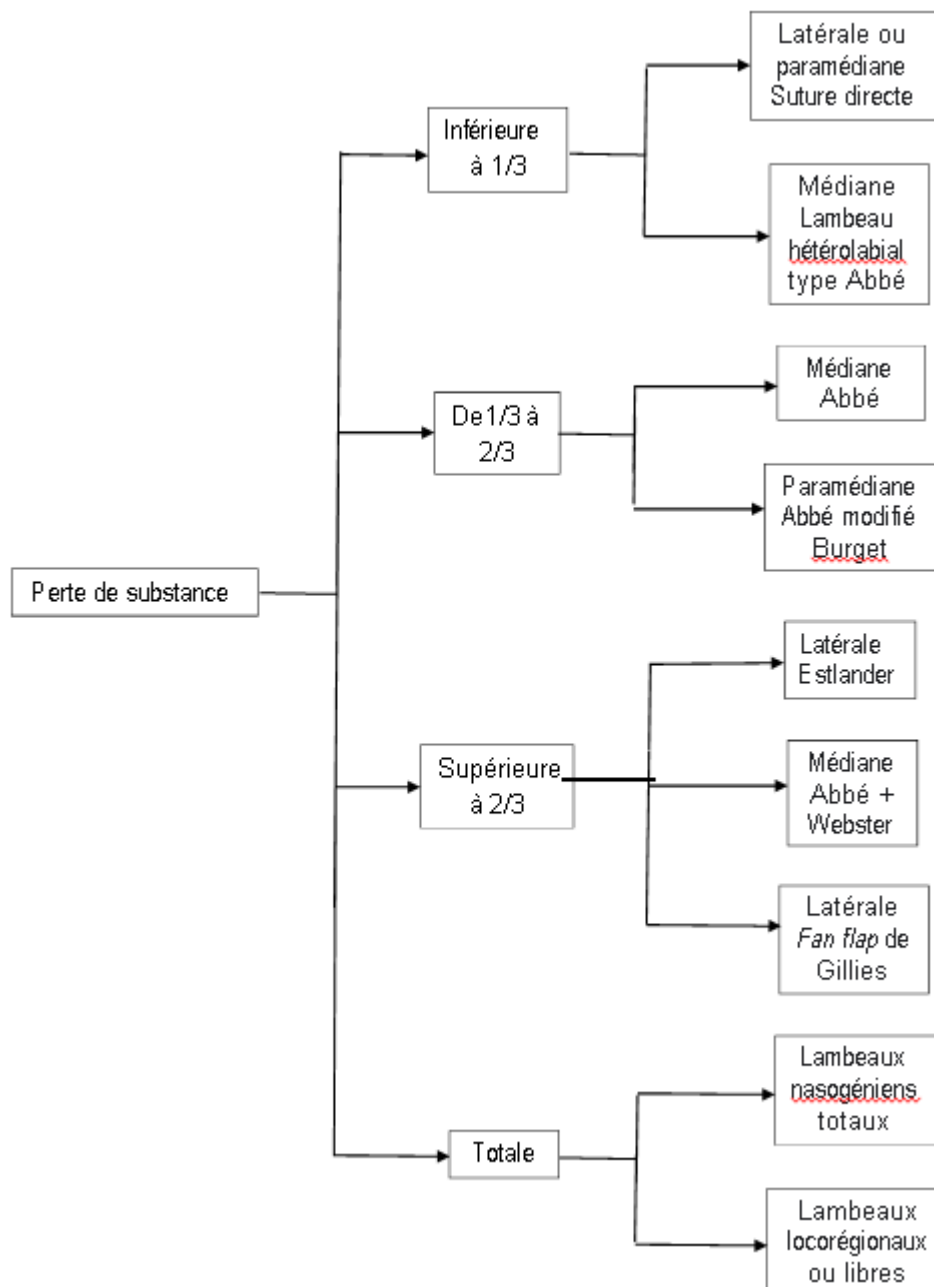


Figure 36. Arbre décisionnel. Conduite à tenir devant une perte de substance de la lèvre supérieure. [79]

3. La radiothérapie :

Elle est née au début du siècle, bouleversant les schémas thérapeutiques classiques basés uniquement sur le geste chirurgical. La curiethérapie est le traitement de choix pour la plupart des équipes. Les autres techniques de radiothérapie conservent des indications précises [20].

a. La curiethérapie :

Depuis 1975, et du fait de leurs caractéristiques physiques, les fils d'irradium 192 sont utilisés dans le traitement des tumeurs malignes des lèvres. La technique actuelle a été modifiée et décrite par HENSCHKE et PIEQUIN [59].

- **Principe [58]:**

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

- **Technique :**

L'implantation se déroule en deux temps :

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

Dans un second temps, les fils radioactifs sont mis en place au lit du malade.

La dose varie entre 60 et 80 Gy, en moyenne elle est de 65 Gy [20,59]. Ces fils sont laissés en place pour une durée dépendant de la radioactivité propre du fil d'irradium.

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

- **Les résultats :**

Les résultats de la curiethérapie sont habituellement favorables : ceux rapportés par CASINO [20] montrent un taux de guérison de 90 à 95 % pour les T1, de 91% pour les T2, tandis que pour les T3 T4 la survie diminue en fonction du stade d'envahissement ganglionnaire.

Cependant, LUNA- ORTIZ [60], insiste sur la nécessité d'un opérateur compétent pour obtenir des résultats satisfaisants.

Par ailleurs, une analyse rétrospective et multicentrique des résultats du traitement de 1870 cancers de la lèvre a été publiée par le groupe européen de curiethérapie, avec un recul minimum de 2 ans [61]. Le taux de contrôle local obtenu avec la curiethérapie exclusive par iridium 192 était de 98,4 % pour les tumeurs classées T1, 96,6 % pour les T2, et 89,9 % pour les T3 (plus de 4 cm). L'apparence normale de la lèvre était conservée chez 82 %, 51 % et 27 % des patients atteints respectivement de tumeur classée T1, T2 et T3. Il y avait des séquelles visibles chez 17 %, 44 % et 64 % des patients et un mauvais résultat esthétique ou fonctionnel chez 1,5 et 9 %.

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

b. La radiothérapie externe :

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

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

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

La survie spécifique à 5 ans; pour les tumeurs supérieures à 4 cm(T3), elle n'est que de 70 à 80 % et seulement 25 à 50 % pour les T4 [61].

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

Les récurrences locorégionales surviennent à des fréquences voisines après chirurgie ou radiothérapie : dans 5 à 11% des T inférieurs à 1 cm, et jusqu'à 53 % des T4 ; 50 % des patients en récurrence locale ou ganglionnaire sont contrôlés après chirurgie ou radiothérapie [61].

4. La Chimiothérapie :

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

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

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

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

C. Indications :

1. Moment de l'intervention

Intervention en chirurgie réglée, après CPA, RCP et consentement éclairé du patient.

2. Chirurgie :

a. Au niveau du site tumoral :

L'exérèse chirurgicale a été indiquée en première intention chez 90% de nos patients. Une chimiothérapie pré-adjuvante a été indiquée chez 1 patient pour une tumeur labiale volumineuse.

L'exérèse chirurgicale a été indiquée en première intention chez tous les patients dans la série de Sbai M [12] et Lakhmiri M [22]. Dans la série de Casal D [10], 2 des 228 patients ont bénéficié de radiothérapie pré-opératoire pour une tumeur labiale inférieure rapidement évolutive. Le reste des patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical en première intention.

Comme recommandé par Bessede JP[30], des marges latérales de 1cm et des marges en profondeur proportionnelles aux marges latérales ont été respectées lors de l'ablation tumorale chez nos patients.

L'étude histologique des marges d'exérèse orientées de la tumeur n'a pas montré d'envahissement dans l'étude de Lakhmiri [22]. Tandis que, chez Casal D [10], les limites d'exérèse étaient tumorales dans 3,1% des cas, et chez Sbai M [12], l'étude histologique a montré un envahissement des marges chez 5% des cas.

Dans notre étude, La limite de résection était saine dans 10 cas (90,9%), et tumorale dans 1 cas (9,1%).

Elle est améliorée par l'indication des zones les plus suspectes cliniquement par le chirurgien. L'examen extemporané constitue une alternative et permet de guider les éventuelles reprises nécessaires en per opératoire [31,32].

b. Au niveau ganglionnaire :

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

- En l'absence d'adénopathie clinique, il n'y a habituellement pas d'indication à un curage ganglionnaire systématique de l'aire de drainage.
- En présence d'adénopathies palpables, l'adénectomie avec examen histologique extemporané guide l'attitude chirurgicale imposant un curage en cas d'envahissement ganglionnaire (N+) [33,34,35]

Ainsi chez nos patients, l'abstention avec surveillance des aires ganglionnaires a été indiquée pour 10 patients dont la tumeur a été classée (T1, T2) N0. Un curage ganglionnaire bilatéral a été réalisé chez une personne qui présentait une Tumeur classée T2.N2c. En effet, la présence d'adénopathies bilatérales est souvent liée à une tumeur de la ligne médiane [1].

Pour les cancers antérieurs et/ ou médians, les adénopathies sont le plus souvent sous mandibulaires et/ ou sous mentales et pour les cancers latéraux, elles sont jugulo- carotidiennes [6].

Les pièces d'exérèse ont ensuite été orientées et adressées au laboratoire pour un examen histologique. Les résultats de cet examen ont confirmé une atteinte ganglionnaire dans un cas. Les études d'Amazzal N [4], Lakhmiri M [22] rapportent la présence d'une atteinte ganglionnaire chez 1 cas. Une atteinte ganglionnaire chez 2 cas est rapportée dans l'étude de Sbai M [12]. On en conclut qu'il n'y a pas de parallélisme entre les adénopathies cliniques et l'atteinte ganglionnaire.

c. Reconstruction de la perte de substance :

Les procédés de reconstruction sont nombreux, il en existe plus de 200 [9]. Ils sont choisis en fonction du siège et de la taille de la tumeur, de la fiabilité des techniques et des particularités cliniques du patient. Il n'existe pas de consensus.

Tableau 14: Techniques utilisées pour la reconstruction labiale

Reconstruction Auteurs	Sutures	Lambeaux Loco- régionaux	Lambeaux à distance
Amazzal [4] (2008)	18,1%	81,9%	0%
Nfissi A [27] (2009)	33%	60,3%	6,6%
Casal D [10] (2010)	91,6%	7,3%	0,9%
Salgarelli AC [9] (2015)	29,1%	70,3%	0,6%
Lakhmiri M [22] (2015)	20%	70%	10%
Sbai m [12] (2018)	47,5%	35%	17,5%
Notre série	27,3%	72,7%	0%

Chez nos patients, la réparation de la perte de substance a été faite essentiellement par des lambeaux locaux pour des tumeurs assez évoluées.

Dans la série de Salgarelli AC [9] et Casal D [10] la réparation de la perte de substance a été faite essentiellement par des lambeaux locorégionaux et des sutures ce qui laisse supposer que les patients ont consulté à un stade tumoral débutant ou moyennement avancé. Toutefois, dans la série de Nfissi A [27] et Lakhmiri M [22], les tumeurs étaient assez évoluées et les résultats sont comparables.

Le lambeau en escalier de Johanson était le lambeau locorégional le plus utilisé chez nos patients (45% des cas). Chez Amazzal N [4], les lambeaux nasogéniens ont été réalisés chez 17,5% des cas. Chez Nfissi A [27], les lambeaux hétéro-labiaux ont été effectués chez 26% des cas. Chez Sbai M [12], le lambeau de Karapandzic a été effectué chez 20% des cas.

Concernant les lambeaux à distance, dans notre série, aucun cas de lambeaux à distance n'a été identifié.

Cependant dans la série de Sbai M [12], le lambeau grand pectoral a été utilisé chez 17,5% des patients. La même technique a été réalisée chez 6% des cas dans la série de Nfissi A [27]. Par contre, chez Lakhmiri M [22], c'est le lambeau chinois qui a été utilisé pour 10% des cas.

3. Radiothérapie :

i. Radiothérapie externe :

Elle a été indiquée à titre palliatif chez les sujets âgés inopérables, pour les grosses tumeurs difficiles à traiter, et en complément thérapeutique lors d'un envahissement ganglionnaire ou d'une exérèse limite dans la série de Zaraa I[7], de Casal D[10] et de Sbai M [12].

Dans notre série, 1 patient a été adressé pour une radiothérapie postopératoire suite à un envahissement ganglionnaire.

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

ii. Curiethérapie :

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

Wang [86], aux États-Unis, a rapporté d'excellents résultats avec une radiothérapie externe suivie de curiethérapie pour des cancers classés T2-T3.

Au Maroc, l'étude de Chekrine T [87] faite au centre d'oncologie du CHU Ibn-Rochd de Casablanca, a rapportée de très bons résultats et incite à adopter la curiethérapie comme principal traitement locorégional des carcinomes localisés classés T1 et T2.

Elle présente l'avantage d'être faite sous anesthésie locale, mais nécessite une hospitalisation de courte durée [88].

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

4. Chimiothérapie :

Le traitement de référence des carcinomes de la cavité orale reste la chirurgie, éventuellement suivie d'une irradiation. Cependant, une orientation thérapeutique plus conservatrice, associant chimiothérapie d'induction et radiothérapie, représente un bénéfice en termes de qualité de vie. Elle peut justifier le choix sous certaines conditions d'une chimiothérapie néoadjuvante lors de la prise en charge des carcinomes localement évolués des lèvres, diminuant le nombre de mandibulectomies et d'irradiations postopératoires [89].

Dans notre série, 1 seul cas de chimiothérapie a été réalisé pour réduction du volume tumoral.

VIII. Evolution :

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

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

A. Complication [79]:

1. De la chirurgie des lèvres :

❖ Le saignement et l'hématome :

Outre l'infiltration d'anesthésique local adrénaliné, il faut s'efforcer de réaliser l'hémostase de façon très minutieuse à la pince bipolaire.

Au niveau des lèvres, ces hématomes sont volontiers volumineux et impressionnants pour le patient et l'entourage qu'il faut savoir rassurer. L'hématome est souvent précoce, s'il est important et en particulier s'il met les tissus et les sutures en tension, il faut l'évacuer chirurgicalement.

❖ L'infection :

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

L'infection va favoriser la désunion et la rétraction cicatricielle est un facteur péjoratif pour le pronostic esthétique. Toute collection doit être drainée rapidement avec réalisation de prélèvements bactériologiques profonds qui permettront de mettre en place une antibiothérapie adaptée.

❖ La fistule et l'orostome :

La fistule réalise un trajet avec un orifice qui s'ouvre dans la bouche ou sur le versant cutané de la lèvre. L'orostome est une communication large entre la cavité buccale et le milieu extérieur.

Ces complications sont les plus fréquentes dans les étiologies néoplasiques, surtout après irradiation. Elles sont également favorisées par l'infection et peuvent survenir après désunion ou nécrose d'une suture simple ou d'un lambeau.

❖ Les anomalies de la cicatrisation :**➤ La cicatrice invaginée :**

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

➤ La cicatrice hypertrophique :

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

➤ La désunion cicatricielle :

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

➤ La rétraction cicatricielle :

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

➤ Le décalage de la ligne cutanéomuqueuse :

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

❖ **Les troubles fonctionnels :**

➤ L'incontinence labiale :

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

➤ La microstomie :

La microstomie est liée à l'atteinte des commissures, soit primaire, soit par un mécanisme de rétraction cicatricielle. Elle peut également être la conséquence des lambeaux réalisés pour la réparation labiale.

En fonction de son importance et de la gêne réelle (alimentation, langage), elle peut être traitée chirurgicalement par une commissuroplastie.

❖ **L'anesthésie séquellaire :**

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

2. De la radiothérapie des lèvres:

❖ **Complications précoces :**

- Radiodermite, épidermite,
- Radiomucite, xérostomie,
- Candidose,
- Dysgueusie, dysphonie, dyspnée, dysphagie

❖ **Complications tardives :**

- Radionécrose tissulaire et osseuse,
- Trismus, troubles de la mastication et de la déglutition
- Hyposialie, asialie
- Atteintes dentaires (polycaries et dents d'ébène)

3. Récidive :

i. Récidive local :

Le taux de récidive locale varie selon les séries et les modalités de traitement entre 9% et 34% [90].

Le traitement des récidives locales après radiothérapie fait appel à la chirurgie de rattrapage puisqu'une deuxième irradiation à dose curative n'est pas envisageable. Il s'agit d'une chirurgie difficile à mener en territoire irradié avec des tissus scléreux et mal vascularisés. Les suites opératoires sont souvent lourdes avec nécrose, surinfection, difficulté de cicatrisation et il est préférable d'apporter des tissus bien vascularisés à l'aide de lambeaux prélevés en dehors de zone irradiée.

ii. Récidive ganglionnaire :

Une des principales causes d'échec du traitement des cancers Des lèvres est la récidive ganglionnaire.

Les récidives ganglionnaires en terrain irradié sont traitées par chirurgie avec des résultats décevants. Il est souvent difficile d'obtenir des exérèses satisfaisantes sur le plan carcinologique.

Lorsqu'il n'y a pas eu d'irradiation, la récidive ganglionnaire est prise en charge selon le même schéma que pour les adénopathies initiales. On peut avoir recours à la chirurgie robotisée.

Elle s'observe dans 5 à 12% des cas Chez les malades N0.

L'existence de métastases ganglionnaires occultes est l'une des raisons qui expliquent ces récidives ganglionnaires. L'incidence de ces métastases occultes varie dans la littérature entre 30% et 70% [91].

Les échecs de la chirurgie peuvent à nouveau être traités par chirurgie, habituellement suivie de radiothérapie ou par radiothérapie exclusive.

4. Métastase à distance :

Les métastases à distance des cancers des lèvres sont rares ne dépassant pas 2% [24].

Elles sont habituellement pulmonaires, plus rarement hépatiques ou osseuses.

B. Résultats :

1. Résultats carcinologiques :

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

Chez Salgarelli AC [9], Casal D [10], Vukadinovic M [13] et Amazzal N [4], les patients ont d'abord été traités par chirurgie. Des récurrences locales ont été observées chez 0,6%, 12,80%, 10,80% et 4,6% des patients. 1 seul cas de récurrence ganglionnaire a été observé dans l'étude de Sbai M [12] (soit 2,5%). Aucune récurrence ni métastase à distance n'a été retrouvée chez Lakhmiri M [94] après une évolution allant de 1 à 2 ans.

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

Les résultats de la chirurgie sont bons puisque parmi les 11 opérés, nous avons noté aucun cas de récurrence ganglionnaire ni de récurrence locale.

Dans l'étude de Vukadinovic M [13] 2,14% des cas ont présentées des métastases osseuses (figure 36).

Dans notre étude aucun cas de métastase à distance est objectivé



Figure 36: scintigraphie osseuse d'un patient de 39 ans présentant un Carcinome de la lèvre inférieure [13]

Métastase osseuse au niveau de :

- la pointe scapulaire droite
- Manubrium
- ose iliaque gauche
- l'os fémoral droit.

Tableau 15: Résultats carcinologiques après traitement chirurgical

Séries	Récidives locales	Métastases à distance
Vukadinovic M [13] (Belgrade, 2004)	10,8%	4,5%
Amazzal N [4] (Marrakech, 2008)	4,6%	0%
Casal D [10] (Lisbonne, 2010)	12,8%	0%
Salgarelli AC [9] (Modène, 2015)	0,6%	0%
Lakhmiri M [22] (Rabat, 2015)	0%	0%
Sbai M [12] (Fes, 2018)	0%	0%
Notre série	0%	0%

Selon Conill C et al [88], la curiethérapie donne d'excellents résultats sur le plan carcinologique, esthétique et fonctionnel. Le taux de contrôle local à cinq ans est de 90 à 98 %. Le taux d'évolution ganglionnaire est d'environ de 5 %, ce qui justifie une surveillance rapprochée uniquement. Ce risque augmente en cas d'atteinte de la commissure labiale et de tumeur infiltrant de plus de 1 cm. Le taux de complications de T2-T3 est de l'ordre de 3 %. Ce risque est directement lié à l'absence de port de protection plombée.

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

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

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

La survie était difficile à estimer dans notre étude vue que 30% de nos patients étaient perdus de vue.

2. Résultats esthétiques et fonctionnels :

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

Selon Brahem H et al [93], les techniques de réparation par sutures directes et par lambeau d'Abbé donnent de bons résultats sur le plan fonctionnel et esthétique. Les techniques de réparation en escaliers, de Webster, d'Estlander et de fan flap de Gilles donnent un résultat fonctionnel satisfaisant aux dépens d'une rançon cicatricielle importante. Les lambeaux à distance permettent de reconstruire une perte de substance étendue mais s'avèrent insatisfaisants sur les plans fonctionnel et esthétique. Le but essentiel dans la réparation labiale est d'offrir la meilleure réhabilitation fonctionnelle et esthétique.

Dans notre série, les résultats esthétiques et fonctionnels ont été jugés très satisfaisants dans la majorité des cas.

Dans la série de Salgarelli AC [9], les résultats fonctionnels et esthétiques étaient satisfaisants sauf pour 1 patient traité par lambeau du grand pectoral qui a gardé des séquelles inesthétiques et fonctionnelles.

Dans la série d'Ezzoubi M [11], le résultat fonctionnel était satisfaisant dans 92% des patients opérés. Le résultat esthétique était excellent dans 60 % des cas et bon dans 30 % des cas.

Dans la série de Amazzal N [4], un patient a présenté une limitation de l'ouverture buccale ne gênant pas l'alimentation ni l'élocution. Deux patients ont présenté une microstomie. Ils ont eu une commissuroplastie bilatérale, celle-ci leur a permis une ouverture buccale satisfaisante.

Dans la série de Lakhmiri M [22], les résultats esthétiques et fonctionnels étaient globalement satisfaisants en dehors d'un cas de reconstruction par lambeau

« chinois » qui a présenté une rétro- chéilite inférieure et d'un autre cas de reconstruction par lambeau du grand pectoral qui a présenté une limitation de l'ouverture buccale.

Dans la série de Sbai [12], les résultats esthétiques et fonctionnels ont été jugés acceptables dans la majorité des cas. Les lambeaux locorégionaux ont donné une satisfaction supérieure aux lambeaux à distance qui étaient inesthétiques. L'incontinence labiale a été notée chez 17,5% des patients et la microstomie chez 15% des cas.

IX. Prévention :

1. Prévention primaire :

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

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

Aussi la prévention primaire du cancer labial nécessite la lutte contre la consommation du tabac et de l'alcool ainsi que la remise en état de la cavité buccale (élimination des dents délabrées ou mobiles ou prothèses traumatisantes) [9]

2. Prévention secondaire :

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

❖ Traitement médical des lésions pré- néoplasiques

- Les poussées de lichen sont justifiables d'une corticothérapie, soit locale soit, en cas d'échec, générale.
- La vitamine A acide (rétinoïdes) peut être appliquée sur les lésions hyperkératosiques.

❖ **Traitement chirurgical**

La prise en charge chirurgicale est la solution de choix car permettant une étude histologique de la lésion et de ses limites.

Les kératoses actiniques bénéficient souvent du traitement chirurgical simple représenté par la vermillonectomie.

X. Traitement palliatif [94]:

Ce rôle ingrat est habituellement dévolu à la radiothérapie. Elle paraît moins agressive envers le malade et ne nécessite pas obligatoirement une hospitalisation. Il faut savoir en limiter la dose en fonction de l'amélioration clinique observée et de la tolérance du malade.

La chirurgie peut également avoir un rôle à jouer pour éviter la douleur ou améliorer une fonction. Ses indications doivent être mûrement réfléchies en fonction de l'espérance de vie du patient.

La chimiothérapie, souvent utilisée, doit être évaluée après deux cycles de traitement.

Le recours aux antalgiques, y compris morphiniques, doit être large avec l'aide de consultation spécialisée antidouleur en cas de difficultés, car d'autres moyens sont utilisables (infiltration, électrostimulation etc.)

CONCLUSION

Les tumeurs malignes des lèvres sont fréquentes chez les hommes âgés de plus de soixante ans.

Plusieurs facteurs de risque sont impliqués dans leur survenue. Dans notre contexte, le tabagisme chronique et l'exposition solaire sont les facteurs les plus récurrents. Ils favorisent l'apparition d'états pré-néoplasiques.

Le diagnostic de ces tumeurs est facile, tumeur accessible à l'examen clinique. Mais, parfois il se fait à un stade tardif du fait d'un retard de consultation des patients.

La prévention passe par la sensibilisation des populations aux facteurs de risque, le dépistage et le traitement précoce des lésions pré-néoplasiques.

Le traitement est basé essentiellement sur la chirurgie et la radiothérapie.

Le pronostic est généralement bon.

La perte de substance créée par l'exérèse tumorale peut être recouverte par différentes techniques chirurgicales utilisant le plus souvent des lambeaux. Les indications sont dictées par la taille et le siège de la tumeur ainsi que la fiabilité de la technique.

Quel que soit le traitement choisi, il doit conduire à la guérison et à une réparation labiale satisfaisante sur le plan fonctionnel et esthétique.

RESUME

Résumé

Les tumeurs malignes des lèvres à propos de 11 cas

Introduction :

Les cancers des lèvres sont des proliférations cellulaires malignes développées aux dépens des lèvres, le carcinome épidermoïde est le type histologique le plus fréquent. Ce sont des tumeurs accessibles à l'examen clinique. Le diagnostic se fait en général à un stade précoce et l'exérèse carcinologique de la tumeur est souvent possible.

Après l'exérèse tumorale, la reconstruction doit répondre aux principes de la chirurgie réparatrice labiale : reconstruire une lèvre ample, mobile et continente.

But :

Etudier le profil épidémiologique, les caractéristiques cliniques et pathologiques, la prise en charge thérapeutiques et l'évolution des tumeurs malignes des lèvres à travers une série hospitalière.

Méthodes et matériels :

C'est une étude rétrospective qui porte sur l'analyse des dossiers des patients traités pour cancer des lèvres au sein du service de chirurgie maxillo-faciale et de stomatologie de l'hôpital militaire Moulay Ismail de Meknès, pendant une période de 7 ans [2012-2019]

- Les critères d'inclusion sont les suivants :

Patients hommes ou femmes de tout âge, vu pour cancer de la lèvre au service et après confirmation anatomopathologique.

- Les critères d'exclusion sont les suivants :
 - Tumeurs bénignes, tumeurs vasculaires.
 - Dossiers inexploitable.

Résultats :

11 cancers des lèvres (10 hommes et 1 femme) avec un âge moyen de 64 ans ont été retenus. Les principaux facteurs de risque étaient l'intoxication tabagique et l'exposition solaire chronique. La tumeur siégeait essentiellement à la lèvre inférieure chez 8 cas. Le diagnostic du cancer est confirmé par l'examen histologique chez tous les patients. Le bilan d'extension comportant essentiellement la TDM cervico-thoraco-abdomino-pelvienne. 8 cas de carcinome épidermoïde et 3 cas de carcinome basocellulaire. Une chirurgie d'exérèse était indiquée chez tous les patients avec une marge de sécurité large. La reconstruction est faite par cicatrice dirigée chez 3 patients et par lambeaux locorégionaux chez 8 patients (5 cas de lambeaux par marche d'escalier 1 cas de Lambeau d'Esclandre, 1 cas de lambeaux nasogénien et 1 cas d'avancement rotation de la lèvre). 1 cas de radiothérapie complémentaire et 1 cas de chimiothérapie préadjuvant. Des métastases ganglionnaires étaient observées dans 1 cas. Aucune métastase à distance n'a été objectivée. Au cours de la période de suivi, les suites post opératoire étaient simples et aucune récurrence n'a été notée.

Conclusion :

Le délai de consultation est souvent entre 1 mois et 6 mois après l'installation de la tumeur ce qui a permis un diagnostic précoce et une exérèse reconstruction de la tumeur avec le minimum de séquelles.

La prévention reste l'élément essentiel du traitement par l'éviction du tabagisme.

Abstract

Malignant tumors of lips: about 11 cases

Introduction :

Lip cancers are malignant cell proliferations developed on the lips, squamous cell carcinoma is the most common histologic type. These are tumors accessible to clinical examination. The diagnosis is usually made at an early stage and cancer removal of the tumor is often possible.

After tumor excision, reconstruction must comply with the principles of lip repair surgery: reconstruct a full, mobile and continent lip.

Objective :

To study the epidemiological profile, the clinical and pathological characteristics, the therapeutic management and the evolution of malignant lip tumors through a hospital series.

Methods and materials :

This is a retrospective study that examines the records of patients treated for lip cancer collected in the ENT and maxillofacial surgery and stomatology at the Moulay Ismail military hospital during a period of 7 years from 2012 to 2019.

- The inclusion criteria are as follows :

Male or female patients of any age, seen for lip cancer at the service and after pathological confirmation.

- The exclusion criteria are as follows :
 - Benign tumors, vascular tumors.
 - Inexploitable files.

Results:

11 lip cancers (10 men and 1 woman) with an average age of 64 years. The main risk factors were tobacco intoxication and chronic sun exposure. The tumor was located mainly in the lower lip in 8 cases. The diagnosis of cancer is confirmed by histological examination for all patients. The extension workup mainly comprising cervico-thoraco-abdomino-pelvic CT. 8 cases of squamous cell carcinoma and 3 cases of basal cell carcinoma. Excision surgery was indicated for all patients with a wide margin of safety. The reconstruction is done by controlled wound healing for 3 patients and by locoregional flaps for 8 patients (5 cases of Staircase flap, 1 case of Esclandre flap, 1 case of nasolabial flap and 1 case of advancement rotation of the lip). 1 case of complementary radiotherapy and 1 case of pre-adjuvant chemotherapy. Lymph node metastases were observed in 1 case. No distant metastasis has been objectified. During the follow-up period, the postoperative follow-up was simple and no recurrence was noted.

Conclusion:

The consultation delay is often between 1 month and 6 months after tumor installation, which allowed early diagnosis and resection and reconstruction of the tumor with minimal sequelae.

Prevention remains the mainstay of the treatment by smoking cessation.

ملخصأورام الشفاه الخبيثة : بصدد 10 حالات.المقدمة:

سرطانات الشفة هي عبارة عن تكاثر الخلايا الخبيثة انطلاقاً من الشفاه، سرطان الخلايا الحرشفية هو النوع النسيجي الأكثر شيوعاً. يمكن التعرف على هاته الاوراف بسهولة عبر الفحص السريري. عادة ما يتم التشخيص في مرحلة مبكرة وغالباً ما يكون استئصال الورم من السرطان ممكناً.

بعد استئصال الورم، يجب أن تتوافق إعادة التشكيل مع مبادئ جراحة إصلاح الشفاه: إعادة بناء الشفة كاملة و متحركة و قارية.

الهدف:

دراسة الملامح الوبائية والخصائص السريرية والمرضية والإدارة العلاجية وتطور الأورام الخبيثة في الشفاه من خلال سلسلة المستشفيات.

الطرق والمواد:

هذه دراسة بأثر رجعي تفحص سجلات المرضى الذين عولجوا من سرطان الشفاه في قسم الجراحة الوجه و الفكين و طب الفم بمستشفى مولاي اسماعيل العسكري بمكناس خلال سبع سنوات (-2012) (2019).

- معايير الاشتمال هي على النحو التالي:

المرضى الذكور أو الإناث من أي عمر ، الذين يتم فحصهم لسرطان الشفة في قسم الجراحة الوجه و الفكين و طب الفم وبعد التأكد المرضي.

- معايير الاستبعاد هي كما يلي:

• الأورام الحميدة والأورام الوعائية.

• ملفات غير قابلة للدراسة.

النتائج:

11 سرطان شفة (10 رجال وامرأة واحدة) بمتوسط عمر 64 سنة. كانت عوامل الخطر الرئيسية هي التبغ والتعرض المزمن لأشعة الشمس. كان الورم يتكون بشكل رئيسي في الشفة السفلى (8 حالات). تم تأكيد تشخيص السرطان عن طريق الفحص النسيجي لجميع المرضى. تشتمل عملية التمديد بشكل أساسي على CT عنق الرحم - الصدر - البطن - الحوض. 8 حالات سرطان الخلايا الحرشفية و 3 حالات سرطان الخلايا القاعدية. تمت الجراحة الاستئصالية عند جميع المرضى مع هامش أمان واسع. تمت إعادة البناء عن طريق ندبة موجهة عند 3 مرضى وعن طريق أشلاء محلية عند 8 مرضى. حالة واحدة من العلاج الإشعاعي التكميلي وحالة واحدة من العلاج الكيميائي المساعد. لوحظت النقائل في العقدة الليمفاوية في حالة واحدة. لم يتم تجسيد ورم خبيث بعيد. خلال فترة المتابعة، كانت متابعة ما بعد الجراحة بسيطة ولم يلاحظ أي انتكاسات.

خلاصة:

غالبًا ما يكون وقت الاستشارة بين شهر و 6 أشهر بعد تشكل الورم، مما سمح بالتشخيص المبكر واستئصال الورم وإعادة بنائه بأقل قدر من العواقب. تظل الوقاية الدعامة الأساسية لعلاج و ذلك عبر الإقلاع عن التدخين.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Lotfi Ben Slama

Carcinomes des lèvres

La presse médicale 2008 ; 37 : 1490-1496

[2] Poirier J, Cohen I, Baudet J.

Embryologie humaine.

Paris : Maloine. 1992 ; 206-212

[3] Frank H. Netter, MD

Atlas d'anatomie humaine 5e édition 2011 ;

P 54,70,71

[4] Amazzal N

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

Marrakech : Université Cadi Ayyad, 2008 ;

[5] Rouvière H.

Anatomie Humaine Descriptive et Topographique. Tome I, Tête et Cou.

Paris : Masson. p. 462

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

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

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

[7] Zaraa I, Ben Taazayet S, Dakhli I, et al.

[Squamous cell carcinoma of the lip: a report of 30 cases]. Tunis Med.

2013 Feb;91(2):144-9.

[8] Tazi N, El Jahd L, Rouadi S et al.

Les aspects thérapeutiques des cancers de la lèvre inférieure : notre expérience durant la dernière décennie.

Annales françaises d'Oto rhinolaryngologie et de Pathologie Cervico-faciale, Volume 131, Issue 4, Page A117

[9] Salgarelli AC, Bellini GSP, Magnoni C et al.

Guidance flap choice for lip cancer : Principles, timing and estheticfunctional results. Rev. Esp. Cir. Oral Maxilofac.

2015 ; Volume null, Issue null, Page null

[10] Casal D, Carmo L, Melancia T, et al.

Lip cancer: a 5-year review in a tertiary referral centre. J Plast Reconstr

Aesthet Surg. 2010 Dec;63(12):2040-5.

[11] Ezzoubi M, Benbrahim A, Fihri JF, et al.

[Reconstruction after tumour's excision in lip's cancer: report of 100 cases].

Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord). 2005;126(3):141-6.

[12] SBAI M,

Traitement chirurgical des cancers des lèvres-A propos de 40 cas. Thèse de doctorat en médecine.

Fes : Université Sidi Mouhamed Ben Abdellah, 2018

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

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

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

- [14] Ligier K, Belot A, Launoy G, et al.
[Epidemiology of oral cavity cancers in France].
Rev Stomatol Chir Maxillofac. 2011 Jun;112(3):164–71
- [15] El bousaadani A, El Jahd B, Rouadi S, et al.
Facteurs de risque locaux et généraux exposant au carcinome épidermoïde de la muqueuse de la cavité orale : étude cas témoins sur 109 patients.
Annales françaises d'Oto–rhino–laryngologie et de Pathologie Cervicofaciale,
Volume 131, Issue 4, Page A90
- [16] Nseir A, Estève E.
[Basal cell carcinoma].
Presse Med. 2008 Oct;37(10):1466–73.
- [17] Ben Slama L.
[Potentially malignant disorders of the oral mucosa: terminology and classification].
Rev Stomatol Chir Maxillofac. 2010 Sep;111(4):208–12.
- [18] A. Kolokythas
Lip cancer treatment and reconstruction,
Anatomic considerations of the lips 2014 ; 5–9
- [19] Franc C, Braye F, Breton P, et al.
[The Abbe–Estlander flap: anatomic basis, surgical technic and indications for lip repair]. Rev Stomatol Chir Maxillofac. 1996;97(2):92–102.
- [20] Casino A R, Toledano I P, Jorge J F, et al.
Brachytherapy in lip cancer.
Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2006;11:E223–9.

- [21] Descrozailles JM, Daban A, Fontanel JP, et al.
[Cancer of the lips].
Rev Prat. 1983 May 21;33(29):1523-4, 1527-8, 1531-5.
- [22] LAKHMIRI M.
Les tumeurs malignes des lèvres. Thèse de doctorat en médecine.
Rabat : Université Mohammed V, 2015
- [23] Barrelier P, Granon C.
Épidémiologie des cancers de la cavité buccale.
Encycl Méd Chir (Elsevier SAS, Paris), (Stomatologie,22-063-B-10), 1997:10p
- [24] Vahtsevanos K, Ntomouchtsis A, Andreadis C, et al.
Distant bone metastases from carcinoma of the lip: a report of four cases.
Int J Oral Maxillofac Surg. 2007 Feb;36(2):180-5.
- [25] Beauvillain de Montreuil C, Tessier MH, Billet J.
[Tumeurs bénignes et malignes des lèvres. EMC-oto-rhino-laryngol.
2013 ; 8(4) :1-16 [article 20-625-A-10]
- [26] Amari H.
Les tumeurs malignes des lèvres. Thèse de doctorat en médecine. Rabat :
Université Mohammed V, 2000,123p
- [27] NFISSI A
Carcinomes des lèvres. Thèse de doctorat en médecine. Fes :
Université Sidi Mohammed Ben Abdellah, 2009
- [28] V. Pinsolle, G. Robert, E. Sawaya, B. sommier, B. Péllissier
Prise en charge chirurgicale des carcinomes spinocellulaires
Annales de chirurgie plastique et esthétique 2012, 57, 114-117

[29] B. Pinatel, A. Mojallal

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

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

[30] Bessède J.-P., Sannajust J.-P., Vergnolles V.

Chirurgie des tumeurs des lèvres. EMC (Elsevier SAS, Paris),

Techniques chirurgicales – Tête et cou, 46–238, 2006.

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

[Interestand reliability of frozen section biopsy in the treatment of skin tumors]. Ann Chir Plast Esthet. 2012 Apr;57(2):125–31

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

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

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

[33] Martin L, Bonerandi JJ.

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

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

[34] Beauvillain de Montreuil C, Bessède JP

Chirurgie des tumeurs cutanées de la face 2002 ; 5 :255–264.

[35] Jol JAD, Van Velthuisen MLF

Treatment results of regional metastasis from cutaneous head and neck squamous cell carcinoma

European Journal of surgical oncology. 2002; 29: 81–86.

- [36] Menegoz F, Lesec'h JM, Rame JP, Reyt E, Bauvin E, Arveux P et al.
Lip, oral cavity and Pharynx cancers in France: incidence, mortality and trends (period 1975–1995).
Bull Cancer 2002;89:419–29
- [37] Szpirglas H, Ben Slama L.
Pathologie de la muqueuse buccale.
EMC. Paris: Elsevier; 1999.(pp.141–170)
- [38] Piette E.
Pathologie des lèvres. Traité de pathologies buccale et maxillofaciale.
Bruxelles:
De Boeck Université;1991 ;(pp.865–911)
- [39] Rothman, K. and A. Keller.
The effect of joint exposure to alcohol and tobacco on risk of cancer of the mouth and pharynx.
Journal of chronic diseases, 1972. 25(12): p. 711–716.
- [40] I. Zaraa, S. Ben Taazayet, I. Dakhli, I. Chelly, M. Mokni, M. Zitouna, A. Ben Osman.
Carcinome épidermoïde des lèvres: A propos de 30 cas. 2013, Vol. 91, 02.
- [41] Lombardi T, Samson J.
Transformation maligne sur chéilite actinique chronique chez un sujet roux*. MBCB. 2013 ; vol 19/4 :273–274
- [42] Wood NH, Moodley A.
Oral medicine case book 51: actinic cheilitis in a patient with oculocutaneous albinism. SADJ. 2013 Jul;68(6):278–81.

- [43] Wood NH, Khammissa R, Meyerov R, et al.
Actinic cheilitis: a case report and a review of the literature. *Eur J Dent.*
2011 Jan;5(1):101–6.
- [44] Savage NW, McKay C, Faulkner C.
Actinic cheilitis in dental practice.
Aust Dent J. 2010 Jun;55 Suppl 1:78–84.
- [45] Kwon NH, Kim SY, Kim GM.
A case of metastatic squamous cell carcinoma arising from actinic
cheilitis. *Ann Dermatol.* 2011 Feb;23(1):101–3.
- [46] Brix M.
[General principles of lip surgery].
Ann Chir Plast Esthet. 2002 Oct;47(5):413–22.
- [47] Piette E.
Affections des lèvres. *Encycl Méd Chir (Elsevier Paris);
Stomatologie,22054 A–10. T4,1996 :1–5.*
- [48] Reichart PA, Scheifele Ch, Philipsen HP.
Glandular cheilitis. 2 casereports]. *Mund Kiefer Gesichtschir.* 2002
Jul;6(4):266–70.
- [49] Piette E.
Affections des lèvres.
EMC – Stomatologie, Volume 1, Issue 3, September 2005, Pages 193–207
- [50] Basset–Seguin N, Renaud–Vilmer C, Verola O.
Carcinomes spinocellulaires. *Encyc Med Chir (Elsevier SAS, Paris)
Dermatologie 98–625–A–10, 2002, 9p.*

- [51] Altinyollar H, Berberoğlu U, Celen O.
Lymphatic mapping and sentinel lymph node biopsy in squamous cell carcinoma of the lower lip. *Eur J Surg Oncol.* 2002 Feb;28(1):72–4.
- [52] Paré A, Joly A.
Cancers de la cavité buccale : facteurs de risque et prise en charge.
Presse Med. (2017).
- [53] B., Raphaël.
Évolution des idées dans la réparation des lèvres. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique* 2002 ;47:402–412.
- [54] Breuninger H, Castanet P.
[Method of histological control of the edges of surgical specimens of basal cell epitheliomas]. *Ann Dermatol Venereol.* 1987;114(4):511–4.
- [55] Wolf DJ, Zitelli JA.
Surgical margins for basal cell carcinoma.
Arch Dermatol. 1987 Mar;123(3):340–4.
- [56] Califaro L, Zupi A, Massari P, Giardino C.
Lymph-node metastasis in squamous cell carcinoma of the lip: retrospective analysis of 105 cases. *Int J Oral maxillofac Surg* 1994;23:351–5.
- [57] Martin L, Bonerandi JJ.
Prise en charge diagnostique et thérapeutique du carcinome épidermoïde et de ses précurseurs.
Recommandations. *Ann Dermatol Venereol* 2009 ; 136(Suppl.5) :S189–242
- [58] Guinot J-L, Arribas L, Chust ML, et al.
Lip cancer treatment with high dose rate brachytherapy
Radiotherapy and Oncology 2003;69:113–115

- [59] Lapeyre M, Bellière A, Hoffstetter S, et al.
Curiethérapie des cancers de la tête et du cou (cavum exclu)
Cancer/Radiothérapie 2008 ; 83:512-6.
- [60] Luna-Ortiz H, Güemes-Mez A, Villavicencio V, et al.
Lip cancer experience in Mexico. An 11-year retrospective study.
Oral Oncology 2004;40:992-9.
- [61] Géry B, Brune D, Barrellier P.
Radiothérapie des cancers de la cavité buccale.
EMC 1999; 22-065-D-10 ;11.
- [62] Zitsch3rd RP, Park CW, Renner GJ, Rea JL.
Outcome analysis for lip carcinoma.
Oto laryngol Head Neck Surg 1995; 113: 589-96
- [63] Rajaonarivelo-Gorochov N, Paraskevas A, Raulo Y, et al.
Reconstruction des pertes de substance totales de lèvre inférieure par doubles lambeaux hétérolabiaux. À propos d'un cas clinique
Annales de chirurgie plastique esthétique 2006;51:531-35.
- [64] Ginestet G.
Reconstruction de toute la lèvre inférieure par des lambeaux nasogéniens totaux. Rev. Odont. stomat. 1946; 8 :28
- [65] Sakurai H, Soejima K, Takeuchi M, et al.
Reconstruction of perioral burn deformities in male patients by using the expanded frontal scalp. Burns 2007;33:1059 -64.

[66] Foussadier F, Servant J-M.

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

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

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

Facial reconstruction using the visor scalp flap.

Burns 2002; 28 : 679-83.

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

Chirurgie réparatrice des lèvres

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

[69] Estlander JA.

Méthode d'autoplastie de la joue ou d'une lèvre par un lambeau emprunté à l'autre lèvre. Rev. Mens. Med. Chir. 1877;1:344-56

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

Is the deltopectoral flap born again? Role in postburn head and neck reconstruction. Burns 2009;35:123 – 29.

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

Le lambeau de fascia temporal superficiel pédiculé.

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

[72] Stricker M, Simon E, Durore F.

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

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

[73] Sakai S, Soeda S

A compound radial artery forearm flap for the reconstruction of lip and chin defect. Br.J. Plast. surg:1989, 42:337–338.

[74] Langstein HN, Robb L.

Lip and Perioral Reconstruction.

Clin Plastic Surg 2005;32:431–45

[75] Merville LC.

Chirurgie réparatrice des lèvres.

EMC, 2010 ;45400, 45401, 45402,4.7.12 ;

[76] Pech A, Senechal G, Laccourreyeh.

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

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

[77] Chavoïn JP.

Reconstruction des lèvres.

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

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

Karapandzic Flap for Reconstruction of Lip Defects.

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

[79] Meresse T., Chavoïn J.-P., Grolleau J.-L.

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

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

[80] McCarn KE, Park SS.

Lip Reconstruction.

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

[81] Freedman AM, Hidalgo DA.

Full-thickness cheek and lip reconstruction with the radial forearm free flap.

Ann Plast Surg. 1990 Oct;25(4):287–94.

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

Bilateral musculocutaneous unequal-Z procedure: a new technique for reconstruction of total lower-lip defects. Ann Plast Surg 2008 ;60;2:162–8.

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

Les régions commissurales. Procédés de restauration et indications.

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

[84] Lebeau J, Sadek H.

Les lèvres dépassées. Techniques de reconstruction et indications.

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

[85] Lee JW, Jang YC, Oh SJ.

Esthetic and functional reconstruction for burn deformities of the lower lip and chin with free radial forearm flap.

[86] Wang CC.

Radiation Therapy for Head and Neck Neoplasms. (Third Edition ed.),
Wiley-Liss, New York (1997)

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

Carcinomes de la lèvre : à propos de 41 cas.

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

- [88] Conill C, Verger E, Marruecos J, et al.
Low dose rate brachytherapy in lip carcinoma.
Clin Transl Oncol. 2007 Apr;9(4):251–4.
- [89] Védrine L, Chargari C, Le Moulec S, et al.
Chimiothérapie des cancers des voies aérodigestives supérieures.
Cancer/Radiothérapie 2008 ;12 ;110–19.
- [90] Sessions, D.G., et al. Analysis of treatment results for oral tongue cancer.
Laryngoscope, 2002. 112(4): p. 616–25.
- [91] DR., Gnepp.
Diagnostic Surgical Pathology of the head and neck.
Philadelphia, Sanders ed, 2000, 888 pages.
- [92] Avril MF, Auperin A, Margulis A, et al.
Basal cell carcinoma of the face: surgery or radiotherapy? Results of
a randomized study. Br J Cancer. 1997;76(1):100–6.
- [93] Brahem H, Kallel S, Hmida N, et al.
Réparation des pertes de substances transfixiantes des lèvres (A propos de 78
CAS).
37th world congress on military medicine Tunis. Tunisie, 2007 ; 20–25.
- [94] INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES DANS LES CANCERS DE LA CAVITÉ BUCCALE
ENCYCLOPÉDIE MÉDICO-CHIRURGICALE 22-065-G-10.
Prognostic in the mouth cancer : tumour factors. Oral Oncol, Eur J Cancer 1994
; 30B : 8–15.
- [95] Perrinaud A.
Carcinomes épidermoïdes.
Presse Med. 2008;37:1485–9.

- [96] Malard O., Michel G., Espitalier F.
[Chirurgie des tumeurs des lèvres. EMC–Techniques chirurgicales– Tête et cou 2013 ;8(1) :1–15[Article 46–238]
- [97] Dediol E, Luksić I, Virag M.
Treatment of squamous cell carcinoma of the lip.
Coll Antropol. 2008;32;2:199–202.
- [98] Stucker F J, Lian T S.
Management of cancer of the lip.
Operative Techniques in Otolaryngology 2004;15;226–33
- [99] Stuc Ricbourg B.
[Blood supply of the lips].
Ann Chir Plast Esthet. 2002 Oct;47(5):346–56..
- [100] Zanaret M, Paris J, Duflo S.
Evidements ganglionnaires cervicaux
EMC, Oto–rhino–laryngologie 2005 ;2: 539–53
www.db-gersite.com/HISTOLOGIE/EPITHDIG/cbgsoe/cbgsoe.htm

أطروحة رقم 21/085

سنة 2021

أورام الشفاه الخبيثة (بصدد 11 حالة)

الأطروحة

قدمت و نوقشت علانية يوم 2021/02/16

من طرف

السيد فايز عبد السلام
المزداد في 15 مارس 1995 بفاس

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات المفتاحية

الشفة - السرطان - الوبائيات - الجراحة - ترميم الشفاه - الوقاية

اللجنة

السيد مومن محمد الرئيس

أستاذ مبرز في طب وجراحة الفم والوجه والفكين

المشرف السيد شومي فيصل

أستاذ مبرز في طب وجراحة الفم والوجه والفكين

السيد بازين عزيز أعضاء

أستاذ مبرز في طب الأورام

السيد سيئاء محمد أعضاء

أستاذ مبرز في التشريح المرضي

السيد البناي جلال أعضاء

أستاذ مبرز في طب الأمراض الجلدية

عضو مشارك السيد خلفي لحسن

أستاذ مساعد في طب وجراحة الفم والوجه والفكين