



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

ANNEE 2013

THESE N° 118

Traitement chirurgical des tumeurs cutanées malignes de la face à propos de 100 cas

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE .../.../2013

PAR

MLLE. **Bouchra LACHKAR**

Née le 18 Mai 1987

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS CLES

Face–Carcinomes cutanés– Exérèse–Reconstruction

JURY

Mr. **S. AMAL**

Professeur de Dermatologie

PRESIDENT

Mme

Professeur de Chirurgie Plastique

RAPPORTEUR

Mr. **M. LMEJJATI**

Professeur Agrégé de Neurochirurgie

Mme. **EL AKHDARI**

Professeur agrégée de Dermatologie

Mr. **M. BOURROUS**

Professeur Agrégé de Pédiatrie

JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



رب اوزعني ان اشكر نعمتك التي
انعمت علي وعلى والدي
وان اعمل صالحا ترضاه
وادخلني برحمتك في
عبادك الصالحين.

صدق الله العظيم



Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

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

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

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

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

Les médecins seront mes frères.

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

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

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

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948.



LISTE DES

PROFESSEURS

UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyen Honoraire

: Pr. Badie-Azzamann MEHADJI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

Vice doyen à la recherche et la coopération

: Pr. Ag. Mohamed AMINE

Vice doyen à la pédagogie

: Pr. Ag Zakaria DAHAMI

Secrétaire Général

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

PROFESSEURS D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

ABOULFALAH	Abderrahim	Gynécologie – Obstétrique B
ABOUSSAD	Abdelmounaim	Néonatalogie
AIT BENALI	Saïd	Neurochirurgie
AIT SAB	Imane	Pédiatrie B
AKHDARI	Nadia	Dermatologie
ALAOUI YAZIDI	Abdelhaq	Pneumo-phtisiologie
AMAL	Saïd	Dermatologie
ASMOUKI	Hamid	Gynécologie – Obstétrique A

ASRI	Fatima	Psychiatrie
BELAABIDIA	Badia	Anatomie-Pathologique
BENELKHAÏAT BENOMAR	Ridouan	Chirurgie – Générale
BOUMZEBRA	Drissi	Chirurgie Cardiovasculaire
BOUSKRAOUI	Mohammed	Pédiatrie A
CHABAA	Laila	Biochimie
CHOULLI	Mohamed Khaled	Neuropharmacologie
ESSAADOUNI	Lamiaa	Médecine Interne
FIKRY	Tarik	Traumatologie- Orthopédie A
FINECH	Benasser	Chirurgie – Générale
GHANNANE	Houssine	Neurochirurgie
KISSANI	Najib	Neurologie
KRATI	Khadija	Gastro-Entérologie
LOUZI	Abdelouahed	Chirurgie générale
MAHMAL	Lahoucine	Hématologie clinique
		stomatologie et chirurgie maxillo
MANSOURI	Nadia	faciale
MOUDOUNI	Said mohammed	Urologie
MOUTAOUAKIL	Abdeljalil	Ophtalmologie
NAJEB	Youssef	Traumato - Orthopédie B
RAJI	Abdelaziz	Oto-Rhino-Laryngologie
SAIDI	Halim	Traumato - Orthopédie A

SAMKAOUI	Mohamed Abdenasser	Anesthésie- Réanimation
SARF	Ismail	Urologie
SBIHI	Mohamed	Pédiatrie B
SOUMMANI	Abderraouf	Gynécologie-Obstétrique A
YOUNOUS	Saïd	Anesthésie-Réanimation

PROFESSEURS AGREGES

ADERDOUR	Lahcen	Oto-Rhino-Laryngologie
ADMOU	Brahim	Immunologie
AMINE	Mohamed	Epidémiologie - Clinique
ARSALANE	Lamiaé	Microbiologie- Virologie (Militaire)
BAHA ALI	Tarik	Ophtalmologie
BOUKHIRA	Abderrahman	Biochimie-Chimie (Militaire)
BOURROUS	Monir	Pédiatrie A
CHAFIK	Aziz	Chirurgie Thoracique (Militaire)
CHELLAK	Saliha	Biochimie-chimie (Militaire)
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI	Najat	Radiologie
DAHAMI	Zakaria	Urologie
EL ADIB	Ahmed rhassane	Anesthésie-Réanimation
EL FEZZAZI	Redouane	Chirurgie Pédiatrique
EL HATTAOUI	Mustapha	Cardiologie
EL HOUDZI	Jamila	Pédiatrie B

ELFIKRI	Abdelghani	Radiologie (Militaire)
ETTALBI	Saloua	Chirurgie – Réparatrice et plastique
KHALLOUKI	Mohammed	Anesthésie-Réanimation
KHOULALI IDRISSE	Khalid	Traumatologie-orthopédie (Militaire)
LAOUAD	Inas	Néphrologie
LMEJJATI	Mohamed	Neurochirurgie
MANOUDI	Fatiha	Psychiatrie
NEJMI	Hicham	Anesthésie - Réanimation
OULAD SAIAD	Mohamed	Chirurgie pédiatrique
TASSI	Noura	Maladies Infectieuses

PROFESSEURS ASSISTANTS

ABKARI	Imad	Traumatologie-orthopédie B
ABOU EL HASSAN	Taoufik	Anesthésie – réanimation
ABOUSSAIR	Nisrine	Génétique
ADALI	Imane	Psychiatrie
ADALI	Nawal	Neurologie
AGHOUTANE	El Mouhtadi	Chirurgie – pédiatrique
AISSAOUI	Younes	Anesthésie Réanimation (Militaire)
AIT BENKADDOUR	Yassir	Gynécologie – Obstétrique A
AIT ESSI	Fouad	Traumatologie-orthopédie B
ALAOUI	Mustapha	Chirurgie Vasculaire périphérique (Militaire)

ALJ	Soumaya	Radiologie
AMRO	Lamyae	Pneumo – phtisiologie
ANIBA	Khalid	Neurochirurgie
BAIZRI	Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques (Militaire)
BASRAOUI	Dounia	Radiologie
BASSIR	Ahlam	Gynécologie – Obstétrique B
BELBARAKA	Rhizlane	Oncologie Médicale
BELKHOUE	Ahlam	Rhumatologie
BENALI	Abdeslam	Psychiatrie (Militaire)
BEN DRISS	Laila	Cardiologie (Militaire)
BENCHAMKHA	Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique
BENHADDOU	Rajaa	Ophtalmologie
BENHIMA	Mohamed Amine	Traumatologie-orthopédie B
BENJILALI	Laila	Médecine interne
BENZAROUEL	Dounia	Cardiologie
BOUCHENTOUF	Rachid	Pneumo-phtisiologie (Militaire)
BOUKHANNI	Lahcen	Gynécologie – Obstétrique B
BOURRAHOUAT	Aicha	Pédiatrie
BSSIS	Mohammed Aziz	Biophysique
CHAFIK	Rachid	Traumatologie-orthopédie A
DAROUASSI	Youssef	Oto-Rhino – Laryngologie (Militaire)

DIFFAA	Azeddine	Gastro - entérologie
DRAISS	Ghizlane	Pédiatrie A
EL AMRANI	Moulay Driss	Anatomie
EL ANSARI	Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques
EL BARNI	Rachid	Chirurgie Générale (Militaire)
EL BOUCHTI	Imane	Rhumatologie
EL BOUIHI	Mohamed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
EL HAOUATI	Rachid	Chirurgie Cardio Vasculaire
EL HAOURY	Hanane	Traumatologie-orthopédie A
EL IDRISSE SLITINE	Nadia	Pédiatrie (Néonatalogie)
EL KARIMI	Saloua	Cardiologie
EL KHADER	Ahmed	Chirurgie Générale (Militaire)
EL KHAYARI	Mina	Réanimation médicale
EL MEHDI	Atmane	Radiologie (Militaire)
EL MGHARI TABIB	Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques
EL OMRANI	Abdelhamid	Radiothérapie
FADILI	Wafaa	Néphrologie
FAKHIR	Bouchra	Gynécologie – Obstétrique A
FAKHIR	Anass	Histologie -embyologie cytogénétique
FICHTALI	Karima	Gynécologie – Obstétrique B
HACHIMI	Abdelhamid	Réanimation médicale
HAJJI	Ibtissam	Ophtalmologie

HAOUACH	Khalil	Hématologie biologique
HAROU	Karam	Gynécologie – Obstétrique B
HOCAR	Ouafa	Dermatologie
JALAL	Hicham	Radiologie
KADDOURI	Said	Médecine interne (Militaire)
KAMILI	El ouafi el aouni	Chirurgie – pédiatrique générale
KHOUCHANI	Mouna	Radiothérapie
LAGHMARI	Mehdi	Neurochirurgie
LAKMICHI	Mohamed Amine	Urologie
LAKOUICHMI	Mohammed	Chirurgie maxillo faciale et Stomatologie (Militaire)
LOUHAB	Nissrine	Neurologie
MADHAR	Si Mohamed	Traumatologie-orthopédie A
MAOULAININE	Fadlmrabihrabou	Pédiatrie (Néonatalogie)
MARGAD	Omar	Traumatologie – Orthopédie B (Militaire)
MATRANE	Aboubakr	Médecine Nucléaire
MOUAFFAK	Youssef	Anesthésie - Réanimation
MOUFID	Kamal	Urologie (Militaire)
MSOUGGAR	Yassine	Chirurgie Thoracique
NARJIS	Youssef	Chirurgie générale
NOURI	Hassan	Oto-Rhino-Laryngologie
OUALI IDRISI	Mariem	Radiologie

OUBAHA	Sofia	Physiologie
OUERIAGLI NABIH	Fadoua	Psychiatrie (Militaire)
QACIF	Hassan	Médecine Interne (Militaire)
QAMOUSS	Youssef	Anesthésie - Réanimation (Militaire)
RABBANI	Khalid	Chirurgie générale
RADA	Noureddine	Pédiatrie A
RAIS	Hanane	Anatomie-Pathologique
ROCHDI	Youssef	Oto-Rhino-Laryngologie
SAMLANI	Zouhour	Gastro - entérologie
SERHANE	Hind	Pneumo-Phtisiologie
SORAA	Nabila	Microbiologie virologie
TAZI	Mohamed Illias	Hématologie clinique
ZAHLANE	Mouna	Médecine interne
ZAHLANE	Kawtar	Microbiologie virologie
ZAOUI	Sanaa	Pharmacologie
ZIADI	Amra	Anesthésie - Réanimation



JE DÉDIE CETTE THÈSE

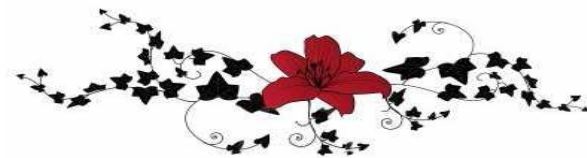


À MES CHERS PARENTS...

Tout d'abord, louange à « Allah » qui m'a guidé sur le droit chemin tout au long du travail et m'a inspiré les bons pas et les justes reflexes. Sans sa miséricorde, ce travail n'aura pas abouti.

A ma mère Amina ZEROVALI

A ma mère, symbole de patience, de tendresse et de volonté. Grâce à ton soutien et conseils j'ai pu achever mes études en médecine... Je te serais toujours reconnaissante. Les mots me manquent. Je te dédie ce modeste travail pour t'exprimer mon amour et ma gratitude de toujours t'avoir à mes cotés. Puisse Dieu, le tout puissant, te préserver et t'accorder santé, longue vie et bonheur.



A Mon père Pr. LACHKAR Abdeljalil

Aucune dédicace ne saurait exprimer l'amour et l'estime que j'ai pour vous. Rien au monde ne vaut vos efforts fournis jour et nuit pour mon éducation et mon bien être. Ce travail est le fruit de tes sacrifices que tu as consentis pour mon éducation et ma formation. Ce travail est une occasion pour t'exprimer mon profond amour et ma grande gratitude. Que dieu te garde et te donne longue vie pour que je puisse te combler à mon tour.



A mes grands parents

Aucune phrase ne saurait exprimer toute l'affection et l'amour
que j'ai pour vous.

Je suis reconnaissante pour tous vos sacrifices, votre soutien et
vos prières.

Que dieu vous procure sa miséricorde.



*A mes sœurs et frère: Meryam, Amal, Ahmed-amine et
Hibat-allah.*

L'affection fraternelle que vous me portez m'a soutenue
durant mon parcours. Je vous dédie ce travail en témoignage
de l'amour que j'ai pour vous. Puisse dieu vous préserver et
vous procurer bonheur et réussite, et vous aider à réaliser vos
rêves.



A mes Tantes et Oncles : Mohamed, Halima...

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



A toutes mes Amies : Sara, Soukaina, Hind, Sana, Majda, Farah,
Fatima-zahra, Jalila, Rabab ...

En souvenir des agréables moments passés ensemble et en
témoignage de notre amitié.
Je vous exprime par ce travail toute mon affection et j'espère
que notre amitié restera intacte et durera pour toujours.



A tous mes amis : Taha, Adil, Younes, Livre vert...

Votre présence m'a aidé à surmonter plusieurs épreuves.
Je vous dédie mon travail et je vous transmis mon très grand
respect.



A ma famille :

A tous ceux qui me sont chers. Et que je n'ai pas pu citer leurs
noms.

Sachez que l'amour que j'ai pour vous et qui n'a pas besoin
d'être concerté sur du papier. Votre présence m'a aidé à
surmonter les épreuves. Je vous dédie mon travail et je vous
transmis mon très grand respect.



REMERCIEMENTS

*A notre maître et président de thèse
Monsieur S. AMAL
Professeur de Dermatologie au CHU Mohammed VI*

*Je suis infiniment sensible à l'honneur que vous m'avez donné en
acceptant de présider cette thèse.
Je vous exprime ma profonde admiration pour la sympathie et la
modestie qui émanent de votre personne.
Veuillez considérer ce modeste travail comme expression de ma
reconnaissance.*

*A notre maître et rapporteur de thèse
Madame S.ETTALBI
Professeur de Chirurgie Plastique au CHU Mohammed VI*

*Malgré vos multiples préoccupations, vous avez bien voulu me confier ce
travail et le diriger.
Vos qualités humaines et professionnelles m'ont toujours marquée.
Votre disponibilité et votre acharnement m'inspirent un grand respect.
Veuillez trouver, ici, le témoignage de mon estime et de ma sincère
gratitude.*

*A notre maître et juge de thèse le Professeur
Monsieur le professeur M. LMEJJATI
Professeur de Neurochirurgie au CHU Mohammed VI*
*Je vous remercie d'avoir voulu répondre à mon souhait de vous avoir
parmi les membres de jury
En acceptant de juger mon travail, vous m'accordez un très grand
honneur.
Veuillez trouver, cher maître, dans ce travail, l'expression de mon
profond respect*

*A notre maître et juge de thèse
Monsieur le professeur N. AKHDARI
Professeur de Dermatologie au CHU Mohammed VI Marrakech
Je vous suis infiniment reconnaissante d'avoir accepté aimablement de
juger ce travail.
Votre compétence et votre sens du devoir m'ont profondément imprégnée.
Que ce travail soit l'expression de mon profond respect et de ma
reconnaissance.*

*A notre maître et juge de thèse
Monsieur le professeur M. BOURROUS
Professeur de Pédiatrie au CHU Mohammed VI Marrakech
Je vous remercie d'avoir voulu répondre à mon souhait de vous voir
parmi les membres de jury.
En acceptant de juger mon travail, vous m'accordez un très grand
honneur.
Veuillez trouver, cher maître, dans ce travail, l'expression de mon
profond respect.*

REMERCIEMENTS

INTRODUCTION

PATIENTS ET METHODES

RESULTATS

I. Epidémiologie

1. Age

2. Sexe

3. phototype.....

4. Profession

5. Antécédents

II. Etude clinique

1. Aspect Macroscopique

2. Siège.....

3. Taille

4. L'état des aires ganglionnaires

5. Stadification TNM.....

III. Etude histologique :

IV. Traitement chirurgical.....

1. Exérèse tumorale

2. La reconstruction

2.1. Moyens de couverture.....

2.2. Reconstruction selon le siège.....

3- Traitement adjuvant.....

V. Evolution

1- Carcinologique.....

2- Esthétique et fonctionnelle.....

3- surveillance postopératoire.....

VI. Cas cliniques.....

DISCUSSION

I. Anatomie de la face

III. Tumeurs malignes De la face

1- Epidémiologie

2- Histologie

3- Traitement chirurgical :.....

1.1. Carcinomes non mélaniques :.....

1.2. Mélanomes :

1.3. Tumeurs dépassées.....

IV. Moyens de reconstruction.....

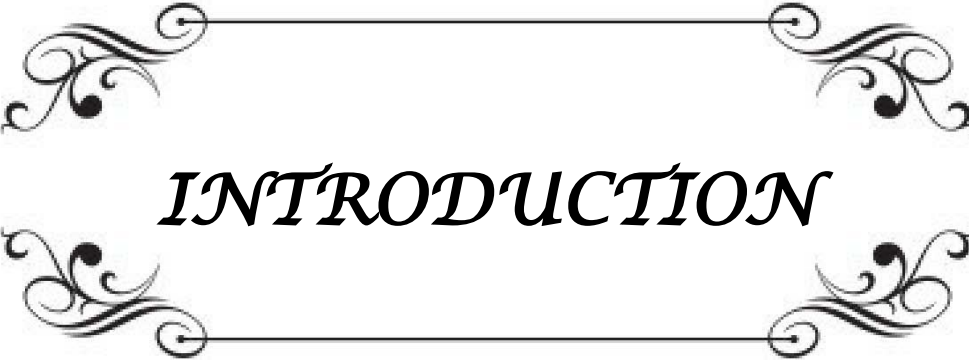
V. Place des autres procédés et perspectives d'avenir.....

CONCLUSION

RESUMES

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE



INTRODUCTION

Les tumeurs cutanées malignes de la face sont les tumeurs les plus fréquentes de la peau et des cancers en général. Elles représentent le tiers de toutes les tumeurs diagnostiquées (1).

Les carcinomes cutanés épithéliaux se développent aux dépens des kératinocytes(2). Les carcinomes cutanés épithéliaux comprennent les carcinomes épidermoïdes (CE) et les carcinomes basocellulaires (CBC). Les mélanomes eux, se développent par transformation maligne des mélanocytes(2).

La face est une entité spéciale, de part sa position céphalique, délimitée en haut par la ligne d'implantation des cheveux, latéralement par le pavillon de l'oreille et en bas par l'os hyoïde. La face a un rôle social et fonctionnel primordiaux. C'est une région où l'intégrité esthétique constitue en elle-même une fonction.

Le type histologique le plus fréquent est le carcinome basocellulaire, suivi du carcinome spinocellulaire et enfin du mélanome.

La survenue de ces tumeurs dans une région, telle que la face, expose à plusieurs problèmes dont le contrôle des marges d'exérèse dans une région pleine d'organe de sens et d'orifices facilement déformables. ; Et une reconstruction tissulaire après exérèse qui se doit d'être la plus esthétique et la plus fonctionnelle possible, « tissu like ».

Une bonne prise en charge des carcinomes de la face repose sur un diagnostic précoce, une exérèse chirurgicale complète, une reconstruction par unité et une bonne adhésion au suivi postopératoire.

Les objectifs de ce travail est de dresser un profil épidémiologique et tumoral des patients traités au sein du service de chirurgie plastique, qui avec le service de dermatologie reflètent la réalité épidémiologique du sud du Maroc, ainsi que de préciser les modalités du traitement chirurgical carcinologique et réparateur.

PATIENTS
&
METHODS

I. PATIENTS

Notre travail est une étude rétrospective au service de chirurgie plastique, esthétique et brûlés du CHU MOHAMED IV de Marrakech, entre l'an 2005 et 2011, et porte sur 100 patients, traités pour des tumeurs cutanées malignes de la face. Ils sont tous recrutés par le biais de lettre de référence. La majorité des patients 83%, ont bénéficié d'une biopsie au préalable et 17% d'une biopsie exérèse. Nos patients sont repartis comme suit : 70% des patients ont été pris en charge à l'hôpital de jour, alors que 30% étaient hospitalisés, de l'an 2005 à 2011, avec un recul minimal de 2 ans.

II. METHODES

Pour chaque patient, nous avons noté les caractéristiques épidémiologiques : l'âge, le sexe, l'origine géographique, le phototype, la profession et les antécédents...

Pour chaque tumeur, nous avons relevé les données sémiologiques, la classification TNM, le type histologique, la marge d'exérèse tumorale et les caractéristiques de la réparation tégumentaire.

Tous ces éléments figurent dans la fiche d'exploitation préétablie à cet effet (annexe 1).

Seules les tumeurs malignes histologiquement confirmées ont été retenues.

Les marges d'exérèse ont été adaptées au type histologique et à la taille de la tumeur.

La reconstruction des pertes de substance après exérèse tumorale, était différée, pour la majorité des tumeurs, jusqu'à confirmation histologique de l'absence d'atteinte tumorale des marges.

Le rythme de surveillance adoptée par notre série était de :

- Carcinomes basocellulaires : tous les 6 mois pendant 2 ans puis une fois/an pendant 5 ans.
- Carcinomes spinocellulaires : tous les 3 à 6 mois pendant 5 ans puis une fois / an à vie.

– Mélanome : tous les 3 mois pendant 5 ans, puis tous les 6 mois pendant 5 ans, puis une fois / an à vie.

La qualité de la couverture des pertes de substance de la face été jugée (bonne, moyenne et faible) d'après l'appréciation du chirurgien plasticien et la satisfaction du patient.



RESULTATS

I. Epidémiologie

1. AGE

La moyenne d'âge est de 55 ans avec des extrêmes allant de 12 à 111 ans, et une concentration des cas (65%) dans la tranche d'âge 50-75 ans (Fig. 1).

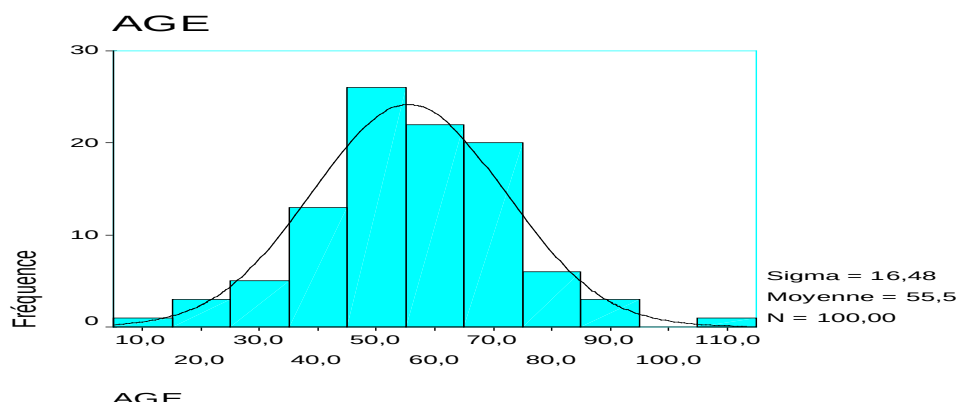


Fig. 1 : la répartition des tranches d'âge

2. SEXE

La population atteinte se compose de 47 hommes et de 53 femmes, avec un sex-ratio de 1,12. (Fig 2)

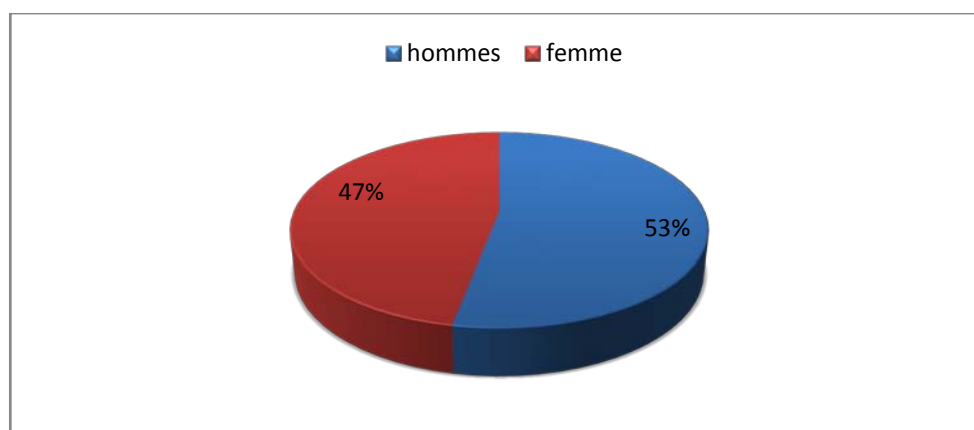


Fig.2 : répartition selon le sexe

3. PHOTOTYPE

La majorité des patients sont de carnation brune et mate (photo type III et VI) dans 81%, les autres patients (19%) étaient de teint clair (photo type II) ou brune foncée (V) (fig.3). Selon la classification de Fitzpatrick (annexe 2).

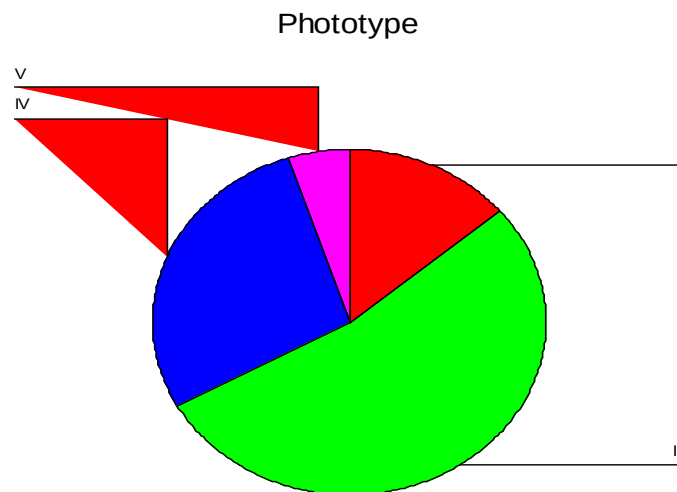


Fig.3: répartition selon le phototype

4. ANTECEDENTS

5-1 Facteurs de risque :

5-1-1 : L'exposition solaire :

Tous nos patients étaient exposés au soleil durant leur enfance et leur adolescence, sans protection notable.

L'exposition solaire liée au travail a été retrouvée chez 70% des patients. (Fig.4).

La photo-exposition s'étalait sur toute la semaine en moyenne de 6 à 7 heures par jour. Les patients concernés sont essentiellement des maçons, agriculteurs, journaliers et des vendeurs ambulants.

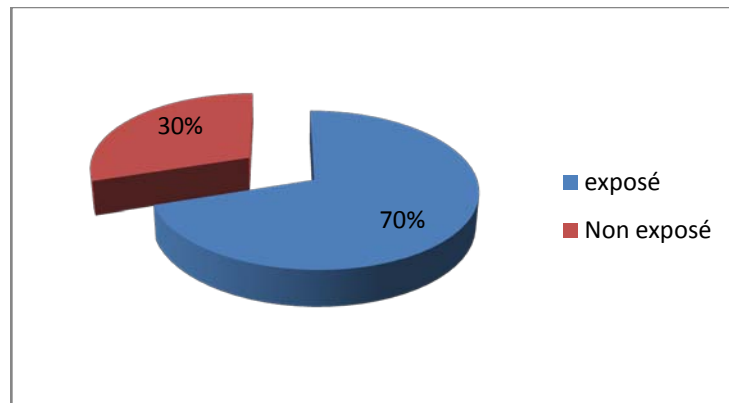


Fig.4 : répartition selon la photo exposition

5-2-2 : états précancéreux :

Les cancers sur des lésions préexistantes sont survenus dans 38 cas. Il s'agissait de kératose actinique chez 18 personnes, lésions pigmentées chez 12 patients, 5 patients présentaient des cicatrices instables, 3 patients avaient une génodermatose à type de xeroderma pigmentosum et 2 patients qui présentaient une leucoplasie du vermillon. (Fig. 5)

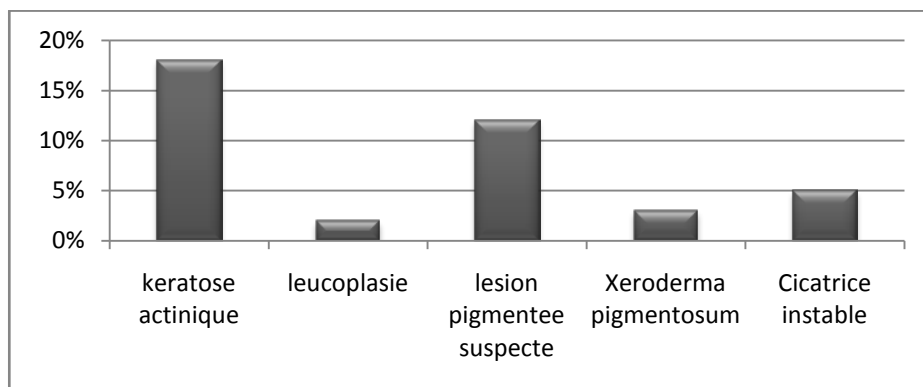


Fig. 5 : pourcentage des patients avec un état précancéreux

5-2 Tabagisme

Le tabagisme est noté chez 58 patients, 41 d'entre eux sont des tabagiques actifs et 21 sont passifs et 38 patients non tabagiques. (Fig. 6)

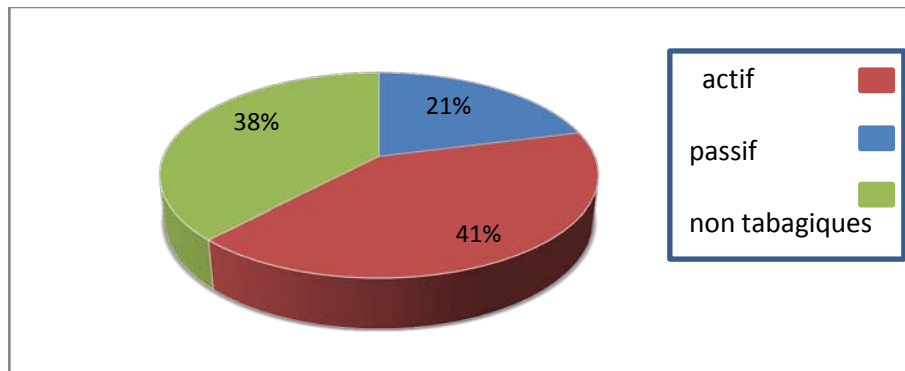


Fig. 6 : pourcentage des patients tabagiques

5-3 les autres tares associées :

Treize pour cent (13%) des patients sont diabétiques, avec des taux de glycémie dans les normes au moment de la prise en charge.

Presque le cinquième des patients sont hypertendus (21%), ils sont tous sous antihypertenseurs, avec des chiffres dans la marge normale de la tension artérielle lors de la prise en charge

Certaines patientes, représentant 4% de la population recrutées, étaient sous corticothérapie pour maladies de système.

5-4 cas familiaux dans la famille :

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

II. ETUDE CLINIQUE

1. ASPECT MACROSCOPIQUE

L'aspect macroscopique est dominé par les lésions bourgeonnantes dans 33% des cas, suivies par les lésions nodulaires dans 32%, puis par les lésions ulcéro-bourgeonnante

dans 17% des cas, suivent les lésions ulcérées par un pourcentage de 16%, et enfin les plaques, qui ne représentent que 2%. (Fig. 7)

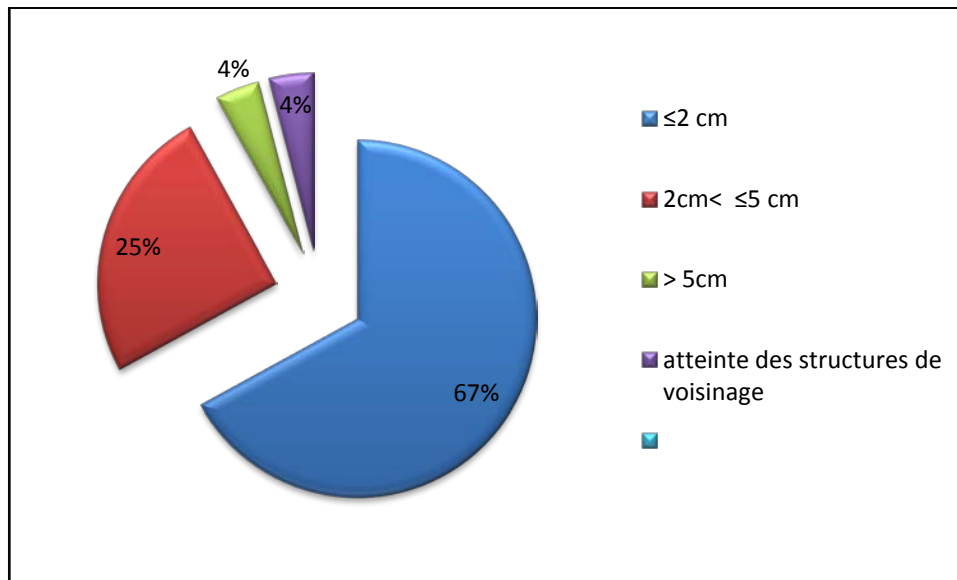


Fig.7 : répartition des tumeurs selon leur aspect macroscopique

2. NOMBRE DE LESIONS OPEREES :

On a recruté 100 patients dans cette étude, ayant présentés 121 tumeurs réparties comme suit : 85 patients ont une seule tumeur, 10 patients ont présenté deux tumeurs, 4 patients se sont présentés avec 3 tumeurs faciales et enfin un seul patient avec 4 tumeurs.

3. SIEGE :

Les lésions intéressent pratiquement toutes les unités de la face à des proportions différentes, et prédominent au niveau centro-facial dans 60% des cas. (Fig.8)

Tableau I : Répartition des lésions selon le siège.

Siège	Nombre de cas
Nasal	31
Jugal	19
Palpébral	11
canthal	9
Frontal	25
Labial	11
mentonnier	3
Temporal	4
nasogenien	8

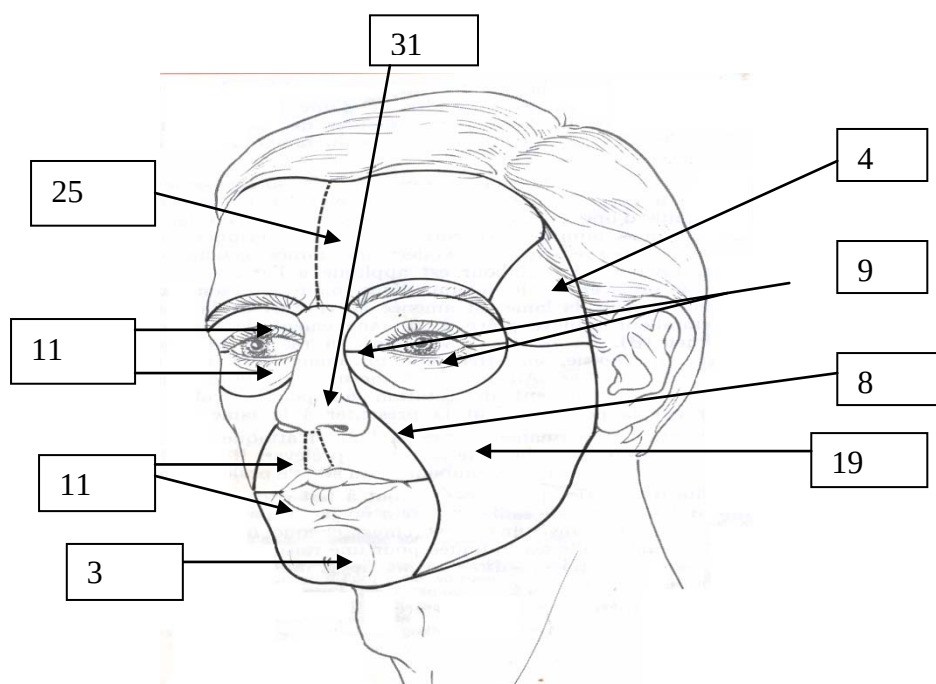


Fig.8 : Répartition des lésions selon les unités esthétiques de la face

4. Les signes fonctionnels :

La moitié des patients ont consulté suite à des infections répétitives des lésions tumorales, 30% suite à une augmentation du volume tumoral, le saignement a constitué 15% des motifs de

consultations et enfin 5% des patients ont consulté suite à des modifications de la couleur de la lésion.

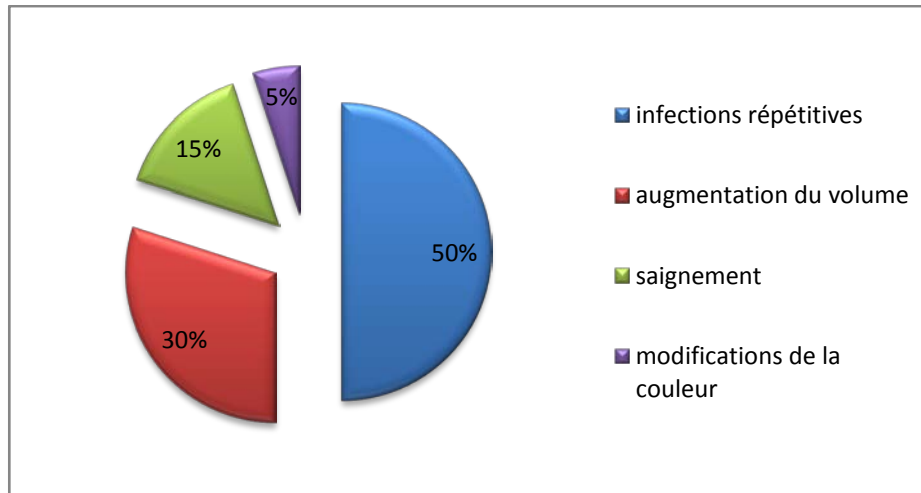


Fig.9 : les signes fonctionnels chez nos patients

5. Durée d'évolution :

La durée d'évolution dans notre série a été de l'ordre de 15 mois, avec des extrêmes allant de 4 mois à 62 mois.

6. CLASSIFICATION SELON LA TAILLE :

Concernant les carcinomes, 68,5% présentent des tumeurs dont la taille est inférieure à 2 cm de diamètre. (Fig. 9)

La répartition des cas selon la classification française de dermatologie (3):

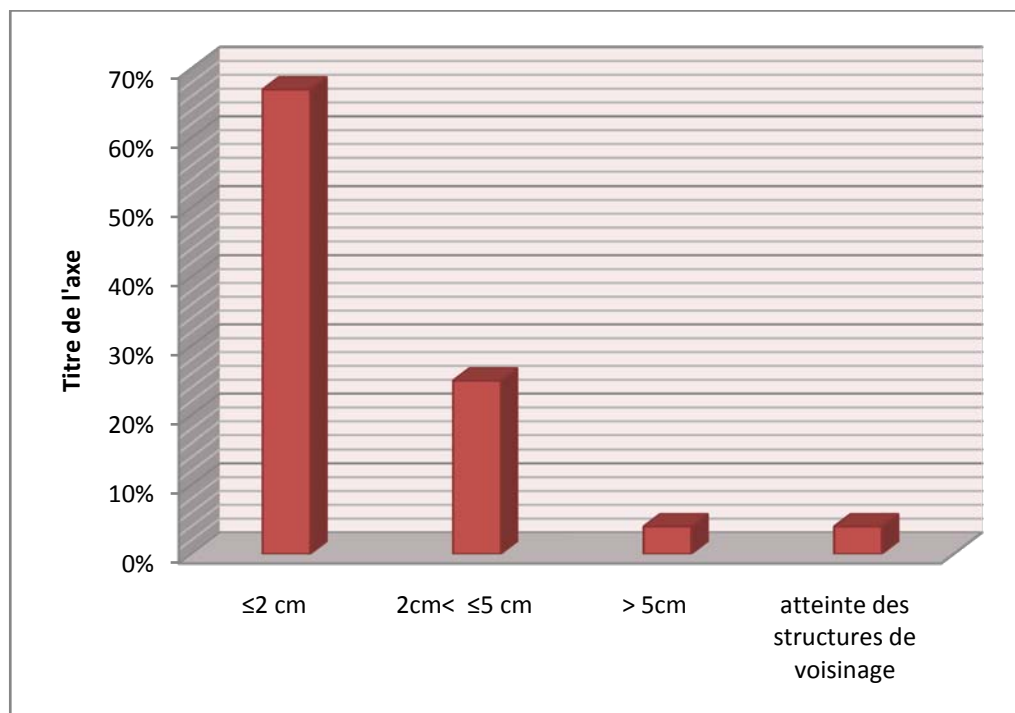


Fig. 10 : répartition des carcinomes selon leur taille.

7. ATTEINTE GANGLIONNAIRE CLINIQUE

Lors de cette étude 11 patients atteints de carcinomes épidermoïdes (spinocellulaires) ont présenté des adénopathies cervicales palpables, 10 ont des adénomegalies homolatérales. Un seul cas présente des adénopathies controlatérales.

8. CLASSIFICATION TNM :

Classification TNM des tumeurs non-mélaniques de la société française de Dermatologie (3) :

T- La taille tumorale

T1 (Taille ≤ 2 cm) : 67 cas

T2 (2 cm < taille ≤ 5 cm) : 25 cas

T3 (Taille > 5 cm) : 4 cas

T4 (tumeur atteignant une autre structure de voisinage) : 4 cas

N - Le statut ganglionnaire (N clinique)

N1 (ganglion unique homolatéral inférieur ou égal à 3 cm) : 3 cas.

N2 (ganglion compris entre 3 et 6 cm) : 0 cas

a (ganglion unique homolatéral) : 0 cas

b (ganglions multiples, homolatéraux) : 10 cas

c (ganglions bilatéraux ou controlatéraux) : 1 cas

Classification TNM des mélanomes (4, 5) :

Classification pTNM de l'UICC et de l'AJCC 6eme révision :

Stades	Critères :
IA	Breslow $\leq$ 1 mm, Clark II ou III, sans ulcération, N0, M0
IB	Breslow $\leq$ 1 mm, Clark IV ou V, ou ulcération, N0, M0 1 mm < Breslow $\leq$ 2 mm, sans ulcération, N0, M0
IIA	1 mm < Breslow $\leq$ 2 mm, avec ulcération, N0, M0 2 mm < Breslow $\leq$ 4 mm, sans ulcération, N0, M0
IIB	2 mm < Breslow $\leq$ 4 mm, avec ulcération, N0, M0 Breslow > 4 mm, sans ulcération, N0, M0
IIC	Breslow > 4 mm, avec ulcération, N0, M0
IIIA	Tumeur sans ulcération, métastases microscopiques dans 1, 2, ou 3 ganglions lymphatiques régionaux ou métastases en transit, (N1a, 2a,), M0
IIIB	Tumeur sans ulcération, métastases macroscopiques dans 1, 2, ou 3 ganglions lymphatiques régionaux ou métastases en transit, (N1b, 2b, 2c), M0 Tumeur avec ulcération, métastases microscopiques dans 1, 2, ou 3 ganglions lymphatiques régionaux ou métastases en transit, (N1a, 2a, 2c), M0
IIIC	Tumeur avec ulcération, métastases macroscopiques dans 1, 2, ou 3 ganglions lymphatiques régionaux ou métastases en transit, (N1b, 2b,), M0 Tumeur avec ulcération, métastases dans 4 ganglions, ou ganglions lymphatiques régionaux ou plus, ou métastases en transit avec métastases ganglionnaires en transit avec métastases ganglionnaires régionales (N3).
IV	Métastases à distance.

Dans notre série, nous avons recensé 6 cas de mélanomes qui sont tous classés stade I.

III. ETUDE HISTOLOGIQUE

La biopsie a été réalisée pour 85% des patients et 15% ont bénéficié d'une biopsie exérèse.

L'examen extemporané de la pièce opératoire n'a été fait dans aucun cas.

La cartographie des types histologiques est la suivante (Fig. 11)

- Carcinome basocellulaire (CBC) : (89) 74 %. Les CBC sont divisés comme suit : 34% sont nodulaires, 28% superficiels, 25% infiltrants et enfin 13% sont sclérodermiformes.

- Carcinome épidermoïdes (CSC) : (20)16 %
- Mélanome : (6)5%
- Association (CSC + CBC) : (6) 5%.

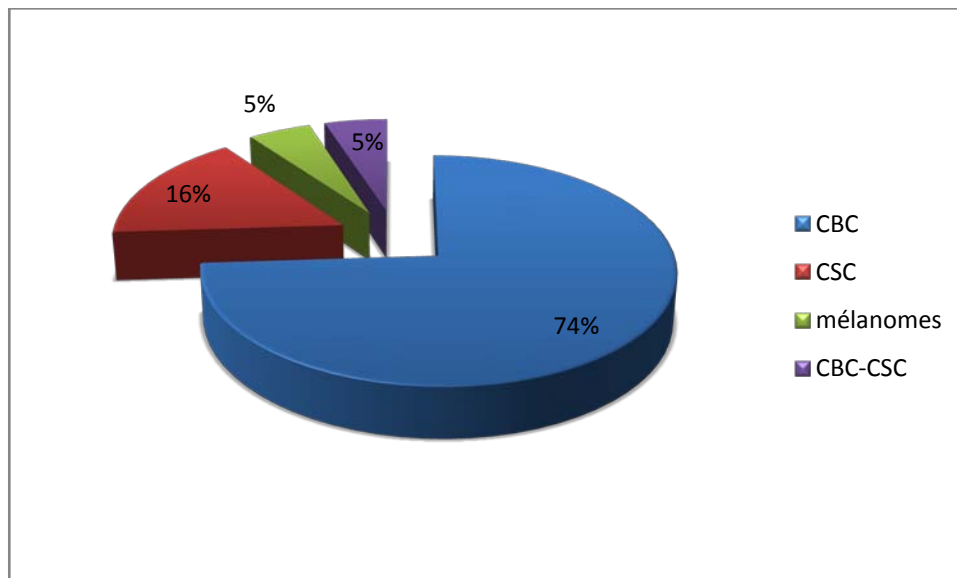


Figure 11 : Répartition des lésions selon le type histologique

L'étude histologique a confirmé la diversité des carcinomes basocellulaire, avec, une majorité de CBC nodulaire (Fig.11). Par contre les carcinomes épidermoïdes sont tous infiltrants, 4 ont présenté des embolies vasculaires et 1 cas d'envahissement péri nerveux. Pour les mélanomes, ils étaient tous classés niveau I selon l'indice de Breslow (Fig.12), sans notion de mitoses à l'examen histologique.

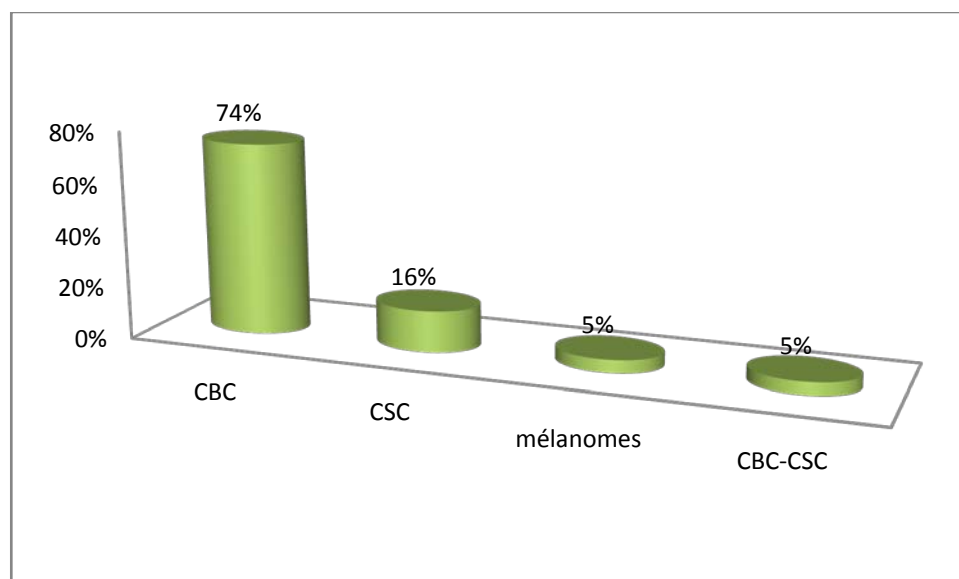


Figure 12 : Différents types de CBC

1. Répartition histologique selon le siège :

Le tableau II représente la répartition histologique des carcinomes au niveau des différentes unités de la face.

Tableau II : répartition histologique selon le siege.

Siège	Répartition histologique			
	CBC	CSC	Mélanome	CBC-CSC
Nasal	19	10		2
Jugal	14	1	3	1
Palpébral	11			
Canthal	9			
Frontal	20	1	1	3
Labial	6	5		
Mentonnier	2	1		
Temporal	4			
Nasogénien	4	2	2	

2. BILAN PARA-CLINIQUE D'EXTENSION:

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

- ❖ Une tomodensitométrie faciale a été demandée chez 23 patients, 11 ayant des adénopathies cervicales palpables, 6 patients avaient présenté un mélanome de la face, 1 enfant avec une infiltration oculaire, et enfin 5 patients qui ont présenté des tumeurs dépassées de la face, avec mutilation importante.

Ce bilan a objectivé un cas d'envahissement de l'orbite, associé à une ostéolyse du plancher orbitaire, sans envahissement intracrânien. Il a aussi mis en évidence un envahissement des structures sous cutanées adjacentes dans 5 cas, avec atteinte de plusieurs unités faciales et lyse osseuse par endroits.

- ❖ Une échographie cervicale faite pour tous les patients ayant un carcinome épidermoïde a objectivé la présence d'adénopathies chez 11 patients. Elle avait une valeur orientatrice pour la réalisation de curage ganglionnaire.
- ❖ Une échographie hépatique et une radiologie thoracique sont demandées pour 17 patients, suivis pour CSC avec adénopathies cervicales et mélanomes. Aucune métastase à distance n'a été mise en évidence.

3. LES DIFFERENTS GROUPES A RISQUE :

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

La définition de ces groupes à risque repose sur trois critères : le type histologique de la tumeur, la localisation tumorale et enfin la taille de la tumeur.

Ainsi on peut avoir :

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

Risque intermédiaire : 55 sont classés risque intermédiaire.

Haut risque : 34 au total ; 19 sont localisées au niveau nasal, 11 sont sclérodermiformes (3 au niveau du nez, 2 au niveau de la joue, 1 frontal, 2 temporaux, et 3 nasogeniens), 4 CBC frontaux dépassant 4cm.

Tableau III : Classification des carcinomes basocellulaires en groupe pronostique (7):

Bon pronostic	Pronostic intermédiaire	Mauvais pronostic
-CBC superficiels primaires	-CBC superficiels récidivés	-Formes cliniques sclérodermiformes mal limitées
-CBC nodulaire primaire : <1cm sur zone à risque intermédiaire de récurrence <2cm sur la zone à bas risque de récurrence	-CBC nodulaires : <1cm sur la zone à haut risque de récurrence >1cm sur la zone à risque intermédiaire de récurrence >2cm sur la zone à bas risque de récurrence	-Formes histologiques agressives -Formes récidivées -CBC nodulaire >1cm sur zone à haut risque de récurrence.

CSC : faible risque : 8 n'ont pas montré de risques de récurrence.

Haut risque : 4 ont présenté des embolies vasculaires, 1 une invasion péri nerveuse,

3 une taille supérieure à 2 cm, 4 accompagnés d'adénopathies.

Tableau IV: Facteurs pronostics des carcinomes épidermoïdes ()

	Faible risque	Haut risque
Cliniques		
Localisation/taille	Zone B < 20 mm Zone I < 10 mm Zone H < 6 mm	Zone B ≥ 20 mm Zone I ≥ 10 mm Zone H ≥ 6 mm
Bords	Bien limités	Mal limités
Primitif vs récurrence	Carcinome primitif	Récurrence
Immunodépression	Non	Oui
CE sur radiolésion ou lésion inflammatoire	Non	Oui
CE à croissance rapide	Non	Oui
Symptômes neurologiques	Non	Oui
Anatomopathologiques		
Degré de différenciation	Bien différencié	Modérément ou peu différencié
Formes : adénoïde (acantholytique), adénosquameux (mucosécrétant) ou desmoplastique	Non	Oui
Profondeur : Clark ou épaisseur	I, II, III ou < 4 mm	IV, V ou ≥ 4 mm
Envahissement périnerveux ou vasculaire	Non	Oui

Mélanome : sont toujours considérés comme des tumeurs à haut risque.

IV. TRAITEMENT CHIRURGICAL

1- TYPE D'ANESTHESIE :

Tous les patients ont bénéficié d'une prise en charge chirurgicale. 87% étaient fait sous anesthésie locale, et 13% des patients étaient opérés sous anesthésie générale.

2- EXERESE TUMORALE

Avant toute exérèse, le patient en décubitus dorsal. On dessine les limites d'incision avec du bleu de méthylène. On utilise la Bétadine comme solution de badigeonnage. L'anesthésie locale est faite avec la xylocaïne, autour de la zone à prélever, c'est l'anesthésie par infiltration. On note que le fragment biopsié perd spontanément 30 à 50% de son volume apparent.

1. Biopsie tumorale :

Les biopsies sont faites par lame froide de bistouri, en quartier d'orange. La pince à griffe est utilisée en périphérie de la biopsie, afin d'éviter d'écraser la zone la plus intéressante à étudier lors de l'examen anatomopathologique. La longueur de l'incision est trois fois plus grande que la largeur de la lésion. L'incision est toujours faite dans la direction des lignes de tension de la peau. En profondeur l'incision atteint le tissu cellulaire sous-cutané.

Le fragment biopsié est orienté et mis dans un flacon contenant un fixateur (formol), et acheminé au laboratoire, avec une fiche contenant les informations du patient, aspects cliniques de la lésion, la zone prélevée et enfin le diagnostic suspecté.

2. Biopsie exérèse :

Comme son nom l'indique, elle consiste à enlever la lésion en entier. Elle a été utilisée pour les mélanomes suspectés cliniquement, aussi bien pour certaines lésions suggérant des CBC nodulaires, afin de diminuer le risque de dissémination. On a eu recours à la biopsie exérèse chez 17% des patients.

3. Marges d'exérèse :

Toutes les tumeurs ont été traitées chirurgicalement; avec des marges de sécurité adaptées aux différents groupes à risques.

La marge de sécurité est de 4 à 6 mm pour les CBC à risque intermédiaire ; Et de 6 à 10 mm pour les CBC à haut risque.

Concernant les CSC, la marge est de 4 à 6 mm pour le groupe de faible risque, et 6 à 10 mm pour les CSC qui font partie du groupe de haut risque.

Pour les mélanomes, la marge de sécurité dépend de l'épaisseur de Breslow. Tous les mélanomes de notre étude avaient une épaisseur de Breslow inférieure à 1mm, donc une marge d'exérèse de sécurité de 1 cm.

3- QUALITE DE L'EXERESE CHIRURGICALE :

L'exérèse a été complète dans 91,7% cas (111 tumeurs).

Une reprise d'exérèse pour atteinte des marges périphériques était nécessaire pour : 1 CBC nodulaire frontal, 2 CBC sclerodermiformes jugaux, 1 CSC mentonnier.

Une reprise pour atteinte de la limite profonde était faite pour 1 CSC adhérent et 1 CBC infiltrant.

Ces patients ont bénéficié d'une reprise immédiate, en élargissant les marges et la profondeur d'exérèse. Les résultats histologiques obtenus sont revenus avec marges saines.

Une exérèse de propreté était réalisée chez 4 de nos patients, trois d'entre eux avaient des CBC et le quatrième suivi pour un CSC, étendus sur plusieurs unités esthétiques, avec mutilation importante.

Ces patients étaient envoyés au service d'oncologie pour traitement adjuvant.

4- RECONSTRUCTION DE LA PERTE DE SUBSTANCE

La reconstruction a été immédiate dans 9 cas, chez des patients présentant forts probablement des CBC nodulaires (perles télangiectasiques), avec une taille inférieure à 1 cm.

Pour la majorité des tumeurs (92,5%) la confirmation histologique est obtenue avant reconstruction chez les 112 cas restants.

Quatre patients ont bénéficié d'une couverture de la perte de substance après radiothérapie externe.

4-1 Les moyens de couverture

a. la cicatrisation dirigée

Utilisée chez une seule patiente, ayant présenté une tumeur canthale interne

b. La suture directe

La fermeture par suture directe de la perte de substance (PDS) est réalisée dans 31 cas. L'ablation de la lésion se fait en fuseau, pour éviter la formation de replis aux extrémités de la cicatrice lors de la fermeture, et permettre une suture de la PDS sans exercer de tension lors du rapprochement des berges. L'orientation de l'incision dans l'axe des plis naturels de la peau permet d'obtenir une cicatrice discrète. Ces sutures doivent être adaptées aux différentes régions de la face, à savoir les paupières et les lèvres.

c. Les greffes cutanées

Les greffes cutanées ont été utilisées dans 30 cas. Il s'agissait de peau totale dans tous les cas, dégraissée par la suite chez 12 cas.

La peau a été prélevée au niveau de la région rétro-auriculaire dans 9 cas, 4 au niveau palpébral, 3 en prétragien, 2 fois au niveau du creux sus claviculaire et 12 fois sur le bras.

d. Les lambeaux

L'utilisation des lambeaux a été nécessaire dans 59 cas.

Les lambeaux locaux : sont les plus utilisées. Il s'agit de lambeau de transposition LLL de Dufourmentel dans 12 cas, lambeau en cerf-volant dans 5 cas, plastie en H utilisée pour 11 cas, le lambeau d'avancement-rotation de Mustard dans 3 cas, le lambeau nasogenien dans 10 cas, et le lambeau bilobé dans 5 cas. Pour la réparation labiale on a eu recours au lambeau d'Abbe-Estlander dans 2 cas et le lambeau de Karapandzic dans 2 cas.

Les lambeaux régionaux : le lambeau frontal dans sa variante medio-frontale a été utilisé pour couvrir des PDS nasales dans 6 cas. Le lambeau glabellaire a été utilisé dans 2 cas pour la réparation des PDS du canthus interne. Et enfin le lambeau scalpant utilisé 4 fois.

Les lambeaux à distance : aucun lambeau à distance n'a été utilisé.

e. Utilisation d'épithèse :

Une épithèse oculaire a été utilisée une seule fois, chez un enfant de 12 ans, atteint d'un CBC trébrant sur Xeroderma Pigmentosum.

4-2 La reconstruction selon le siège

Tableau V : Répartition des cas selon le siège et les procédés de réparation

Siège	Procédé de réparation	Nombre de cas
Frontal 25	– Greffe cutanée	10
	– Plastie en H	10
	– Suture directe	5
Temporal 4	–Plastie en LLL	3
	– Plastie en H	1
Palpébral 11	– Greffe cutanée	5
	– Lambeau palpébral	3
	– Suture directe	3
Canthal 9	–suture directe	2
	–Greffes cutanée	4
	–Lambeau glabellaire	2
	–cicatrisation dirigée	1
Nasal 31	– Greffe cutanée	3
	–Greffes composite	3
	–lambeau scalpant	4
	– Lambeau nasogénien	6
	–lambeau bilobé	3
	– Lambeau frontal	5
	– Suture directe	7
Jugal 19	– Lambeau en LLL	9
	– Greffe cutanée	5
	– Suture directe	5
Labial 11	Lambeau d'Abbé–Estlander	2
	Lambeau de Karapandzic	2
	Lambeau W/VY	4
	Vermillonectomie/vermillonoplastie	1
	–Suture directe	2
Mentonnier 3	Suture directe	1
	Lambeau bilobé	2
Naso–jugal 8	Suture directe	5
	Lambeau nasogenien	2
	Lambeau VY	1

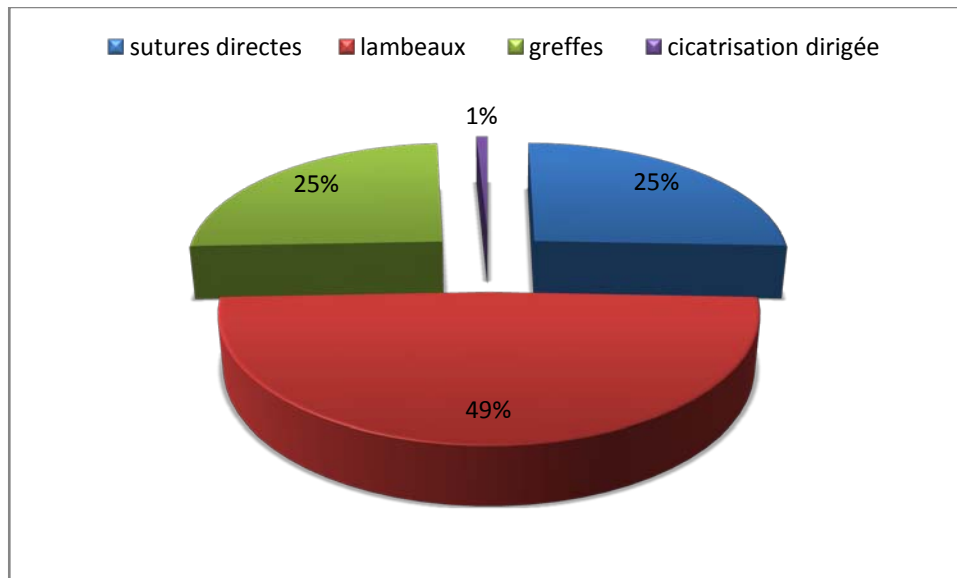


Figure 13 : répartition des types de reconstructions utilisées

V. TRAITEMENTS ADJUVANTS

Le picking ganglionnaire fait pour les patients ayant présenté des adénopathies cervicales a objectivé la présence de métastases ganglionnaires chez 4 patients ayant un carcinome épidermoïde. Ces patients ont eu recours à une radiothérapie ganglionnaire adjuvante.

Une radiothérapie locale externe par électrons était instaurée chez 5 patients, ayant des tumeurs géantes, intéressant plusieurs unités de la face, et même du cuir chevelu.

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

VI. SUIVI POST-OPÉRATOIRE :

Treize pour cent (13%) des patients suivis ont été hospitalisés, avec une moyenne d'hospitalisation de 2 jours.

Tous les patients traités étaient mis sous antibioprophylaxie de 48h ; amoxicilline-acide clavulanique, 1g deux fois par jour.

Un pansement gras vaseliné était utilisé pour tous les patients greff. Les autres ont bénéficié d'un pansement sec.

Les patients greffés ont bénéficié d'un changement de pansement entre le 5eme et 8 jours, puis sont envoyés en consultation pour suivi ultérieur.

Tous nos patients sont suivis en consultation jusqu'à cicatrisation, avec changement du pansement au bout du 5eme jour, et ablation du fil entre 5eme et 7eme jour.

VII. RYTHME DE SURVEILLANCE POST-OPERATOIRE :

- Carcinomes basocellulaires : tous les 6 mois pendant 2 ans puis une fois/an pendant 5 ans.
- Carcinomes spinocellulaires : tous les 3 à 6 mois pendant 5 ans puis une fois / an à vie.
- Mélanome : tous les 3 mois pendant 5 ans , puis tous les 6 mois pendant 5 ans , puis une fois / an à vie.

VIII.EVOLUTION

Quinze de nos patients étaient perdus de vue.

Les patients sont revus lors des consultations où les résultats carcinologiques et esthétiques sont notés.

1. SUR LE PLAN CARCINOLOGIQUE

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

Dans les limites de notre suivi, et en dehors des patients chez qui l'exérèse a été incomplète et qui ont été repris précocement, nous avons observé :

- Récidive et apparition de nouvelles lésions au niveau du visage et de tout le corps chez 3 patients suivis pour Xeroderma Pigmentosum
- récidive tumorale chez 3 patients : 2 traités pour CSC avec emboles vasculaires au niveau nasogénien et labial, l'un après 2 ans et l'autre 4 ans de la prise en charge ; Et un patient ayant un CBC infiltrant, après 4 ans de la prise en charge au niveau du front.
- Pas de récidive ganglionnaire.
- Pas de métastases retrouvées ni décès survenu.
- 5 patients ont présenté de nouvelles lésions : un CSC auriculaire, un CSC du scalp, un CBC du dos de la main et deux CBC du visage.

Tableau VI : Récidive et apparition de nouvelles lésions.

Récidive au niveau de la face et du corps	Récidive	Nouvelles lésions au niveau de la face	Nouvelles lésions au niveau du corps
Chez 3 patients (XP)	3 patients (2CSC, 1CBC)	2 patients	3 patients

2. SUR LE PLAN ESTHETIQUE

Les éléments d'appréciation du résultat esthétique sont l'existence ou non d'une déformation (asymétrie ou cicatrice visible), et d'une bonne intégration des cicatrices et des moyens de couverture au sein des unités de la face. Ces résultats étaient recueillis auprès des différents opérateurs.

L'appréciation du résultat esthétique (RE) est réalisée selon des critères qui dépendent de la discrétion de la cicatrice, l'absence de déformation, absence de modification de couleur et le

respect des organes de sens. C'est une appréciation subjective des opérateurs du service, qui rejoint celle de Bonvaillot et al (6) :

RE bon : aspect quasi normal sans anomalie notable visible.

RE moyen : cicatrice visible ou légère différence de couleur.

RE mauvais : cicatrice visible avec présence d'anomalie

(Déformation, asymétrie, pigmentation....).

Dans notre série, le RE a été jugé bon dans 58% des cas, moyen dans 16% des cas et mauvais dans 11% des cas. Avec constatation d'une perte de vue notée à 15%.

Cette appréciation a été relative pour les reconstructions majeures suite à des défauts étendus et à l'utilisation d'épithèse.

3. LES COMPLICATIONS POSTOPERATOIRES :

La complication majeure est l'infection, notée chez 10% des patients traités en hôpital de jour, jugulée grâce à une antibiothérapie locale.

Une souffrance veineuse distale d'un lambeau frontal pour reconstruction nasale a été notée, jugulée par un suivi rapproché et des pansements adaptés.

Aucune lyse de greffe n'est notée dans cette étude.

VI- Cas cliniques :

- Cas clinique N°1 : – CBC naso-génien.
- Exérèse transfixiante large et reconstruction immédiate par lambeau LLL



➤ Cas clinique N°2 : -CBC jugal

- Exérèse et reconstruction par lambeau de Mustradé.

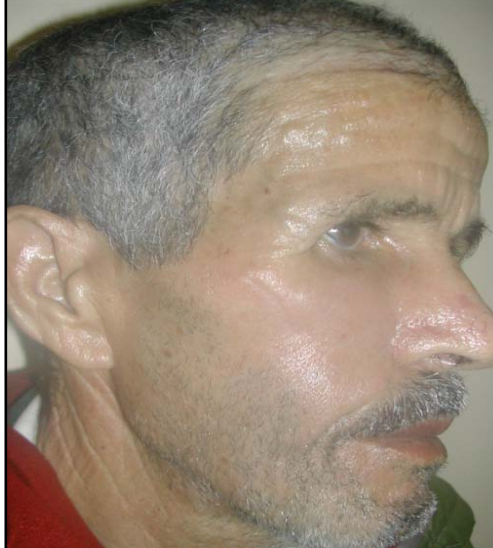
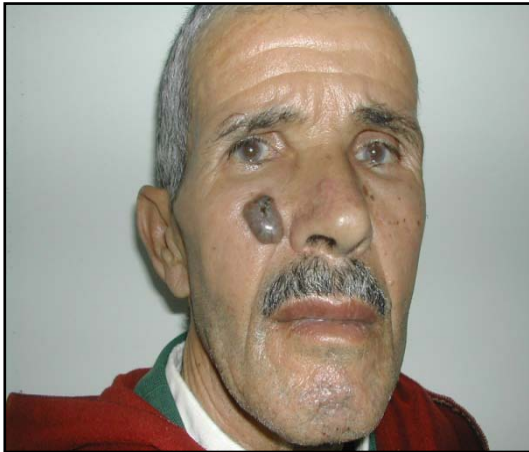


➤ Cas clinique N°3 :

- Exérèse d'un CBC de la région para-philtrale et fermeture selon Webster.



- Cas clinique N°4 :- CBC de la joue gauche.
- Exérèse d'un CBC et reconstruction par plastie LLL



Cas clinique 5 : Carcinome épidermoïde au seuil narinaire droit. Traité par exérèse transfixiante de toute l'unité esthétique. Reconstruction par lambeau en LLL.



Cas clinique 6 : CSC de la lèvre inférieure. Traitée par exérèse chirurgicale.

Reconstruction par sutures directes.



Cas clinique 7 : CSC de l'aile nasale droite. Traitee par exeresse chirurgicale transfixiante.

Reconstruction par lambeau frontal et greffe du cartilage auriculaire.





VII. TABLEAUX RECAPITULATIFS

Tableau :

N°	Age	Sexe	Siège	Taille	Clinique	Histologie	Marges	Reconstruction	
								Délai	Procédé
1	64 ans	H	Multiple	T1	Papule	CBC	saines	I	L
2	65 ans	H	Labiale	T1	Bourgeon	CBC	Saines	I	SD
3	65 ans	H	Nasale	T1	Perle+ulcération	CBC	Saines	I	L
4	61 ans	H	Nasale	T2	Perle	CBC	Saines	I	G
5	40 ans	H	Temporal	T1	Ulcéro-bourgeonnante	CSC	Saines	D	L
6	58 ans	H	Nasale	T2	Plaque	CBC	Saines	I	G
7	58 ans	F	Frontale	T3	Plaque	CBC	Saines	D	G
8	78 ans	H	Frontale	T2	Plaque	CBC	Saines	I	G
9	69 ans	F	Jugale	T1	Nodule	Mélanome	Saines	D	L
10	77 ans	F	Jugale	T1	Ulcéro-bourgeonnante	CSC	Atteintes	D	L
11	70 ans	H	Jugale	T1	Ulcéro-bourgeonnante	CBC	Saines	I	L
12	72 ans	H	Labiale	T2	Ulcérée	CBC	Saines	I	SD
13	59 ans	F	Nasale	T1	Perle	CBC	Saines	I	L
14	20 ans	H	Nasale	T1	Bourgeon	CBC	Saines	I	SD
15	63 ans	H	Labiale	T2	Ulcéro-bourgeonnante	CSC	Saines	I	L
16	60 ans	H	Frontale	T2	Ulcéro-bourgeonnante	CBC	Saines	I	L
17	70 ans	H	Multiple	T1	Plaque	CBC	saines	I	SD

Tableau

N°	Age	Sexe	Siège	Taille	Clinique	Histologie	Marges	Reconstruction	
								Délai	Procédé
18	31 ans	F	Frontale	T2	Ulcéro-bourgeonnante	CBC	Saines	D	G
19	75 ans	F	Labiale	T2	Ulcérée	CBC	Saines	I	L
20	23 ans	H	Frontale	T2	Bourgeon	Dermatofibrosarcome	Saines	D	G
21	61 ans	F	Multiple	T2	Ulcéro-bourgeonnante	CBC	Saines	I/D	L
22	30 ans	H	Multiple	T1	Ulcéro-bourgeonnante	CBC+CSC	Saines	I	G/L
23	52 ans	F	Nasale	T1	Ulcéro-bourgeonnante	CBC	Atteintes	D	L
24	70ans	H	Temporal	T1	Ulcérée	CSC	Saines	I	L
25	55 ans	H	Multiple	T3	Ulcéro-bourgeonnante	CBC	Atteintes	D	G/L
26	71 ans	F	Multiple	T3	Ulcéro-bourgeonnante	CBC+CSC	Saines	I	G/L
27	46 ans	H	Nasale	T1	Perle	CBC	Saines	I	SD
28	61 ans	H	Jugale	T2	Ulcérée	CSC	Atteintes	D	L
29	90 ans	H	Multiple	T2	Ulcéro-bourgeonnante	CBC	Saines	D	L
30	60 ans	H	Frontale	T1	Ulcérée	CSC	Saines	I	G
31	56 ans	H	Palpébrale	T1	Perle	CBC	Saines	I	L
32	66 ans	F	Labiale	T1	Ulcérée	CSC	Saines	I	L
33	50 ans	F	Nasale	T1	Plaque	CBC	Saines	I	L
34	34 ans	H	Palpébrale	T1	Papule	CBC	Saines	I	SD
35	12 ans	F	Jugale	T4	Ulcérée	CSC	Saines	D	L
36	54 ans	H	Multiple	T2	Ulcéro-bourgeonnante	CBC	Saines	I	L

Tableau

N°	Age	Sexe	Siège	Taille	Clinique	Histologie	Marges	Reconstruction	
								Délai	Procédé
37	87 ans	H	Palpébrale	T2	Ulcéro-bourgeonnante	CBC	Saines	I	L
38	70 ans	H	Multiple	T2	Ulcérée	CBC	Saines	I	SD/L
39	73 ans	F	Canthale	T1	Ulcérée	CBC	Saines	I	L
40	75 ans	H	Mentonnière	T1	Papule	CBC	Saines	I	SD
41	66 ans	F	Nasale	T1	Papule	CBC	Saines	I	SD
42	37 ans	F	Labiale	T1	Papule	CBC	Saines	I	SD
43	51 ans	H	Multiple	T1	Bourgeon	CBC	Saines	I	SD
44	53 ans	F	Nasale	T1	Papule	CSC	Saines	I	SD
45	40 ans	H	Canthale	T1	Papule	CBC	Saines	I	SD
46	35 ans	F	Jugale	T1	Papule	CBC	Saines	I	SD
47	80 ans	H	Frontale	T1	Bourgeon	CBC	Saines	I	SD
48	38 ans	F	Temporal	T2	Bourgeon	CBC+CSC	Saines	I	L
49	31 ans	F	Frontale	T1	Ulcéro-bourgeonnante	CBC	Saines	I	G/L
50	50 ans	H	Frontale	T2	Naevus	CBC	saines	I	L
51	69 ans	H	Canthale	T1	Ulcérée	CBC	Saines	I	SD
52	51 ans	H	Frontale	T1	Ulcérée	CBC	Saines	I	SD
53	59 ans	H	Frontale	T1	Ulcéro-bourgeonnante	CBC	Atteintes	D	G
54	70 ans	F	Nasale	T1	Bourgeon	CBC	Saines	I	L
55	46 ans	F	Canthale	T1	Perle	CBC	Saines	I	L

Tableau :

N°	Age	Sexe	Siège	Taille	Clinique	Histologie	Marges	Reconstruction	
								Délai	Procédé
56	56 ans	H	Canthale	T1	Ulcéro-bourgeonnante	CBC	Saines	I	SD
57	54 ans	F	Frontale	T1	Bourgeon	CBC	Saines	I	SD
58	51 ans	F	Canthale	T1	Plaque	CBC	Saines	I	G
59	94 ans	H	Mentonnier	T1	Nodule	CBC	Saines	I	SD
60	46 ans	F	Nasale	T1	Papule	CBC	Saines	I	L
61	65 ans	H	Nasale	T1	Papule	CBC	Saines	I	L
62	35 ans	F	Jugale	T1	Naevus+perle	CBC	Saines	I	L
63	40 ans	F	Mentonnier	T4	Naevus	Melanoma	Saines	I	G
64	49 ans	H	Labiale	T4	Bourgeonnante	CBC	Saines	I	L
65	53 ans	H	Jugale	T4	Plaque	CBC	Saines	I	L
66	36 ans	F	Nasale	T4	Nodule+perle	CBC	Saines	I	L
67	111 ans	H	Jugale	T3	Plaque	CBC	Saines	I	G
68	42 ans	F	Labiale	T4	Plaque	Melanoma	Saines	I	L
69	76 ans	F	Nasale	T1	Perle	CBC	Saines	I	SD
70	56 ans	H	Palpébrale	T1	Papule	CBC	Saines	I	SD
71	22ans	F	Jugale	T1	Naevus	Melanoma	Saines	I	L
72	70 ans	F	Jugale	T2	Ulcérée	CSC	Saines	I	L
73	49 ans	F	Jugale	T1	Naevus+perle	CBC	Saines	I	L
74	48 ans	F	Jugale	T1	Perle	CBC	Saines	I	SD

Tableau

N°	Age	Sexe	Siège	Taille	Clinique	Histologie	Marges	Reconstruction	
								Délai	Procédé
75	50 ans	H	Canthale	T1	Plaque	CBC	Saines	I	SD/L
76	80 ans	F	Nasale	T2	Plaque	CBC	Saines	I	L
77	40 ans	F	Jugale	T1	Papule	CSC	Saines	I	L
78	70 ans	F	Temporal	T1	Perle	CBC	Saines	I	L
79	38ans	F	Frontale	T4	Ulcéro- bourgeonnante+perle	CBC+CSC	Saines	I	G
80	46 ans	F	Frontale	T2	Bourgeonnante	CBC	Atteintes	D	G
81	56 ans	F	Jugale	T1	Ulcérée	CSC	Saines	I	L
82	32 ans	F	Jugale	T1	Plaque	CBC	Saines	D	L
83	40 ans	F	Nasale	T1	Perle	CBC	Saines	I	SD
84	74 ans	H	Nasale	T2	Ulcérée	CBC	Atteintes	D	G
85	45 ans	F	Nasale	T1	Perle	CBC	Saines	I	L
86	72 ans	F	Jugale	T2	Plaque	CBC	Saines	I	G
87	61 ans	H	Multiple	T2	Bourgeonnante	CBC	Saines	I	L
88	39 ans	F	Frontale	T1	Perle	CBC	Saines	I	L
89	51 ans	H	Frontale	T1	Ulcérée	CSC	Saines	I	L
90	52 ans	F	Palpébrale	T1	Papule	CBC	Saines	I	G
91	58 ans	H	Canthale	T1	Ulcéro-bourgeonnante	CBC	Saines	I	G
92	57 ans	H	Palpébrale	T1	Papule	CBC	Saines	I	G

Tableau:

N°	Age	Sexe	Siège	Taille	Clinique	Histologie	Marges	Reconstruction	
								Délai	Procédé
93	53 ans	H	Palpébrale	T1	Papule	CBC	Saines	I	L
94	51 ans	H	Palpébrale	T1	Perle	CBC	Saines	I	SD
95	47 ans	F	Nasale	T1	Papule	CBC	Saines	I	SD
96	50 ans	H	Labiale	T2	Ulcérée	CSC	Saines	I	L
97	60 ans	H	Multiple	T1	Ulcéro-bourgeonnante	CBC	Saines	I	G/L
98	71 ans	H	Mentonnier	T2	Nodule	CBC	Saines	I	G
99	56 ans	H	Palpébrale	T1	Bourgeon	CBC	Saines	I	G
100	48 ans	F	Palpébrale	T1	Perle	CBC	Saines	I	L



DISCUSSION

I. GENERALITES :

1. Rappel anatomique des structures de la face :

Les structures superficielles de la face moulent et drapent le squelette facial et protègent les éléments nobles de la face (l'œil, glande parotide, canaux salivaires et lacrymaux) ainsi que les structures cartilagineuses (nasale, tarsale et auriculaire).

La face est anatomiquement décrite entre la ligne capillaire en haut et la tangente à la pointe du menton en bs. Elle se divise en trois étages : supérieur, moyen et inférieur.

a- La région frontale :

Elle s'étend de la limite supérieure des arcades sourcilières à la racine des cheveux. L'intime rapport de cette région avec les structures neuro-méningées expose au risque d'envahissement tumoral de ces dernières.

b- La région sourcilière

Constituée par deux sourcils séparés par une région glabre appelée la glabelle.
Place de la chirurgie en un temps dans les cancers cutanés de la face
Le sourcil constitue un repère anatomique important lors des réparations cutanées, et joue un rôle important dans l'équilibre esthétique du visage.

c- la région orbitaire :

Région comprise entre le sillon orbito-palpébral et le sillon palpébral inférieur délimitant le cadre orbitaire.

Les paupières sont des lames cutaneo-musculo-membraneuses mobiles, recouvrant en partie ou en totalité la partie antérieure du globe oculaire.

Les paupières répondent à une triple fonction : protection du globe, drainage lacrymal et expression mimique.

La conservation de l'œil ne se résume pas au respect du globe lui même : le rideau bi palpébral doit impérativement être préservé ou reconstitué pour protéger la cornée.

Les muscles extra-oculaires, au nombre de 7, regroupant le muscle releveur de la paupière et 6 muscles oculomoteurs

La glande lacrymale principale qui sécrète les larmes est située dans l'angle supéro-externe de l'orbite.]

d- La région nasale

La limite supérieure est représentée par la glabella, la limite inférieure est matérialisée par la base du nez et les limites latérales par les lignes naso-géniennes.

g- La région mentonnière :

Répond à la saillie du menton représentée par la partie antérieure de la mandibule. La peau à ce niveau est épaisse et adhérente. À ce niveau aussi, passe le nerf mentonnier le V3. (14)

h- La région auriculaire :

Elle fait partie des confins craniofaciaux. Ceci la rend vulnérable aux rayons ultraviolets et donc aux carcinomes cutanés. C'est une région sensorielle mais aussi esthétique en raison du pavillon auriculaire, dont le sacrifice est toujours mal vécu par les patients.

i- La région du scalp :

L'adhérence directe du scalp aux os du crâne expose au risque d'extension rapide des cancers cutanés à l'endocrâne et aux espaces sous arachnoïdiens.

2. REVETEMENT CUTANÉ

2-1 CARACTÉRISTIQUES DE LA PEAU FACIALE

La peau faciale est constituée des trois couches classiques : l'épiderme, le derme et l'hypoderme.

a-L'épiderme:

Correspond à la couche la plus superficielle. C'est un épithélium malpighien kératinisé, non vascularisé mais innervé, formé de quatre couches : la couche basale, la couche épineuse, la couche granuleuse et la couche cornée.

Les kératinocytes : Elles représentent 80 % des cellules de l'épiderme, et se répartissent en quatre couches :

- Basale (CB) : Elle constitue une barrière physico-chimique entre le derme et l'épiderme. Un franchissement de cette barrière par les cellules tumorales est le premier signe d'invasion locale.
- épineuse (CS)
- granuleuse (CG)
- cornée (CC)

Les mélanocytes : constituent, par leur nombre, la 2ème population cellulaire de l'épiderme. Elles se situent au niveau de la jonction dermo-épidermique. Les mélanocytes sont à l'origine des lésions pseudo tumorales ou naevus, et des mélanomes malins.

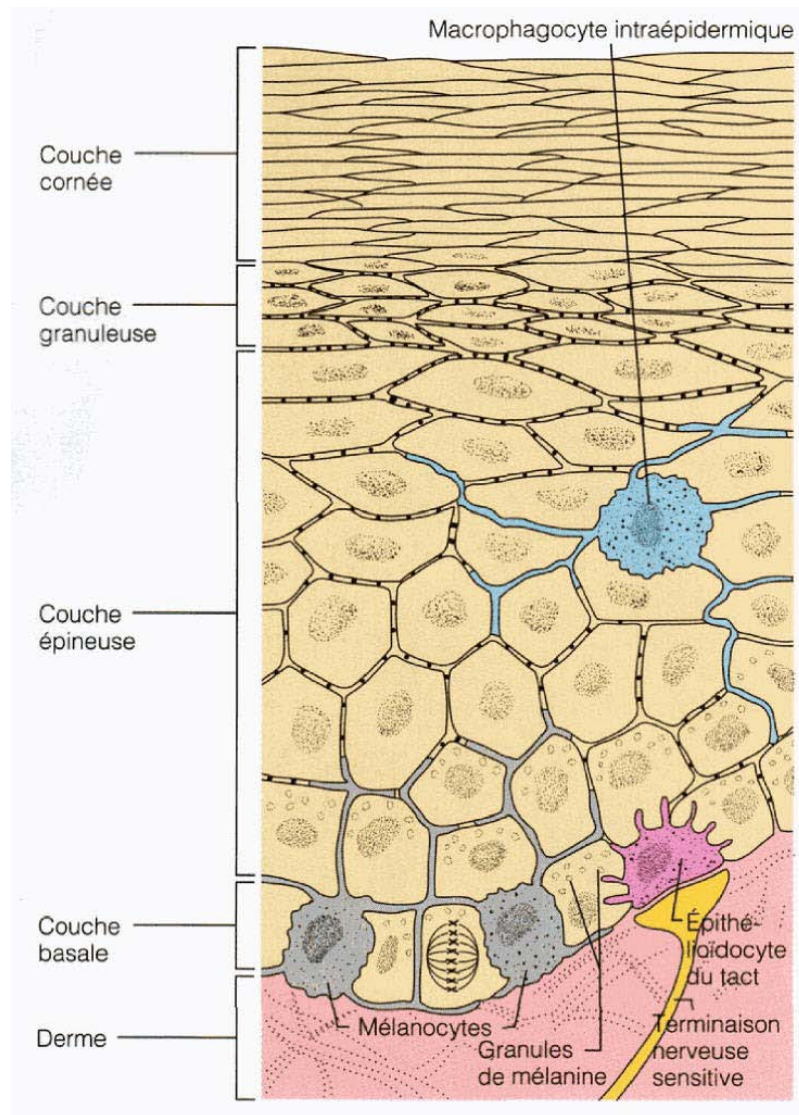


Fig. 15 : schéma montrant les principales caractéristiques de l'épiderme.

b- La jonction dermo-épidermique :

La jonction dermo-épidermique (JDE) est une zone qui sépare l'épiderme du tissu conjonctif dermique.

c- Le derme :

Le derme est un tissu conjonctif différencié, contenant essentiellement les fibroblastes qui synthétisent les fibres de collagène, de réticuline et d'élastine qui jouent un rôle primordial

dans la cicatrisation, ainsi que les vaisseaux, les corpuscules sensoriels et les fibres sensibles. Tous ces éléments baignent dans une substance fondamentale qui assure la cohésion et la solidité du derme.

d- l'hypoderme :

C'est un tissu conjonctivo-graisseux séparant le derme des plans aponévrotiques, périostes et du tissu cellulo-graisseux sous-cutané. Il contient les glandes sudoripares et la racine des follicules pileux, les vaisseaux et les nerfs destinés au derme.

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

e- les annexes cutanées :

Les annexes de l'épiderme sont représentées par le follicule pilosébacé ainsi que par des glandes eccrines et apocrines qui sont enchâssées dans le derme.

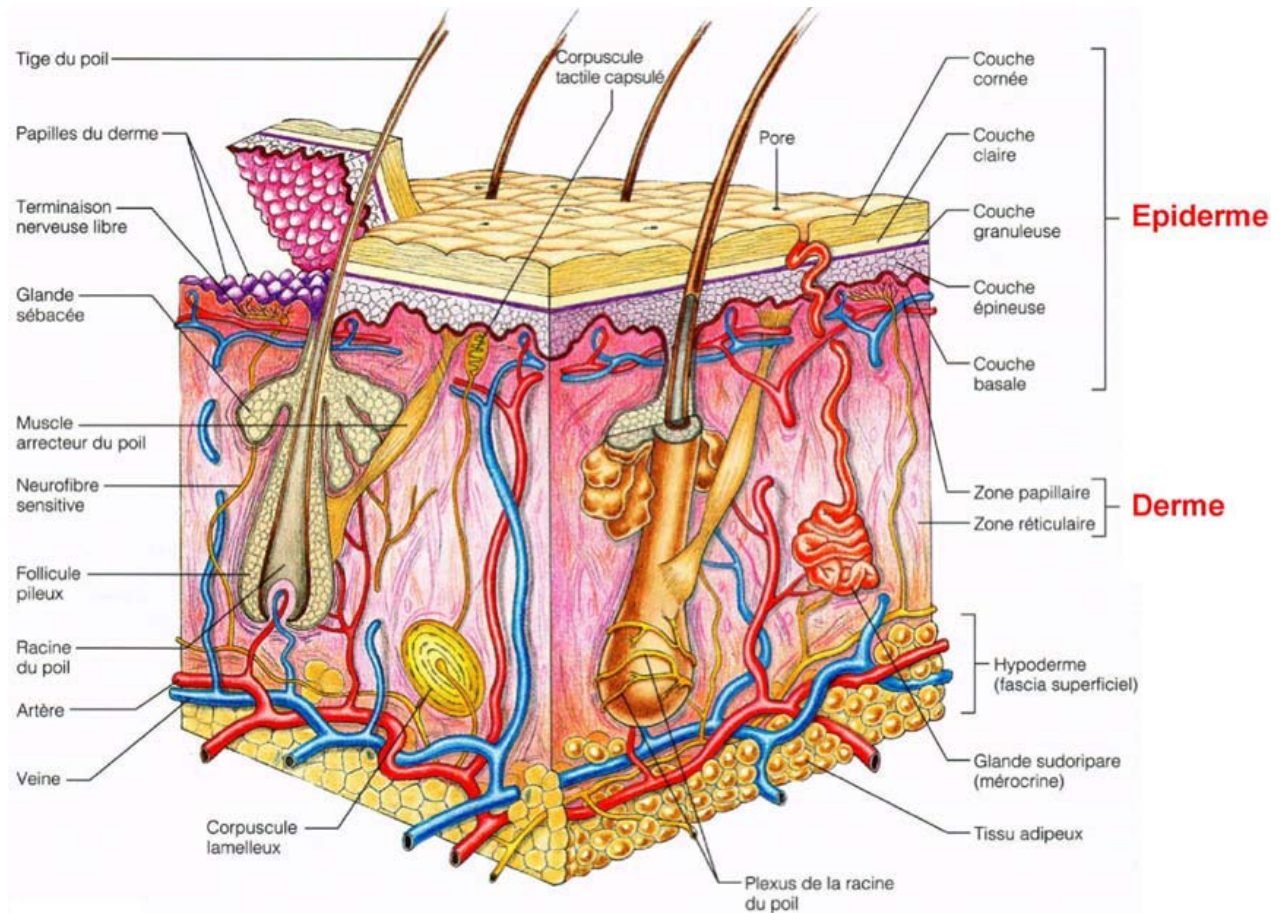


Figure 16 : Coupe histologique de la peau (8).

La peau faciale présente un certain nombre de qualités qui lui confère une spécificité propre :

- Son épaisseur est très variable d'un point à l'autre, minimale au niveau des paupières et la face externe du pavillon de l'oreille dont elle épouse l'architecture tourmentée, elle est importante au niveau du menton et la joue, moyenne au niveau du front.
- Son élasticité est fonction de la richesse en fibres élastiques qui diminuent avec l'âge permettant ainsi une distension facilitant le geste réparateur chirurgical.

- Sa plasticité est la résultante de deux actions opposées : plus il y a du tissu cellulaire sous-cutané, plus la peau est mobilisable, et moins il y a de fibres élastiques, plus la peau est distensible.
- Les lignes de tension cutanée sont parallèles aux rides d'expression et perpendiculaires aux muscles peauciers. Elles conditionnent le choix des incisions.
- Elle se raccorde aux muqueuses par la ligne cutanéomuqueuse labiale qui sépare la lèvre blanche du vermillon et la ligne grise palpébrale. Ces lignes sont autant des éléments d'anatomie artistique que des repères chirurgicaux.
- La pilosité faciale constitue un caractère sexuel secondaire primordial chez l'homme, la barbe et la moustache. Il faut en tenir compte lors de la reconstruction d'une perte de substance pour éviter le risque d'alopécie cicatricielle ou de cicatrice en escalier notamment au niveau des sourcils.
- Sa coloration : plus marquée sur les pommettes ou sur le nez.
- Sa mobilité : également à prendre en compte. Presque inexistante au niveau des éminences malaires ou de la région temporale, elle devient capitale autour des Orifices bordés tel que les paupières, les lèvres, mais aussi le soufflet jugal.
- Ses limites : ou zones de transition avec les muqueuses, le cuir chevelu, qui ont un tracé très précis devant être respecté avec fidélité.
- Sa tension : constante, varie selon les régions. Elle s'exerce selon des lignes de force décrites par Langer . Ces lignes sont parallèles aux rides d'expression et perpendiculaires aux muscles peauciers sous-jacents.

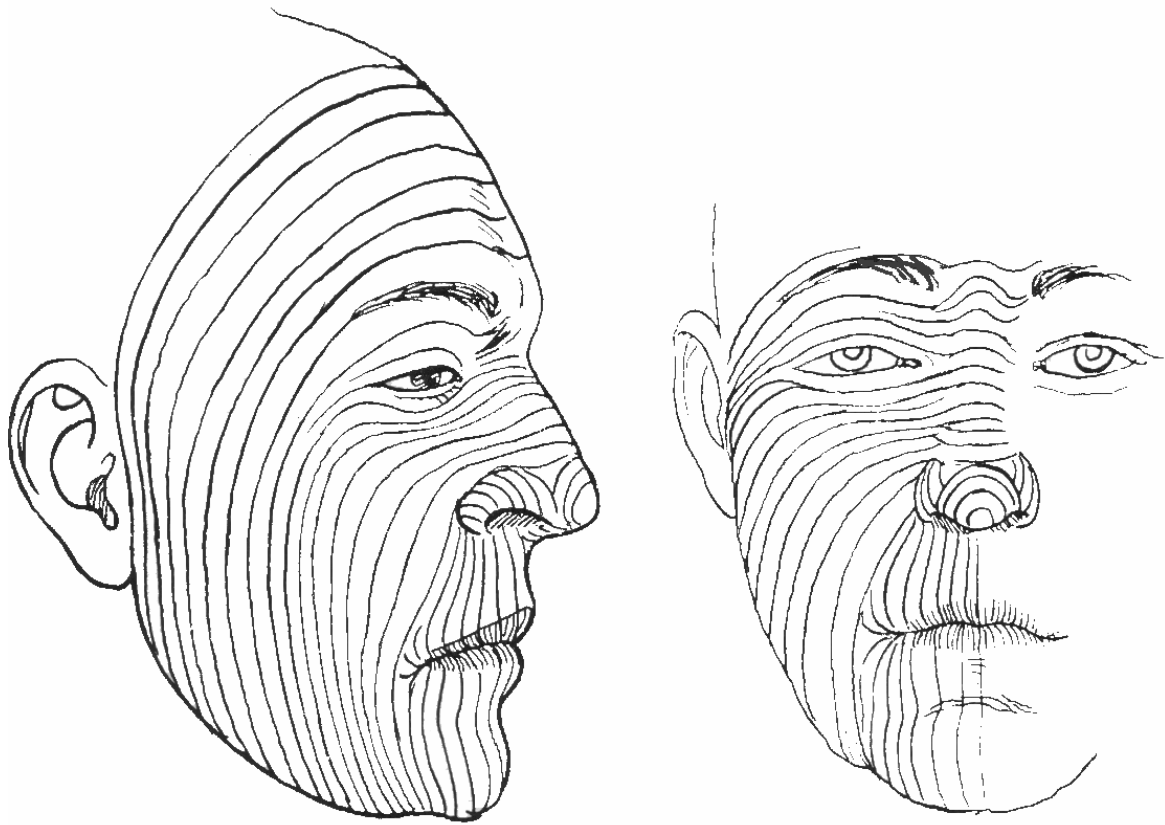


Fig.17 : les lignes de Langer

2-2 VASCULARISATION ET INNERVATION SENSITIVE DE LA FACE

La densité vasculaire est extrême au niveau de la face permettant ainsi la survie des lambeaux taillés par le chirurgien dans un but réparateur d'une perte de la substance (10).

La vascularisation artérielle est constituée de multiples réseaux intradermiques, sous dermiques et hypodermiques en cascade alimentés par de multiples vaisseaux axiaux, issus du système carotidien externe (artère faciale, temporale, rétro-auriculaire, maxillaire interne) et carotidien interne (artère supratrochléaire, sus orbitaire) qui parcourent la face profonde du système musculoaponévrotique superficiel (SMAS) délivrant une multitude de vaisseaux perforants musculo-cutanés au deux tiers inférieurs de la face, ou s'épanouissant de façon axiale au niveau du front.

Ces dispositions sont à la base de la levée des lambeaux locaux et régionaux.

Le retour veineux est parallèle aux artères sauf au niveau frontal (veines émissaires).

Les lymphatiques sont situés dans les couches les plus profondes du derme et se drainent essentiellement dans les ganglions prétragien et dans les chaînes cervicales. Ceux-ci peuvent être le siège de métastase et nécessiter un curage ganglionnaire. Par ailleurs, il faut en tenir compte dans le dessin des lambeaux pour améliorer leur drainage lymphatique.

La peau est un important organe sensoriel, l'innervation sensitive cutanée de la face est sous la dépendance des trois branches terminales du V et ainsi que du plexus cervical superficiel dont on peut faire un bloc anesthésique tronculaire. Les filets sympathiques entourent les troncs artériels et veineux et servent de conducteurs aux réflexes de vasoconstriction, de sudation et d'horripilation.

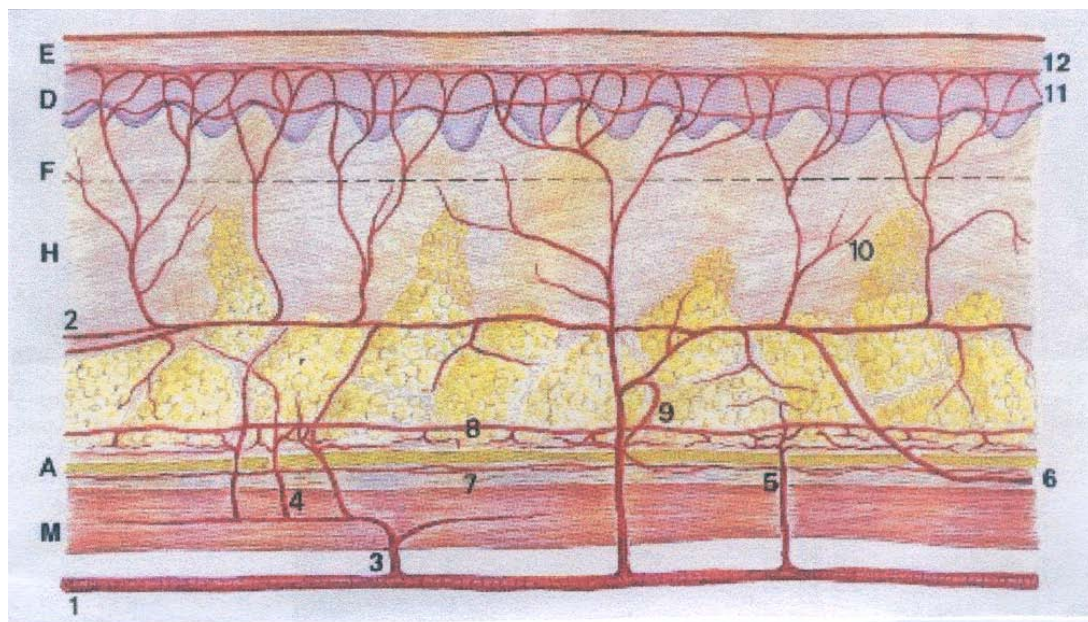


Figure 18: La vascularisation artérielle cutanée (11).

1. Artère principale ou secondaire ; 2. Artère cutanée directe ; 3. Artère musculaire. 4. Perforantes musculo-cutanées ; 5. Perforantes septo-cutanées. 6. Artères fascio-cutanée longitudinale ; 7. Réseau anastomotique sous-aponévrotique. 8. Réseau anastomotique sus-aponévrotique ; 9. Artère récurrente de Shafer ; 10. Plexus anastomotique hypodermique ; 11. Plexus anastomotique sous-dermique ; 12. Plexus anastomotique sus-dermique ; E : Epiderme ; D : Derme ; H : Hypoderme ; F : Fascia superficiel ; A : Aponévrose ; M : Muscles.

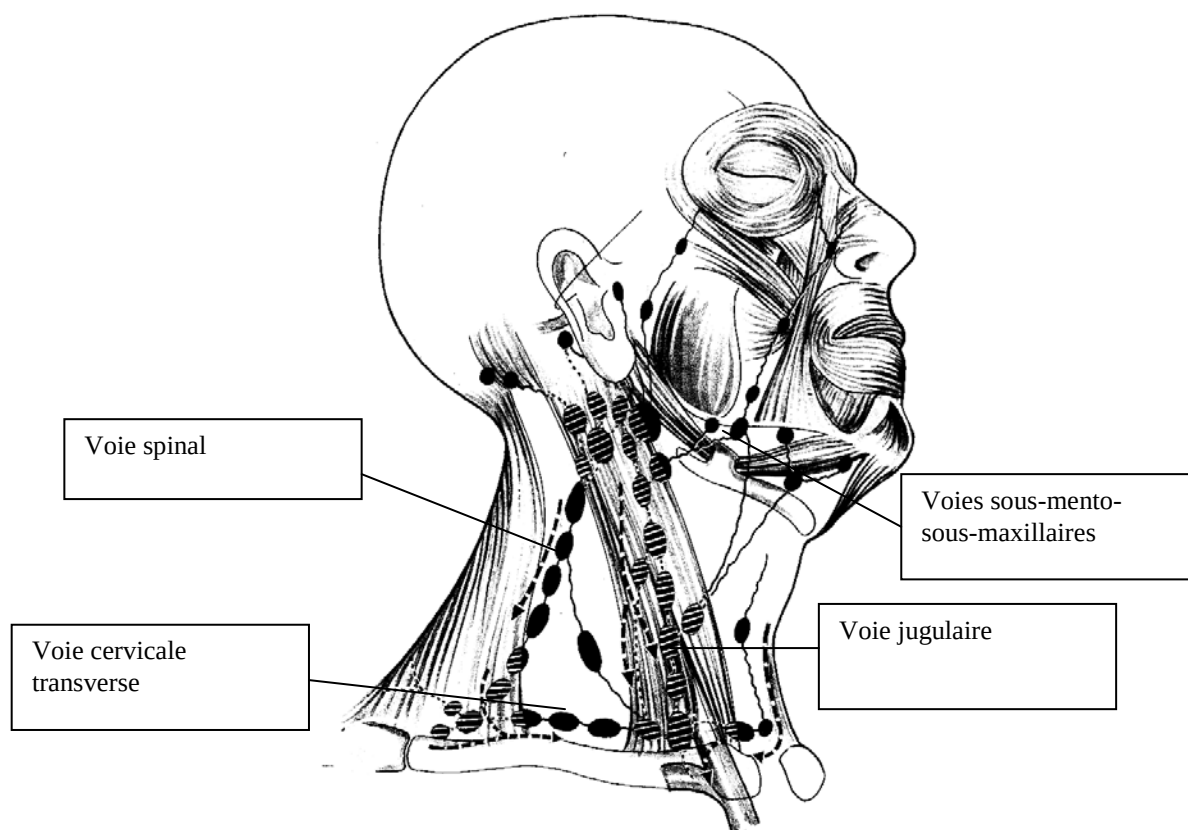


Fig. 19: vascularisation lymphatique de la face.

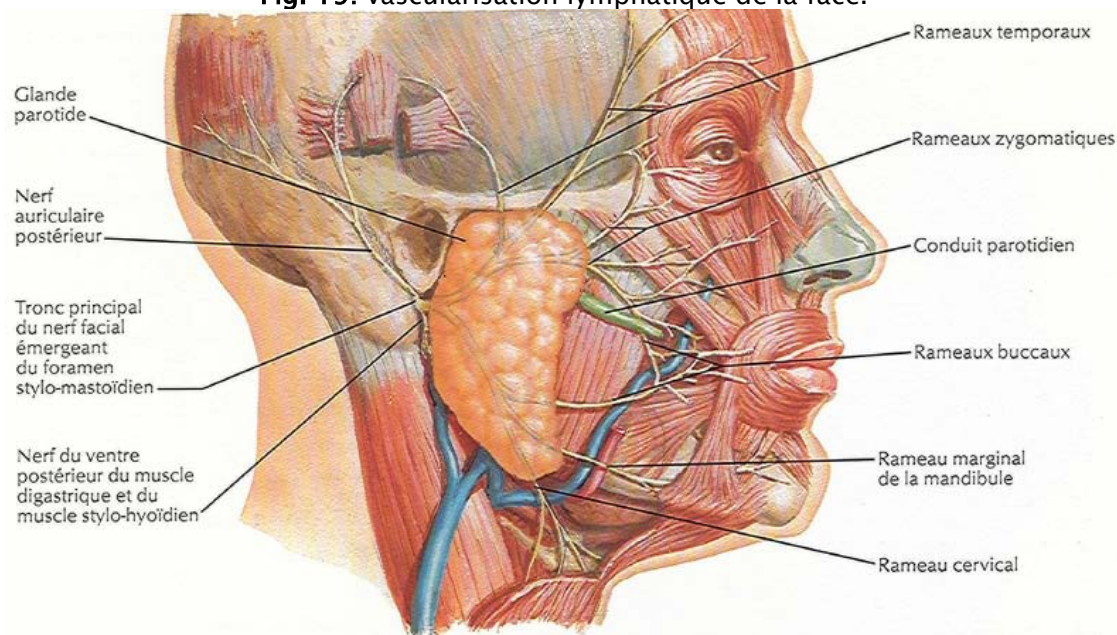


Fig.20 : innervation de la face.

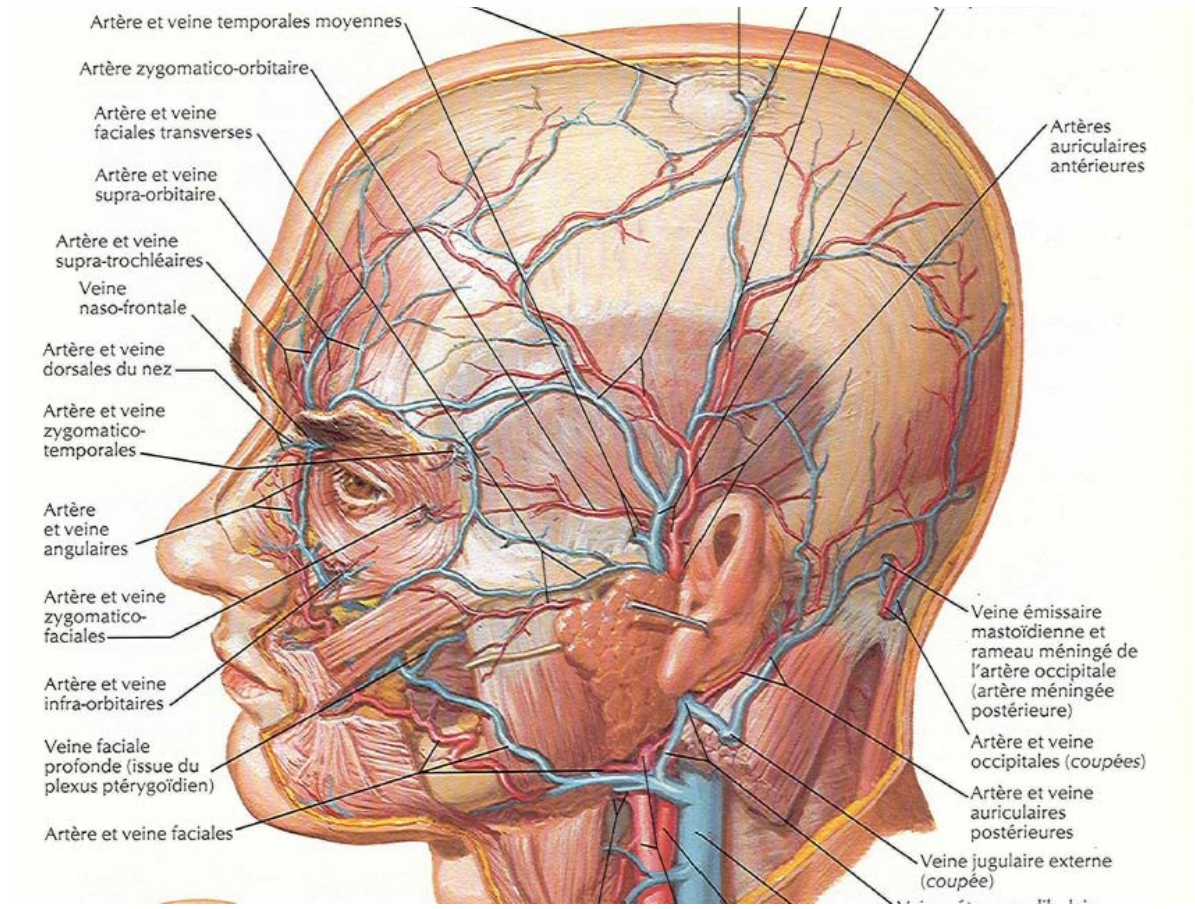


Fig. 21 : vascularisation de la face.

3. SYSTÈME MUSCULOAPONEVROTIQUE SUPERFICIEL (SMAS) ET INNERVATION MOTRICE

Il regroupe les différents muscles peauciers de la face qui sont compris dans un dédoublement du fascia superficialis. Anatomiquement, ils constituent un ensemble de muscles très minces et plats, agencés en sphincters periorificiels (palpébraux et buccaux) reliés par des bandes musculaires, se sont les muscles de la mimique faciale (10).

L'innervation motrice des muscles peauciers est assurée exclusivement par le nerf facial dont les branches abordent les muscles par leur face profonde. La branche frontale contenue

dans un dédoublement de l'aponévrose temporale et passant à 1cm en dehors de la queue du sourcil est particulièrement vulnérable (10).

Elle constitue avec la branche mandibulaire ainsi que la ligne allant du tragus au nez les principaux repères anatomiques lors de la reconstruction des PDS après exérèse tumorale.

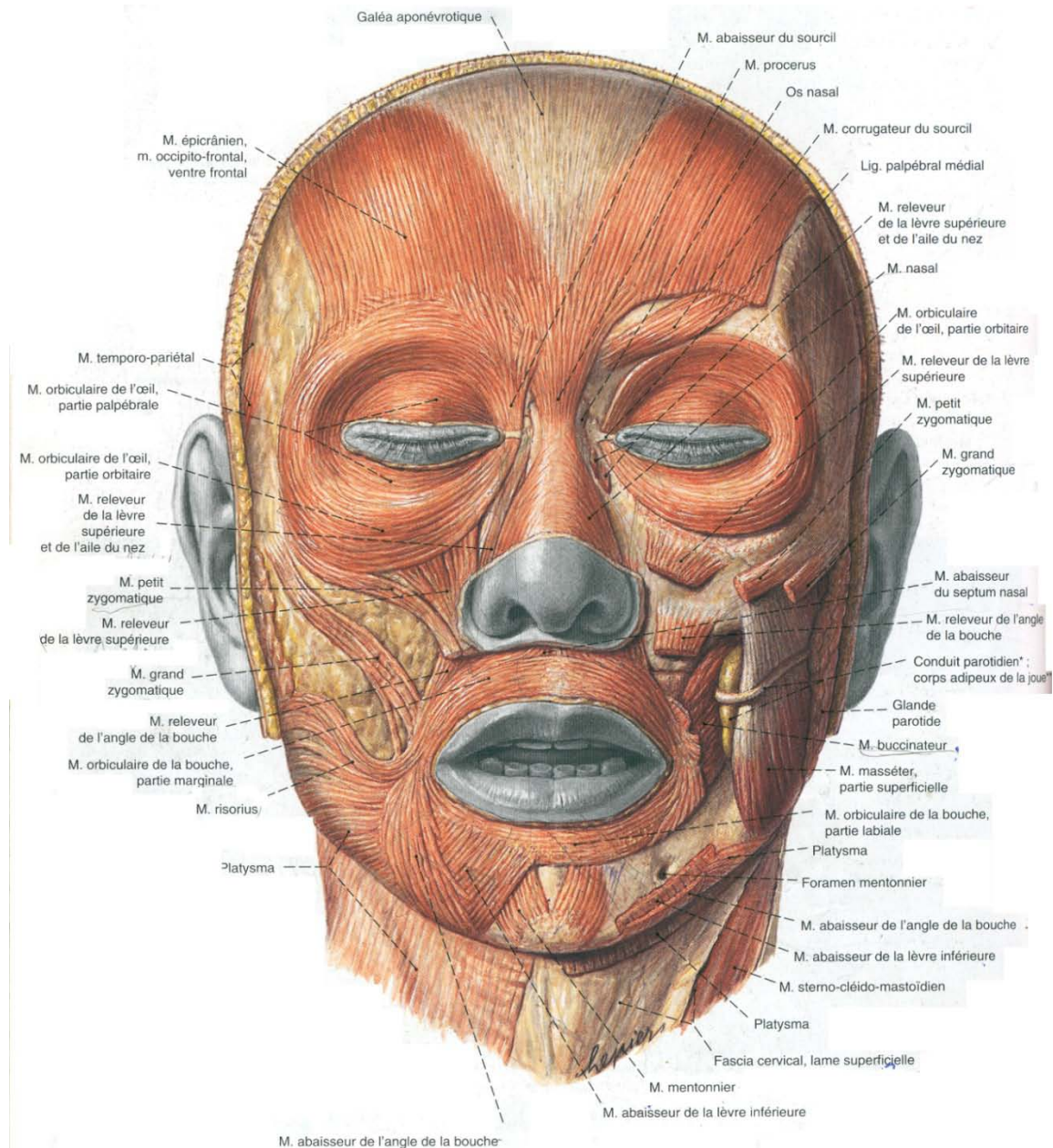


Fig. 19: Les muscles peauciers de la face (12).

4. CANAUX SALIVAIRES ET LACRYMAUX

Enfouis dans les parties molles, il importe de bien connaître leur trajet vu la possibilité de leur envahissement par les carcinomes cutanés de la face et d'en tenir compte dans les exérèses conservatrices et les reconstructions.

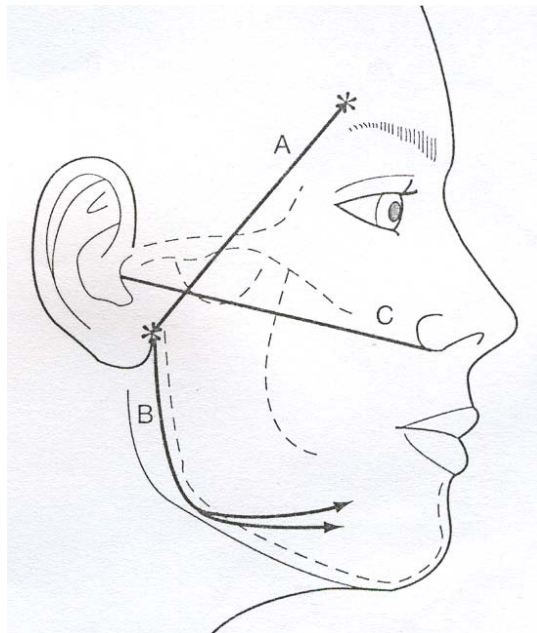


Fig. 20: Principaux repères anatomiques (13).

A: Ligne de projection de la branche frontale du nerf facial. **B :** Ligne de projection de la branche mandibulaire du nerf facial. **C :** Ligne de projection du canal de Stenon allant du tragus au bord inférieur de l'aile du nez.

4-1 Canal de sténon

Il se projette sur une ligne unissant le tragus à la commissure labiale. Il est d'abord superficiel entre la peau et le masséter, puis se glisse en dedans du buccinateur. Il s'ouvre dans la bouche par un orifice situé en regard du collet de la 1ère ou la 2ème molaire supérieure (8).

4-2 Canaux lacrymaux

Ils rejoignent le sac lacrymal par un trajet intrapalpébral très interne, issu des puncta supérieur et inférieur avant de se poursuivre par le canal lacrymo-nasal (8).

5. Les os de la face :

Le squelette facial est composé d'une mosaïque osseuse dont la mandibule, mobile, constitue à elle seule le massif facial inférieur. Elle est répartie en deux entités (16) :

- Une portion dentée horizontale ;
- Un ramus, ou partie ascendante, se terminant en avant par le processus coronoïde donnant insertion au muscle temporal et, en arrière, le condyle articulaire qui s'articule avec le condyle de l'os temporal.

Le massif facial moyen est formé par les deux maxillaires réunis autour de l'orifice piriforme.

Latéralement, l'os zygomatique (ou os malaire) forme le relief osseux de la pommette et rejoint le processus zygomatique du temporal pour fermer la fosse temporale, coulisse du muscle du même nom.

Le massif facial supérieur est cranio-facial :

- ethmoïdo-frontal médialement ;
- fronto-sphénoïdal au niveau du cône et du toit orbitaire ;
- fronto-zygomatique latéralement.

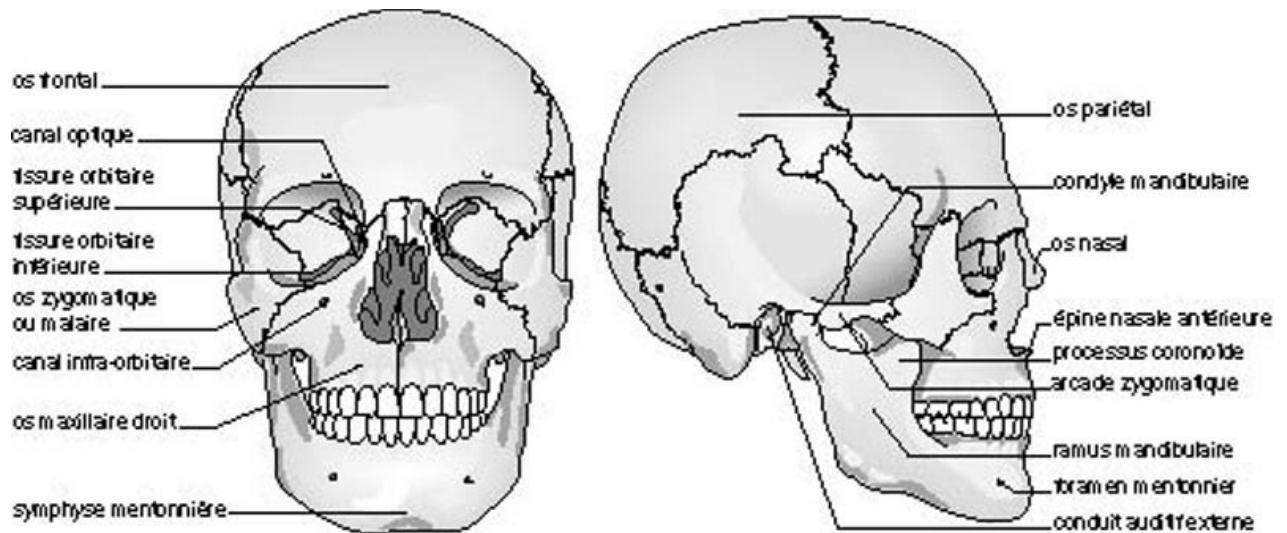


Fig 21: Éléments osseux constitutifs du massif facial (16)

6. Les unités esthétiques de la face :

Le visage est un ensemble de lignes et de courbes délimitant des zones d'ombre et de lumière. Chacune de ces zones est indépendante des autres, et la peau qui la compose doit être homogène pour ne pas attirer le regard. Les régions ainsi formées sont appelées : unités esthétiques.

Ces unités divisées par Gonzales-Ulloa (17), sont le front, le nez, la paupière inférieure, la paupière supérieure, la région temporale, les joues, la lèvre supérieure, la lèvre inférieure et enfin le menton. Burget (18) a encore affiné cette sectorisation en décrivant des sous-unités esthétiques au niveau du nez (dorsum nasal, crête et ailes narinaires) et de la lèvre supérieure (philtrum et régions para-philtrales).

L'intégrité de ces unités et sous-unités doit être respectée chaque fois que possible en plaçant les cicatrices sur les zones frontières entre zones d'ombre et de lumière. Dans la même optique, une perte de substance impose le remplacement de toute l'unité concernée pour que la peau qui la compose soit homogène et n'attire pas le regard.



Fig.22 : unités esthétiques de la face.

7- PRINCIPALES FONCTIONS DE LA PEAU

a. Protection chimique

Le revêtement cutané protège l'intégrité des organes sous-jacents en s'opposant notamment à la perte des fluides de l'organisme. Inversement, elle constitue une barrière contre la pénétration de nombreux solides, liquides et gaz extérieurs.

b. Protection mécanique

La peau oppose une résistance souple aux agressions mécaniques. Au delà de certaines limites, elle se rompt. Cette résistance est liée principalement au tissu fibrillaire du derme et à la couche cornée.

c. Protection calorique

Lors d'une variation de la température extérieure, le réseau vasculaire dermique peut sensiblement réduire ou augmenter son débit du fait de nombreux shunts artérioveineux et de sa vasorégulation d'origine nerveuse.

La sudation joue un rôle important dans le refroidissement et le panicule adipeux protège du froid.

d. Protection contre les ultra-violets

La peau oppose aux radiations ultraviolettes une barrière protéique et une barrière mécanique. Cette protection mécanique est très variable suivant la couleur de la peau. L'absence totale de pigment chez l'albinos favorise l'apparition de carcinomes et d'un vieillissement cutané précoce. Les patients atteints de Xéroderma pigmentosum développent une poikylodermie et des tumeurs cutanées précoces du fait d'un déficit enzymatiques (ADN réparase).

e. Fonctions immunologiques

Celles-ci font principalement intervenir les kératinocytes, les lymphocytes, les cellules de Langhérans et le ganglion de drainage satellite.

Cette immunité intervient notamment dans l'hypersensibilité retardée et le rejet des greffes cutanées non autologues.

f. Barrière "Métaphysique"

La protection du "moi" expliquant l'impact psychologique des exérèses carcinologiques importantes et celles de la qualité de la reconstruction.

II. PROFIL ÉPIDÉMIO-CLINIQUE ET CARACTÉRISTIQUES CANCÉROLOGIQUES

Les cancers cutanés sont fréquents, accessibles et souvent curables. En fait, ils regroupent des entités disparates dont l'aspect, l'évolution et le traitement sont assez différents.

Ces tumeurs malignes incluent : les carcinomes épithéliaux – à savoir les carcinomes basocellulaires et épidermoïdes –, les mélanomes, les sarcomes....

Après exploitation des dossiers, seuls les carcinomes et les mélanomes ont été trouvés ; et seront abordés dans cette étude.

1. EPIDEMIOLOGIE :

1-1 AGE DES PATIENTS :

Ces carcinomes sont souvent rencontrés chez les sujets âgés. Dans notre série, 67% de nos patients sont âgés de plus de 50 ans. Lors de l'étude de Staub et Al(1), 60% des patients recrutés ont plus de 64ans. De même pour Samarasinghe et Medan (19), qui démontrent que la tranche d'âge supérieure à 67 ans, représente 70% des patients recrues. Concernant Ahmad et Gupta (20) la moyenne d'âge est 71 ans.

Cette différence d'âge notée dans notre contexte est due à l'exposition solaire plus importante lors de l'enfance, aux travaux exposés à l'âge adulte et à la protection défailante voire absente du soleil, sans oublier que la moyenne d'âge est plus longue en pays européens.

Tableau I : comparaison entre les différentes moyennes d'âge.

	Notre série	Staub et al(1)	Samarasinghe et Medan(19)	Ahmad et Gupta(20)
Moyenne d'âge	50 ans	64 ans	67 ans	71 ans

1-2 REPARTITION SELON LE SEXE

Il y a une légère prédominance masculine dans notre série avec un sex-ratio de 1,12. Staub et al(1) ont trouvé le même résultat avec un sexe ratio moins élevé 1,02, la prédominance masculine est plus marquée lors de l'étude de Kavoussi et al (21) avec un sexe ratio égale à 1,14. L'étude faite par Kim et Armstrong (22) démontre encore la prédominance masculine par un sex-ratio de 1,4. Ahmad et Gupta(20) ont montré un sexe ration beaucoup plus élevé à 4,8.

Tableau II : sexe ratio M/F

	Notre série	Staub et al(8)	Kavoussi et al(21)	Kim et Armstrong(22)	Ahmad et Gupta(20)
Sex-ratio(M/F)	1,12	1,02	1,14	1,4	4,8

1-3PHOTOTYPE :

Dans notre étude 81% des patients atteints sont considérés comme caucasiens (phototype II et III). Cette constatation se rapproche de la littérature, Kavoussi et al (21) ont trouvé que 75% des patients sont caucasiens. Quant à Samarasinghe et Madan (19), 80,5% de leurs patients sont caucasiens, selon la classification de Fitzpatrick et enfin les patients de Dumas et al (23) étaient tous caucasiens.

Tableau III : le phototype prédominant.

	Notre série	Kavoussi et al(21)	Samarasinghe et Madan (19)	Dumas et al (23)
Phototype caucasien	81%	75%	80,5%	100%

1-4LA PHOTOEXPOSITION :

Le pourcentage des patients exposés au soleil est estimé à 87% dans notre étude. Kim et Armstrong (22) rapportent que 80% de leurs patients ont été exposés durant leur enfance au soleil ou ont un travail exposé à l'âge adulte. Ahmad et Gupta (20) ont trouvé un pourcentage d'exposition solaire plus élevé à 89%. Dubas et Ingraffea (24) affirment que tous leur patients ont été exposés au soleil, soit de façon intermittente ou continue. Samarasinghe et Madan (19) rapportent que plus de 80% de leurs patients ont été exposés au soleil ou ayant reçu une photothérapie aux UV. 95% des patients de pinatell et Mojallal (7) étaient exposés au soleil.

Ces résultats confirment la relation entre l'exposition au soleil (ultra-violet) et l'atteinte par carcinomes cutanés. C'est ce qui a été rapporté par la société française de dermatologie(3), qui affirme que le facteur de risque principal est l'exposition aux UV, soit par rayons de soleil ou artificiellement.

Tableau IV : antécédent de photo exposition :

	Notre serie	Kim et Armstrong (22)	Ahmad et Gupta (20)	Dubas et Ingraffea (24)	Samarasinghe et Madan (19)	pinatell et Mojallal (7)
Taux de patients photoexposés	87%	80%	89%	100%	80%	95%

1-5 ANTECEDENTS :

a. LES ETATS PRECANCEREUX :

Nous avons observé 40 % de lésions précancéreuses dans notre série, la kératose actinique dans 18 % cas, lésion pigmentaire chez 12% patients, les génodermatoses –xéroderma pigmentosum– chez 3% des patients, cicatrice instable chez 5% des cas et la présence de leucoplasie du vermillon et notée chez 2% des patients.

Selon Kavoussi et al (21), les kératoses actiniques sont de loin les lésions précancéreuses les plus fréquentes estimées à 40,2%, 1% des patients souffraient de XP.

La société française de Dermatologie (3), affirme ces résultats, en précisant que la lésion précancéreuse la plus fréquente est la KA, qui peut atteindre 60% des patients ayant un carcinome cutané. Dumas et al (23), ont rapporté que 13% de leurs patients étaient porteurs de KA, 9% de lésions pigmentaires et 3% d'instables cicatrices.

Tableau V : la fréquence des états précancéreux.

	Notre série	Kavoussi et al (21)	La société française de dermatologie (3)	Dumas et al (23)
Keratose actinique	18%	40,2%	60%	13%
Lesion pigmentaire	12%			9%
Cicatrice instable	5%			3%
Xeroderma pigmentosum	3%	1		
Leucoplasie	2%			

b. Tabagisme :

La majorité des patients de cette étude 62% , sont tabagiques (passifs et actifs). Lors de l'étude d'Eskiizmir et al (25), la moitié des patients sont tabagiques, et le tiers des patients tabagiques ont présentés une nécrose lors de traitement par lambeau. Eskiizmir et al (25), conseillent leurs patients d'arrêter de fumer 2 à 3 semaines avant d'être opérés.

Tableau VI : taux de patients tabagiques

	Notre série	Eskiizmir et al (25)
Taux de tabagisme	62%	50%

2. ETUDE CLINIQUE :**2-1 REPARTITION TOPOGRAPHIQUE :**

Ils siègent préférentiellement sur les zones exposées au soleil à savoir le visage et, sur une peau saine (CBC) ou sur des lésions précancéreuses notamment (CSC) (7, 26). Dans notre travail, 20% des carcinomes sont localisés au niveau du nez, 18% en périorbitaire, 17% au niveau des joues et 16% sur le front. Girish et al(28) ont noté que l'atteinte nasale est la plus fréquent 25,5%, suivie des joues 16%, atteinte périorbitaire 14%, front 7,5%, lèvres 6%, et enfin 2% au niveau du menton. Pinatel et Mojallal (7) ont remarqué que 25,5% des carcinomes siègent au niveau nasal, 16% au niveau jugal, 14% en périorbitaire et 11% au niveau du front.

Tableau VII : comparaison entre la répartition topographique

	Notre série	Girich et al(28)	Pinatel et mojallal (7)
Nez	25,6	25,5	25,5
Joues	22,3	16	16
Front	20,6	7,5	11
Périorbitaire	16,5	14	14
Lèvres	9,09	6%	
Menton	2,47	2%	

3. ETUDE HISTOLOGIQUE :

3-1 LA CONFIRMATION HISTOLOGIQUE :

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

3-2 la cartographie des carcinomes cutanés :

Les carcinomes cutanés sont les plus fréquents lors de notre étude. Ils sont répartis comme suit : les CBC 74% et les CSC 16%.

Ces chiffres se rapprochent de ceux de la littérature, ainsi Samarasinghe et Medan(19) rapporte 75% des CBC et 20% des CSC, Staub et Al(1) rapportent les mêmes résultats avec une légère prédominance des CBC 80% et CSC 20% sur une étude prospective de 844 cas. Les résultats de Kim et Armstrong (22) démontrent que 80% des carcinomes cutanés sont des CBC, alors que 15% sont des CSC et 5% sont des mélanomes ou autres. Girich et al (28) montrent que les CBC représentent 77% , les CSC 20% et les mélanomes représentent 3% ; Ahmed et Gupta(20) montrent que 80,47% sont des CBC et 18,47% sont des CSC, Kavoussi et al(21) qui eux ont trouvé un pourcentage plus élevé de CBC 88% et plus bas de CSC 12%, et enfin Pinatel et Mojallal (7) ont trouvé que les CBC représentent 77%, les CSC 20% et les mélanomes 3% des carcinomes cutanés.

Tableau VIII : comparaison entre le taux des carcinomes

	CBC	CSC	Mélanome
Notre serie	74%	16%	5%
Samarasinghe et Madan (19)	75%	20%	5%
Staub et al (1)	80%	20%	
Kim et Armstrong (22)	80%	15%	5%
Girich et al (28)	77%	20%	3%
Ahmed et Gupta (20)	80,47%	18,47%	
Kavoussi et al (21)	88%	12%	
Pinatel et Mojallal (7)	77%	20%	3%

3-3 la cartographie des CBC :

Les CBC représentent 74% dans notre étude. 34% de ces CBC sont nodulaires, 28% sont superficiels, 25% infiltrants et enfin 13% sont sclérodermiiformes. Ces chiffres se rapprochent un peu de la littérature. Une étude de Benatar et al (29) montrent la supériorité en CBC nodulaires, qui représentent 47,5%, suivi des CBC superficiels 16,5%, puis par les CBC infiltrants 16% et enfin les CBC sclérodermiiformes par 7%. Concernant Pinatel et Mojallal (7), 80% sont des CBC nodulaires, les CBC superficiels représentent 15% et les 5% restante représente les CBC sclérodermiiforme, on terminera par Oguz Acartürk et Edington (30), qui ont trouvé que les CBC nodulaires représentent entre 50 et 55%, les CBC superficiels 10% et enfin les CBC sclérodermiiformes représentent entre 2 et 5%.

Tableau IX ; la cartographie des types histologiques

	Notre série	Benatar et al (29)	Pinatel et mojallal (7)	Oguz Acartürk et Edington (30)
CBC nodulaire	34%	45.5%	80%	50-55%
CBC superficiels	31%	16,5%	15%	10%
CBC infiltrants	25%	16%		
CBC sclérodermiiformes	13%	7%	5%	2-5%

3-4 évolution des carcinomes non mélaniques :

L'évolution est lente et progressive pour les CBC mais peut aboutir à des destructions des tissus avoisinants (1) (7) (31), mettant en jeu le pronostic fonctionnel de certains organes nobles tel que l'œil. Cependant, les CBC n'induisent pas de métastases (21) (29) (32).

Par contre, les CSC peuvent donner des métastases ganglionnaires et viscérales, notamment hépatiques et pulmonaires(33). Dans notre étude nous avons noté 4 cas de métastases ganglionnaires, et aucune métastase à distance.

Après l'exérèse tumorale, une surveillance régulière en consultation est nécessaire. Concernant les CBC, le rythme est d'une fois tous les 6 mois pendant deux ans, puis une fois par

an durant 5 ans. La surveillance des CSC est plus rapprochée, de l'ordre de 3 à 6 mois durant 5 ans, puis une fois par an à vie. Cette surveillance a pour but de limiter les risques de récurrence, ou d'apparition de nouvelles localisations ou de métastases (7) (25) (23) (32).

La récurrence des carcinomes cutanés a été notée chez 6% des patients, 3% d'entre eux sont suivis pour gélodermatose à type de Xéoderma Pigmentosum. Staub et al (1) ont eu un taux moindre de 3,8%.

Tableau X : taux de récurrence des carcinomes.

	Notre série	Staub et al
Taux de récurrence	6%	3,8%

L'exérèse a été incomplète dans 8% des cas. Ces résultats se rapprochent de ceux de la littérature ; Staub et al (1) ont eu 11%.

Tableau XI : taux des exérèses incomplètes.

	Notre série	Staub et al
Taux des exérèses incomplètes	8%	11%

4. MELANOMES MALINS

Les mélanomes malins sont des tumeurs malignes cutanées développées aux dépens des mélanocytes. Leur incidence augmente rapidement (1).

Ils surviennent le plus souvent de novo ou sur lésion pigmentaire préexistante (1). Dans notre série, nous n'avons recensé que 5% de mélanome sur peau saine et aussi sur lésion pigmentaire.

Leur diagnostic peut être posé devant la transformation maligne d'une lésion pigmentaire suspecte selon la règle des ABCDE (A : Asymétrie, B : Bords irréguliers, C : Coloration inhomogène, D : Diamètre supérieur à 6mm et E : Evolutivité rapide), soit par l'apparition

d'emblée d'un MM ou encore par la découverte de métastases cutanées, ganglionnaires ou pulmonaires et hépatiques (1).

L'examen histologique est l'élément essentiel du diagnostic (1) (le niveau de Clark et Mihm et l'indice millimétrique de Breslow qui conditionne la marge d'exérèse complémentaire ainsi que le pronostic). Il doit être effectué sur une biopsie-exérèse totale de la tumeur et non pas sur une simple biopsie (1). Dans notre étude, les patients suspectés pour mélanomes ont bénéficié d'une biopsie exérèse large, afin de leur assurer une bonne prise en charge chirurgicale.

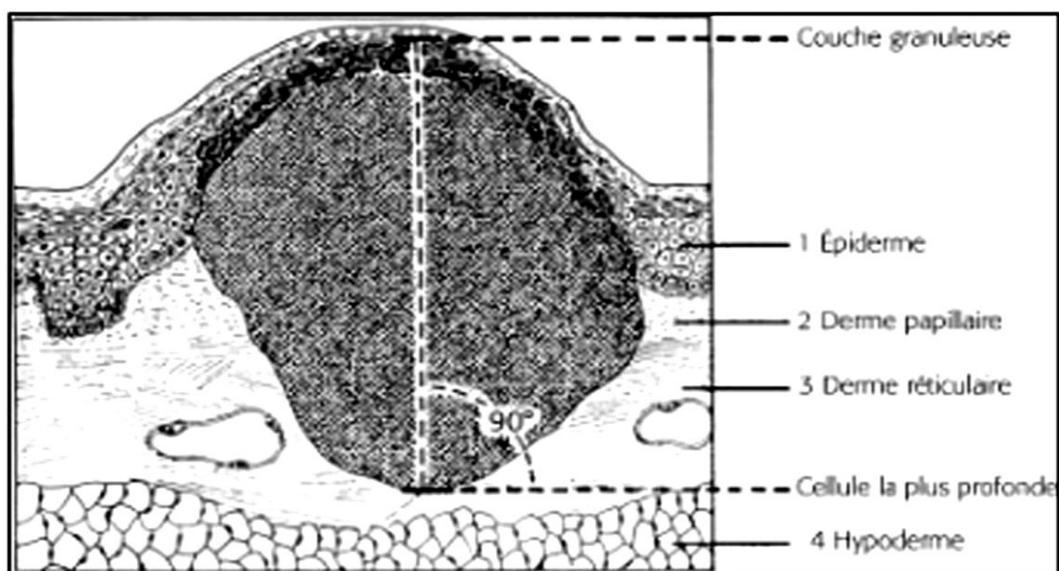


Figure25 : indice de Breslow (30)

Leur évolution est imprévisible mais habituellement décevante et les métastases peuvent apparaître précocement dans les localisations cervico-faciales(1) (23). Lors de notre étude, aucune métastase ganglionnaire ou à distance n'a été notée.

La surveillance post-thérapeutique est obligatoire et elle est essentiellement clinique, la radiographie du thorax et l'échographie abdominale peuvent servir de base de référence à la surveillance ultérieure. Le rythme de surveillance est plus rapproché que celui des carcinomes

cutanés non mélanique. Les patients doivent être revus tous les 6 mois pendant 5 ans, puis une fois par an, à vie.

5. la prévention :

La prévention repose essentiellement sur la photo-protection par l'utilisation des crèmes solaires et la protection vestimentaires ainsi que la surveillance des lésions précancéreuses (7) (25) (32) (33). Sans oublier l'éducation et l'information des patients et le rôle du tabagisme dans la survenue de ces carcinomes.

III. TRAITEMENT CHIRURGICAL

Le traitement le plus efficace permettant une ablation totale contrôlée avec possibilité de réparation immédiate ou différée, est le traitement chirurgical (20) (25) (33) (34) (35).

1. EXERESE CARCINOLOGIQUE

L'exérèse des cancers cutanés de la face comme tout acte chirurgical est soumise à des règles classiques :

Une prémédication à l'Atarax® est utile pour réduire tout stress. L'antibioprophylaxie n'est pas systématique.

Le respect des règles d'asepsie est primordial quelque soit l'ampleur du geste chirurgical. Le badigeonnage du champ opératoire doit être fait avec des antiseptiques non irritants à pH neutre en évitant tout contact avec la cornée.

Le marquage des limites de l'exérèse, fait avant l'infiltration, permet de préciser les marges imposées par la nature confirmée de la tumeur, et éventuellement le tracé du lambeau de couverture. Il se fait par le bleu de méthylène ou stylo démographique.

L'anesthésie peut être locale pour les tumeurs de petite taille, locorégionale par infiltration tronculaire (trijumeau) voire générale pour les lésions étendues.

Elle se fait par l'infiltration de lidocaïne adréalinée à 2% ou avec du sérum adrénaliné quand l'intervention se déroule sous anesthésie générale, et ceci afin de diminuer le saignement per opératoire et de mieux contrôler l'exérèse.

Il est préférable d'utiliser des seringues intradermiques fines et peu traumatisantes. La technique d'infiltration dite en "couronne" tout autour de la tumeur permet d'éviter tout risque d'ensemencement tumoral.

L'exérèse est pratiquée avec une lame de bistouri n° 15, pour les exérèses transfixiantes une lame n°11 est nécessaire, en assurant une hémostase soigneuse pas à pas.

La pièce d'exérèse est ensuite orientée, fixée par des fils de repère (au moins deux), de préférence sur un support en liège pour éviter sa rétraction et envoyée ensuite à un anatomopathologiste pour la détermination du caractère complet de l'exérèse.

La perte de substance est alors pansée à plat avec un pansement légèrement gras et compressif quand la reconstruction est différée. Quand celle-ci est immédiate, l'instrumentation est alors changée en vue d'un geste réparateur.

1-1 EXERESE DES CARCINOMES CUTANES

L'exérèse complète des carcinomes cutanés est impérative. Le dessin des limites de l'exérèse est donc fait dans une totale indépendance entre l'importance de l'exérèse et la reconstruction à envisager (33) (34) (35).

La marge de sécurité dépend des différents groupes de risque :

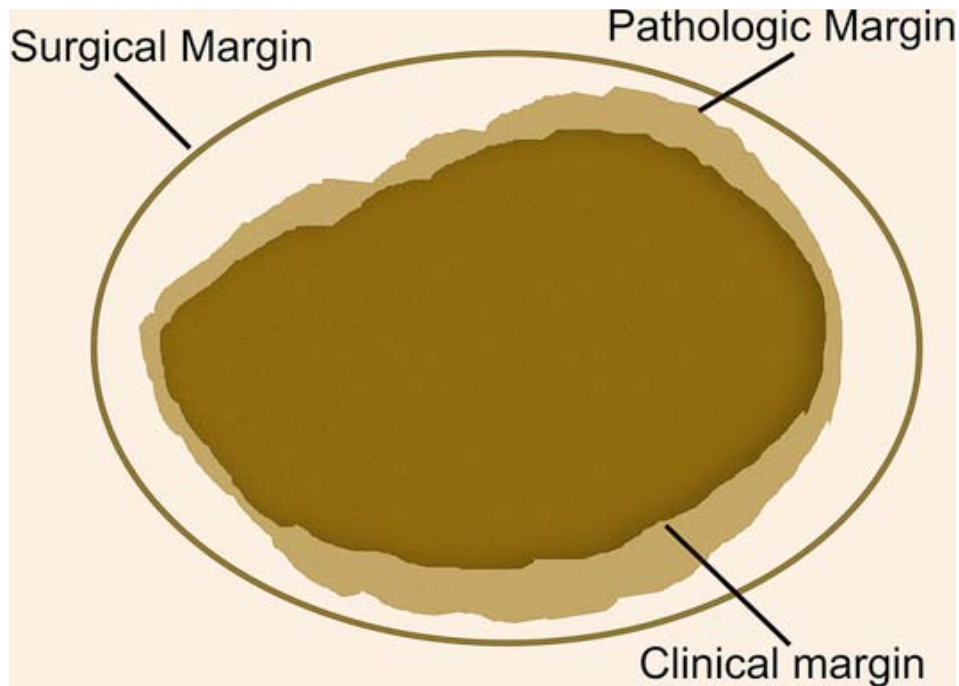


Fig. : le principe des marges chirurgicales (26)

a. carcinomes basocellulaires ;

Les facteurs de risque de récurrence des CBC sont cités dans le tableau suivant (7).

Dans notre étude juste les CBC de risque intermédiaire (55 tumeur) et de haut risque (36) sont inclus.

Tableau XI : facteurs de risque de récurrence des CBC(7).

	Critères	Risque intermédiaire	Haut risque
Cliniques	Localisation	Front, joue, menton	Nez et zones péri orificielles
	Taille	<1cm pour les zones à haut risque <2cm pour les zones à risque intermédiaire	>1cm pour les zones à haut risque >2cm pour les zones à risque intermédiaire
	Aspect	Nodulaire, bien limité	Mal limité, sclerodermiforme
histologique	Type	Nodulaire, superficiel	Sclerodermiforme, infiltrant, metatypique

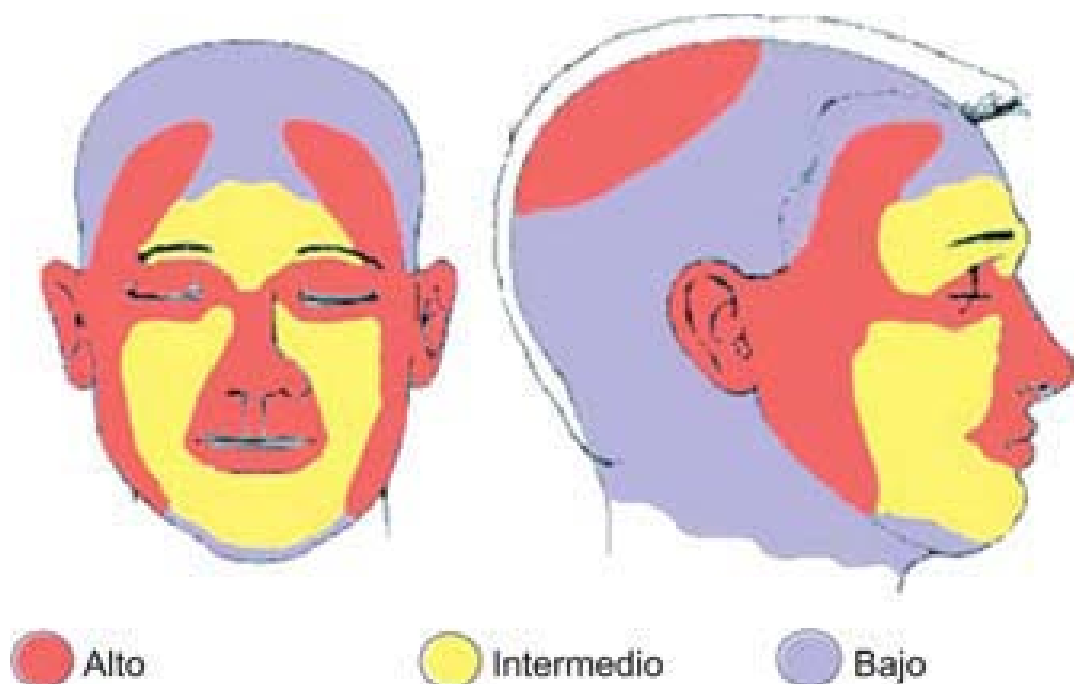


Figure 26 : les localisations faciales à risque élevé de récurrence et de métastase(34)

Pour la marge profonde, il est précisé Que l'exérèse Doit intéresser l'hypoderme en respectant les aponévroses, le périoste ou le périchondre sauf envahissement de ces structures(33).

Les marges d'excision des CBC sont montrées au niveau du tableau suivant (7) :

Pronostic de la tumeur	Marges d'excision
Bon pronostic	3 - 4 mm
Pronostic intermédiaire	4-6 mm
Mauvais pronostic	6-10 mm

b. Carcinomes spinocellulaires :

Pour les CSC, la marge d'exérèse était de 1 à 2 cm selon le groupe de risque.

➤ les facteurs pronostiques sont cités dans le tableau IV (37) (38) :

Tableau XII : facteurs pronostiques des CSC :

	Critères	Faible risque	Haut risque
Cliniques	Primitifs/récidive	Primitif	Récidive
	Infiltration clinique	Absente	Présente
	Signes neurologiques d'envahissement	Absents	Présents
	Statut immunitaire	Immunocompétent	Immunodéprimé
	Taille	<10mm en zone R+ <20mm en zone R-	≥10mm en zone R+ ≥20mm en zone R-
Anatomopathologique	Envahissement péri nerveux	Non	Oui
	Degré de différenciation cellulaire	Bon	Moyen à indifférencié
	Formes histologiques	CSC commun, verruqueux, fusiforme, mixte ou métype	CSC desmoplasique>mucopidermoïde>acantholytique

Zone R+ : zones péri-orificielles et le cuir chevelu ; radiodermite, cicatrice de brûlure, inflammation ou ulcère chronique.

Zone R- : autres localisations de l'extrémité céphalique.

a. Exérèse des mélanomes :

La biopsie exérèse à visée diagnostique et thérapeutique permet l'évaluation de l'épaisseur tumorale (indice de BRESLOW) dont dépend la marge d'exérèse complémentaire et le pronostic ainsi (1) (39) :

- épaisseur < 1mm : marge de 1 cm;
- épaisseur de 1 à 2mm : marge de 2cm;

– épaisseur > 2mm : marge de 3cm.

Au moment de la prise en charge chirurgicale d'un mélanome épais sans adénopathie clinique, le repérage du ou des ganglions sentinelles, c'est à dire du premier relais ganglionnaire, n'est pas toujours obligatoire (1). Il est nécessaire si l'indice de Breslow est entre 1 et 4 mm, ou si présence ulcération ou signes de régression clinique (1).

Son envahissement à l'étude anatomopathologique implique un curage ganglionnaire suivi par un traitement adjuvant. L'absence d'atteinte tumorale du ganglion sentinelle renvoie à la surveillance et permet d'éviter le curage prophylactique systématique qui a été longtemps prôné et d'éviter la morbidité propre au curage cervical (1).

Dans notre série, 6 cas de mélanomes cutanés faciaux, de stade I chez des patients ayant des lésions pigmentaires ou sur peau saine sont rapportés.

Les facteurs qui augmentent le risque de récurrence et de décès sont montrés au niveau de la Fig.27.

	Risque de récurrence	Risque d'être décédé 5 ans plus tard	Risque d'être décédé 10 ans plus tard
Mélanome primitif, après exérèse			
Intraépidermique	0%	—	—
Breslow : 0,20–0,75 mm	< 10%	< 5%	< 5%
Breslow : 0,75–1,5 mm	20%	10%	15%
Breslow : 1,5–4 mm	40%	30%	40%
Breslow : > 4 mm	70%	40%	50%
Mélanome régional, après curage			
1 adénopathie +	70%	50%	> 60%
> 4 adénopathies +	> 80%	> 70%	> 80%

Figure.27 : risque de récurrence et risque de décès à 5 et 10 ans (40)

2. LES MOYENS DE RECONSTRUCTION

2-1 INTRODUCTION

La reconstruction après exérèse tumorale vise à restaurer aussi fidèlement que possible l'anatomie et la fonction de la région reconstruite (41).

Il n'est plus question de se suffire de régler le problème tumoral mais aussi d'effectuer une réparation la plus esthétique possible (41).

En effet, le respect des unités esthétiques de la face est pris en compte menant souvent à dépasser les limites d'exérèse carcinologique afin de remplacer globalement toute une sous-unité esthétique et ainsi obtenir une réparation de meilleure qualité (41).

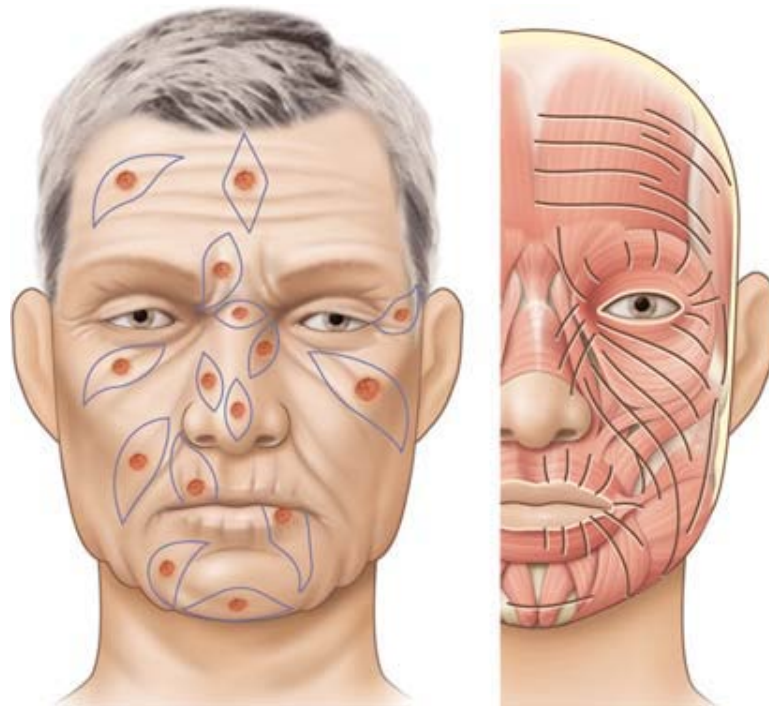


Figure 28 : Axes d'incision selon les lignes de moindre tension, parallèles aux rides et perpendiculaires aux muscles de la mimique. (42)

Avant de procéder à la couverture de la PDS, une confirmation histologique que les marges et de la limite profonde sont saine est obligatoire. (29) (42).

L'examen extemporané est réalisé dans les cas où la reconstruction immédiate est indispensable, tel que la paupière supérieure qui protège l'œil et la lèvre inférieure pour la continence salivaire, mais il est préférable dans les autres cas d'attendre le résultat de l'histologie classique avant la reconstruction, c'est la technique en deux temps qui donne la certitude histologique de l'exérèse complète, mais la constitution de la fibrose au niveau de la perte de substance complique la réparation différée (43).

Dans notre étude, l'examen extemporané n'a pas été réalisé en aucun cas.

En cas d'exérèse incomplète, la reprise est obligatoire pour les CSC compte tenu des risques évolutifs à court terme (1), et les CBC sclérodermiformes (1) (7).

La technique de MOHS permet des exérèses complètes et économiques près des structures nobles, ainsi que des reconstructions immédiates sur un terrain exempt de résidus tumoral.

C'est une technique qui consiste à pratiquer des coupes horizontales congelées de la pièce d'exérèse fraîche, qui sont examinées en extemporané. Cette technique est bien établie pour le traitement des tumeurs cutanées, et elle a une application particulière dans des zones anatomiquement et cosmétiquement sensibles.

Elle a un taux de guérison estimé à 96,8–98,8% pour les carcinomes épidermoïdes, et un taux de 94,3–98,9% pour les carcinomes basocellulaires. Elle reste la meilleure technique pour avoir une certitude quasi absolue d'une exérèse complète des carcinomes, surtout de mauvais pronostic, mais elle est longue, difficile, coûteuse à réaliser et pénible pour le patient (2) (33).

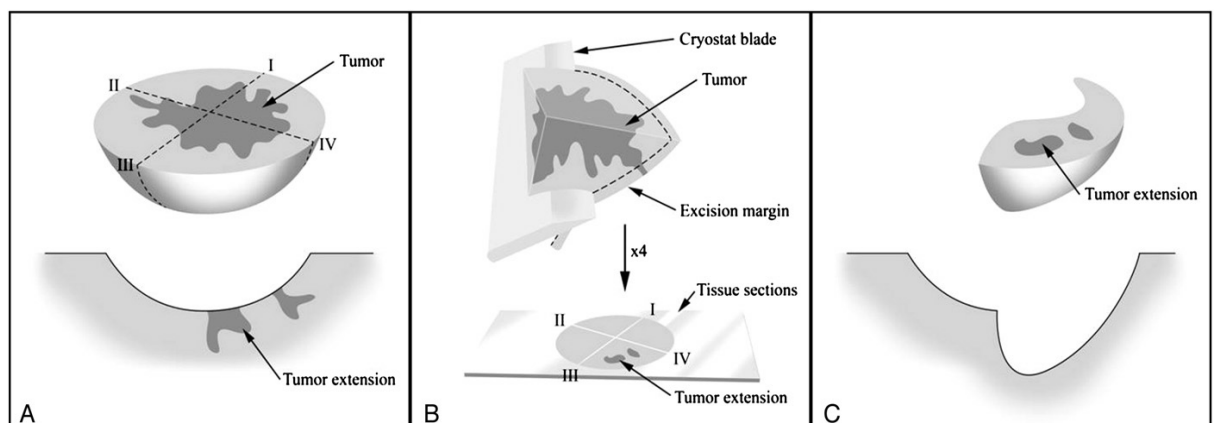


Fig. 29: approche de la technique de MOHS. (26)

2-2 LES PROCEDES DE RECONSTRUCTION ET LEURS APPLICATIONS TOPOGRAPHIQUES

a. La suture directe

Elle doit respecter deux règles essentielles :

- induire une cicatrice située dans les plis du visage.

– ne provoquer aucune distorsion des structures de voisinage (39).

Elle a été utilisée chez 31 patients ayant des PDS inférieures à 2cm.

La suture directe trouve ses indications principalement :

Au niveau des paupières (41, 42, 44, 45), elle permet de rétablir les plans tarso-conjonctival, musculaire et cutané. Elle n'est possible que pour des PDS inférieures au quart de la longueur de la paupière supérieure, voire inférieures au tiers de la paupière inférieure moyennant la section partielle d'un ligament palpébral.

Au niveau des lèvres, la suture directe est intéressante pour les PDS inférieures au tiers de la longueur labiale qui peuvent bénéficier d'une exérèse en V ou W. Elle donne d'excellents résultats esthétiques et fonctionnels, notamment chez les sujets âgés du fait de l'extensibilité tissulaire (46, 47, 48).

La suture directe est largement utilisée au niveau de la joue où la cicatrice résiduelle s'orientera parallèlement aux plis faciaux, avec bons résultats esthétiques.

Elle est possible pour les petites PDS du nez osseux inférieures ou égales à 5mm de large, et elle est difficile au tiers inférieur. Elle donne d'excellent résultat esthétique, mais lorsqu'elle est réalisée sous tension, elle s'élargit secondairement et donne une cicatrice disgracieuse (36).

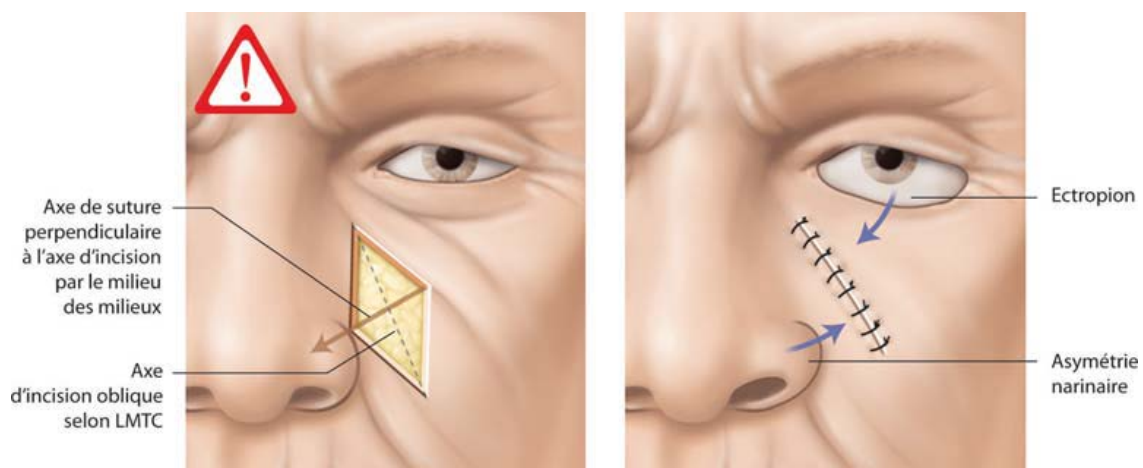


Figure 29 : Risque de déformation des bords libre par la suture perpendiculaire selon le milieu des milieux.(39)

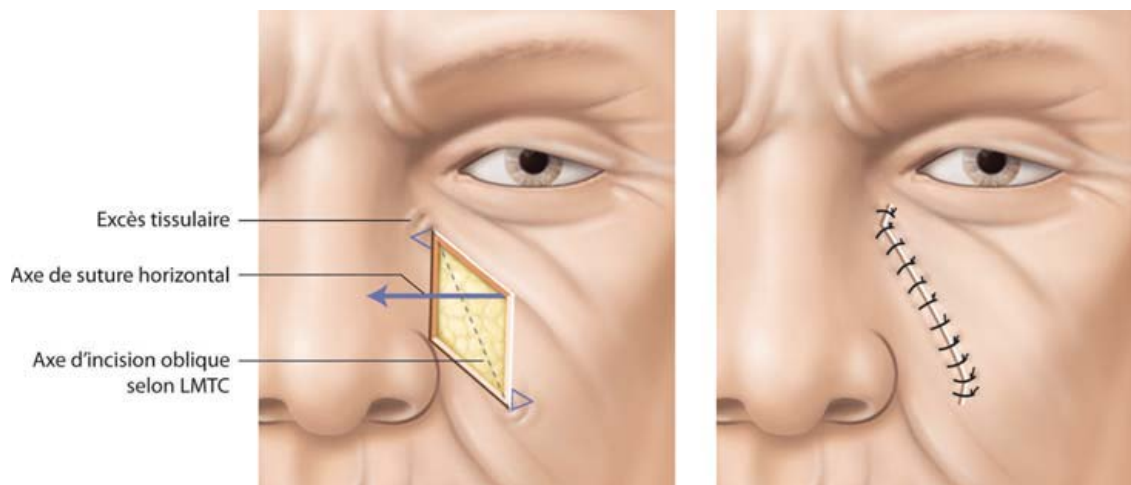


Figure 30 : Horizontalisation des tensions par les sutures d'un fuseau oblique. (39)

b. La cicatrisation dirigée

La cicatrisation dirigée est la méthode la plus simple pour traiter une perte de substance superficielle non suturable, de taille petite ou moyenne mais qui impose une véritable vigilance (50).

c. Les greffes cutanées

Utilisées pour le traitement de 30 tumeurs de notre série.

Une greffe cutanée est un fragment de peau prélevé en le séparant complètement de son site donneur et qui va être transporté sur un site receveur bien vascularisé sur lequel il va “prendre”. Elle peut être composite c’est à dire constituée de peau et de : cartilage, poils ou graisse (Fig 21).

Une expansion préalable du site donneur est possible pour augmenter sa surface en cas de PDS étendue (51).

Les autogreffes sont prélevées sur la même personne, les homogreffes sur un individu différent.

Il est possible de mettre immédiatement une greffe sur un sous-sol bien vascularisé, un délai de quelques jours est parfois nécessaire pour obtenir l'hémostase spontanée d'une zone

particulièrement hémorragique ou pour traiter une petite infection locale, ou secondairement après bourgeonnement de la PDS (51).

Les greffes cutanées sont classées suivant leur épaisseur (51) (Fig.21) :

c-1 Les greffes minces

Elles comportent l'épiderme jusqu'au niveau des papilles dermiques. Elles ont de 1,5 à 2,5 dixièmes de millimètre d'épaisseur. Elles sont très peu utilisées vu la rétraction et l'hyperchromie qu'elles induisent.

c-2 Les greffes semi-épaisses

Elles emportent une partie du derme, mais laissent en profondeur certaines annexes épithéliales, pilaires, sudorales ou sébacées. Elles ont 3-4 à 5-6 dixièmes de millimètre d'épaisseur. La zone donneuse cicatrise spontanément à partir des annexes épithéliales. Elles sont utiles chez les XP, chez qui la peau totale prend difficilement.

c-3 Greffes de peau totale

Elles emportent sur 8 à 15 dixièmes de millimètre toute l'épaisseur de la peau. La zone donneuse qui ne pourrait cicatriser qu'à partir de ses berges doit être suturée d'emblée. Ces greffes de peau totale donnent des meilleurs résultats cosmétiques que celles de peau partielle.

Les greffes cutanées sont utilisées lorsque le défaut est important intéressant toute une unité esthétique et que le tissu à recouvrir est bien vascularisé.

Au niveau du nez, les greffes de peau totale dégraissées sont les plus utilisées pour leurs qualités (coloration, texture...)(52), en dehors d'une exposition osseuse et/ou cartilagineuse. Les greffes composées chondro-cutanées ou cutanéograsseuses peuvent être utilisées dans la reconstruction de l'aile et de la columelle(44) (51) (53).

Au niveau des paupières, les greffes peuvent être mises en place en position de capacité cutanée maximale en suspendant la paupière greffée, afin de prévenir sa rétraction secondaire et donc le risque d'ectropion et d'exposition cornéenne. Les greffes composites comportant des cils sont utiles pour des PDS transfixiantes moyennes. Elles sont prélevées sur la paupière inférieure et sont de la moitié de la taille de la PDS, mais leur prise est aléatoire (52) (54) (55).

Quant à la joue, il faudra veiller à un bon ancrage des greffes en profondeur suite à l'extrême mobilité de cette région (49). Pour les lèvres, leurs indications sont limitées aux PDS superficielles non suturables en sous unité esthétique (philtrum, région latéro-labiale supérieure) (36)(48).

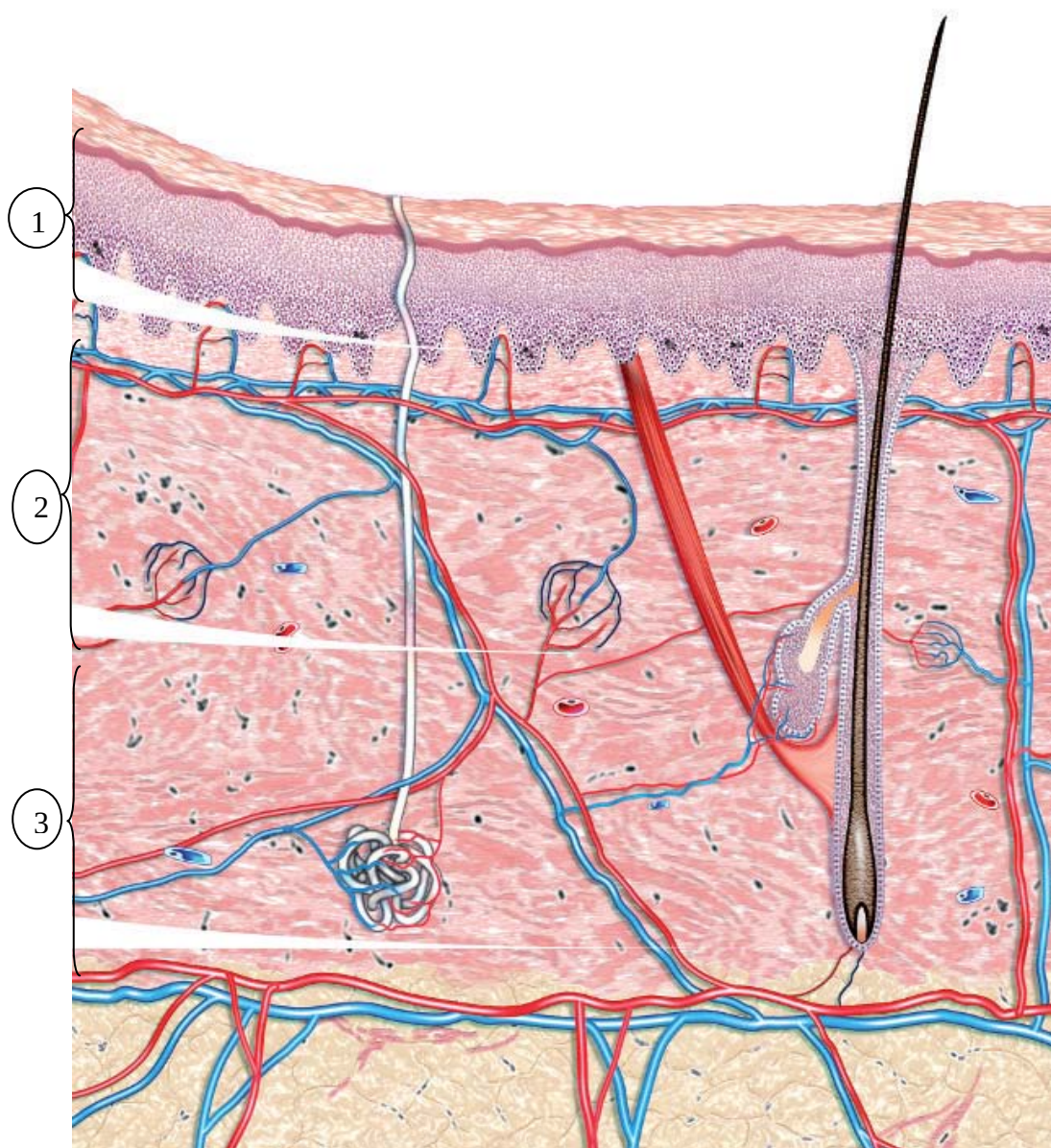


Figure 31 : Épaisseurs de prélèvement. (49)

- 1 : greffe dermo-épidermique mince (0,2 mm),
- 2 : greffe de demiépaisseur,
- 3 : greffe de peau totale.

d. Les lambeaux cutanés :

Un lambeau cutané est un segment de peau et de tissu cellulaire sous-cutané conservant une vascularisation autonome passant par un pédicule avec lequel il reste en contact avec la profondeur (49).

Utilisés pour la réparation de PDS de 60 tumeurs de cette étude.

d-1 reconstruction frontale :

Le lambeau d'avancement en H est très utilisé au niveau du front, il a pour intérêt de laisser les cicatrices dans les plis (37). (Fig. 32).

Utilisé pour la réparation de la PDS de 6 tumeurs.

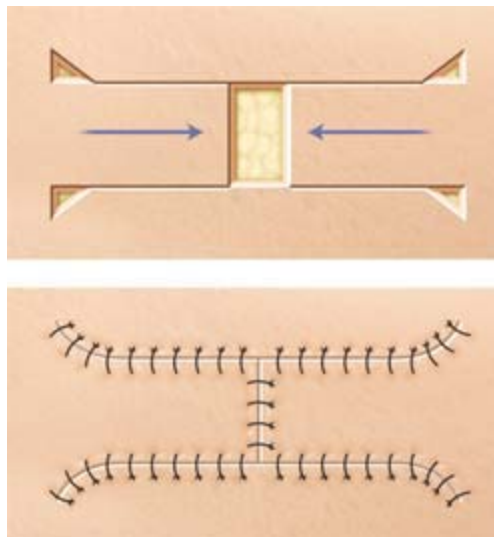


Figure 32 : lambeau d'avancement en H (37)

Le lambeau scalpant de converse constitue la méthode de choix dans la reconstruction des PDS importante du front, voir même des certaines PDS subtotaux nasales. Ses résultats esthétiques sont jugés comme moyens ou même faible par les patients, car la rançon cicatricielle est importante (45) (Fig. 12).

Utilisé pour la réparation de la PDS de 4 tumeurs.

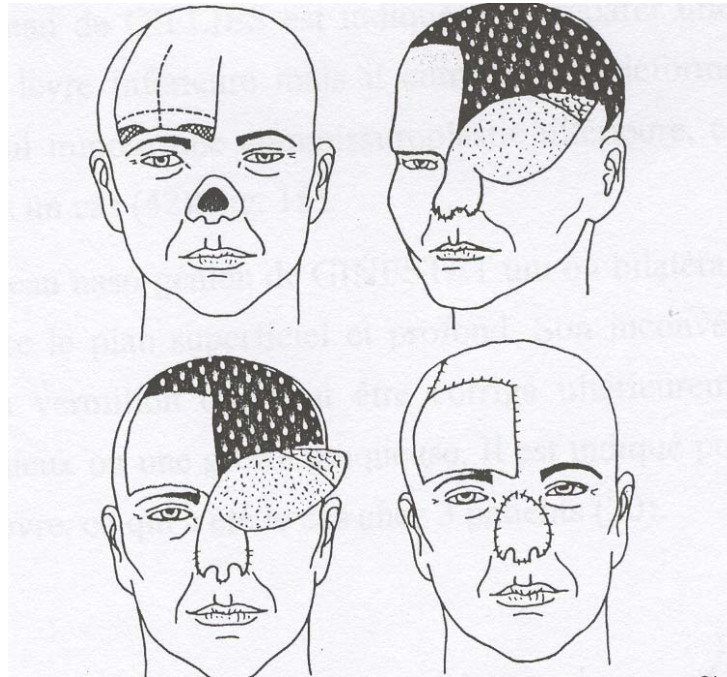


Figure 33 : Lambeau scalpant de Converse (56).

d-2 reconstruction nasale :

Le lambeau frontal est le lambeau de prédilection pour la reconstruction des PDS étendues de la pyramide nasale(57). Il peut être médian, paramédian ou latéral. Le pédicule nécessite le plus souvent un sevrage à la fin de la 3^{ème} semaine (44) (45). Le lambeau frontal à pédicule occipital peut être utilisé pour la réparation en un seul temps des PDS du tiers supérieur de la face (49) (Fig.22).

Utilisé pour la réparation de la PDS de 6 tumeurs.

Le lambeau naso-génien est essentiellement indiqué dans les PDS des parties latérales du nez (54).

La méthode « In and out » utilise un lambeau naso-génien subissant une bascule puis une plicature sur lui-même, ce qui réalise la reconstruction simultanée des plans de couverture et de doublure. (54) (Fig. 24).

Utilisé pour la réparation de la PDS de 8 tumeurs.

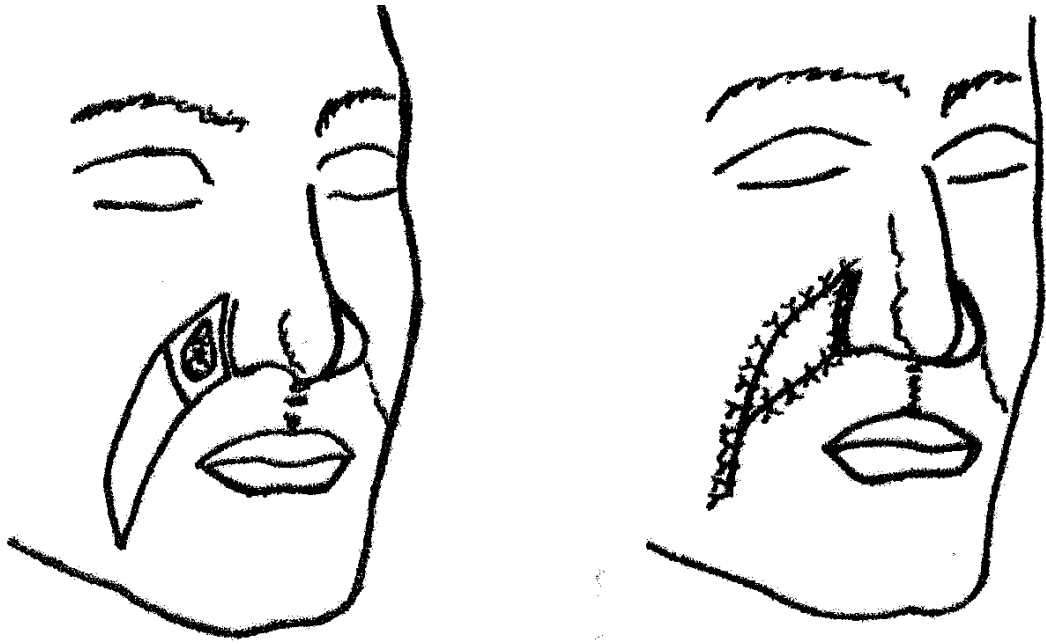


Figure 35 : Méthode de « In and out » (54).

La perte de substance est ramenée à un triangle. L'incision arciforme dans le prolongement de la base du triangle permet de tailler un vaste lambeau qui vient combler par un mouvement de rotation la PDS. Cette plastie est auto-fermante(Fig.33).

Utilisé pour la réparation de la PDS de 4 tumeurs.

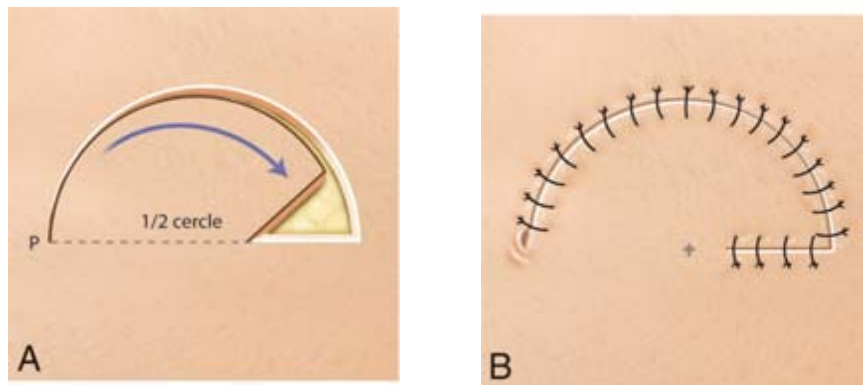


Figure 36 : Le lambeau de rotation simple. (37)

L'étirement du lambeau peut être amélioré par certains procédés (procédé de BLASCOVICZ, procédé d'IMRE, procédé de DUFOURMENTEL et MOULY, procédé de KAZANJIAN et CONVERSE) (37) (Fig. 34).

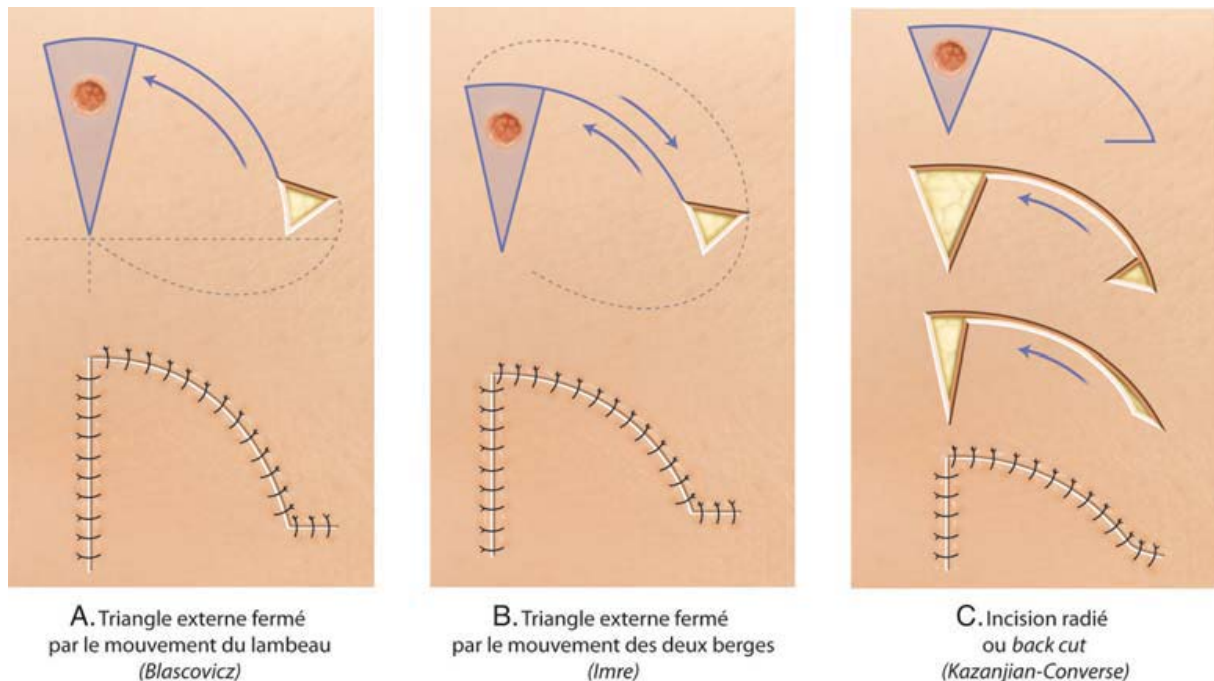


Figure 37 : différents types de lambeaux de rotation

Les lambeaux de rotation fronto-nasaux de REIGER et MARCHAC sont indiqués dans les PDS de la partie moyenne du nez et surtout de la partie basse de la pointe du nez.

Le lambeau de rotation de WHITLEY est indiqué dans les PDS de la pointe du nez et donne très bons résultats esthétiques.

N'ont été utilisés en aucun cas

2-3 Reconstruction labiale:

Au niveau des lèvres, plusieurs lambeaux loco-régionaux peuvent être utilisés(34)(35)(46)(47).

Le lambeau de KARAPANDZIC consiste à réaliser de chaque côté de la PDS un lambeau naso-labial arciforme à concavité buccale, cutanéomuqueux à pédicule vasculaire. Il donne des

meilleurs résultats fonctionnels et esthétiques comme nous avons noté chez une patiente pour une PDS de la lèvre inférieure (Fig. 25).

Utilisé pour la réparation de la PDS de 2 tumeurs.



Figure 38 : Lambeau de KARAPANDZIC suivi d'une commissuroplastie(49)

Le lambeau de GILLIES est indiqué pour réparer une PDS plus étendue de la lèvre inférieure mais il entraîne une déformation de la commissure qui impose une commissuroplastie ultérieure (Fig. 26).

Utilisé pour la réparation de la PDS de 1 tumeur.

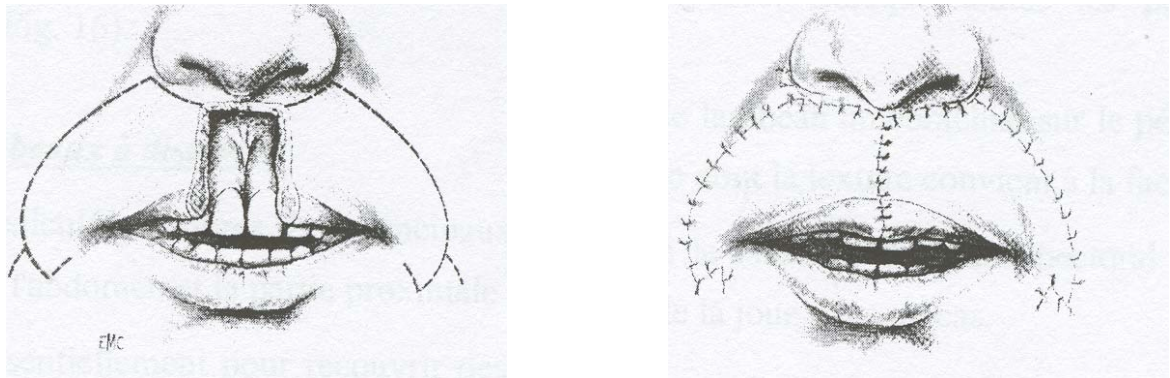


Figure 39 : lambeau de GILLIES (50)

Le lambeau naso-génien de GINESTET(Fig.27) uni ou bilatéral à pédicule inférieur répare le plan superficiel et profond. Son inconvénient est la disparition du vermillon qui peut être corrigé ultérieurement par un lambeau muqueux ou une greffe muqueuse. Il est indiqué pour des PDS totales de la lèvre(20)(52).

N' a pas été utilisé pour cette étude.

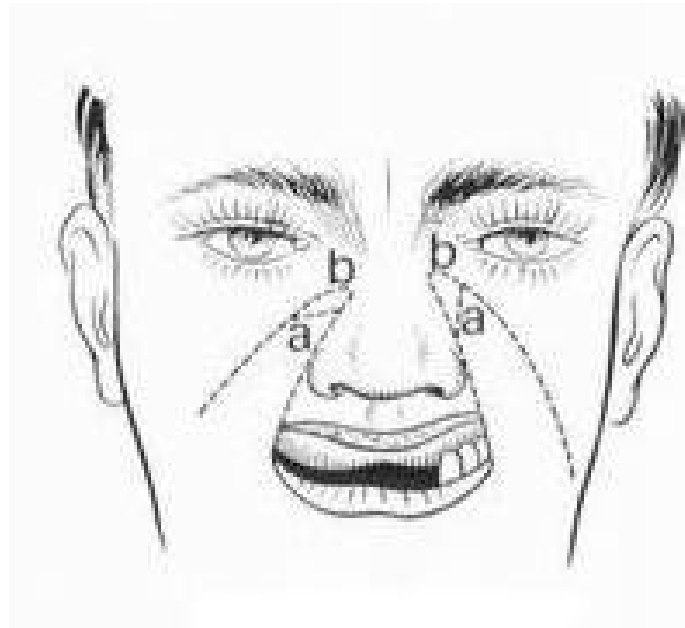


Figure 40: Lambeaux nasogéniens totaux de GINESTET (50)

Le lambeau de CAMILLE-BERNARD(Fig.28) assure la réparation par deux lambeaux horizontaux pris aux dépens de la joue. Il a été modifié par WEBSTER au niveau du tracé inférieur de l'incision qui suit le pli labio-mentonnier. Les résultats carcinologiques sont bons car l'on peut réaliser de larges exérèses, mais les résultats fonctionnels sont médiocres(50)

Aucune indication de son utilisation n'a été retrouvée lors de cette étude.

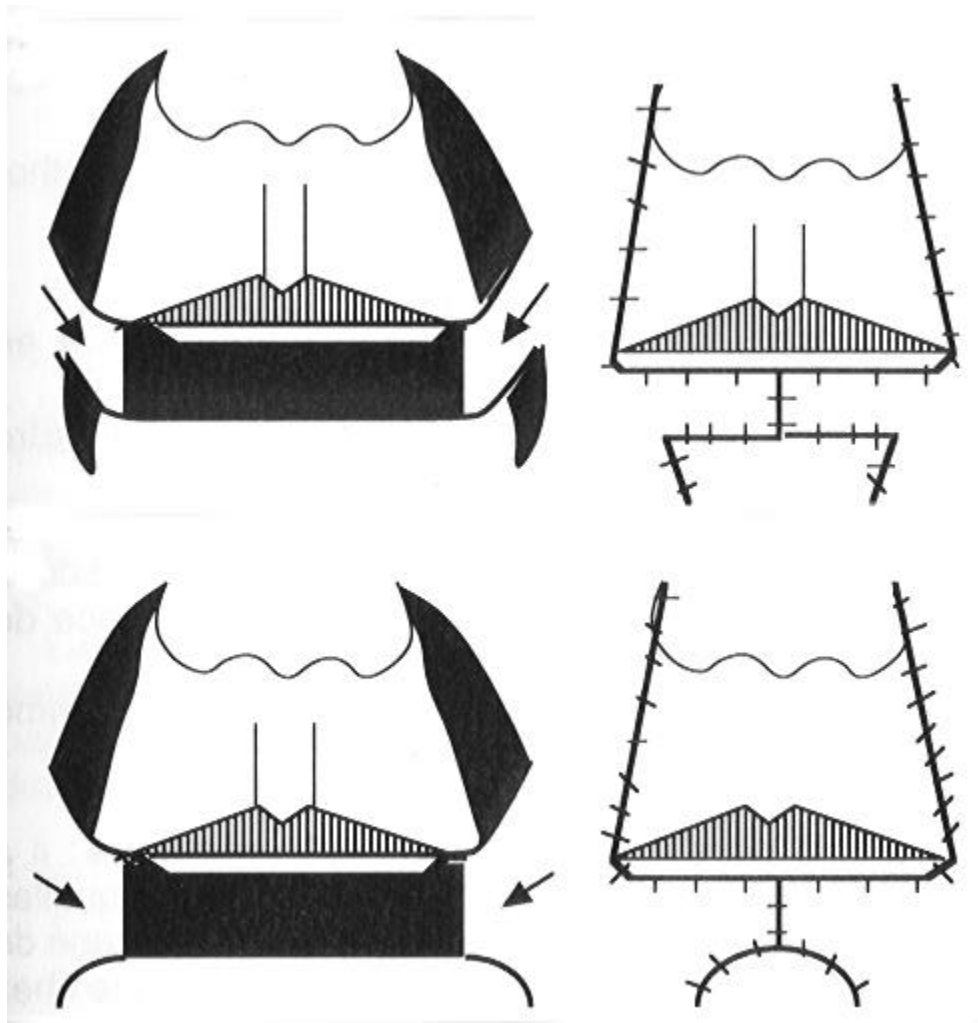


Figure 41 : Lambeau de CAMILLE BERNARD et
Lambeau de CAMILLE BERNARD modifié selon WEBSTER(50).

Le lambeau de Webster (Fig.29) est un avancement labio-naso-génien permis par une excision cutanée en croissant péri-alaire et destiné à couvrir une PDS verticale para-médiane de la lèvre supérieure.

N'était utilisé en aucun cas.



Figure 42 : Dessin princeps de WEBSTER pour une perte de substance transfixiante paramédiane de la lèvre supérieure (50)

Les lambeaux hétéro-labiaux d'Abbé ne sont envisagés que dans le sens de la reconstruction labiale supérieure par une partie de la lèvre inférieure.

Le lambeau hétérolabial d'Abbé-Estlander est le plus souvent utilisé au niveau des lèvres. La longueur du lambeau sera égale à la moitié de la PDS pour équilibrer les dimensions des deux lèvres. Le résultat final sera l'obtention des deux lèvres légèrement raccourcies mais de dimensions égales(53) (Fig.37).

Utilisé pour la réparation de la PDS de 2 tumeurs.

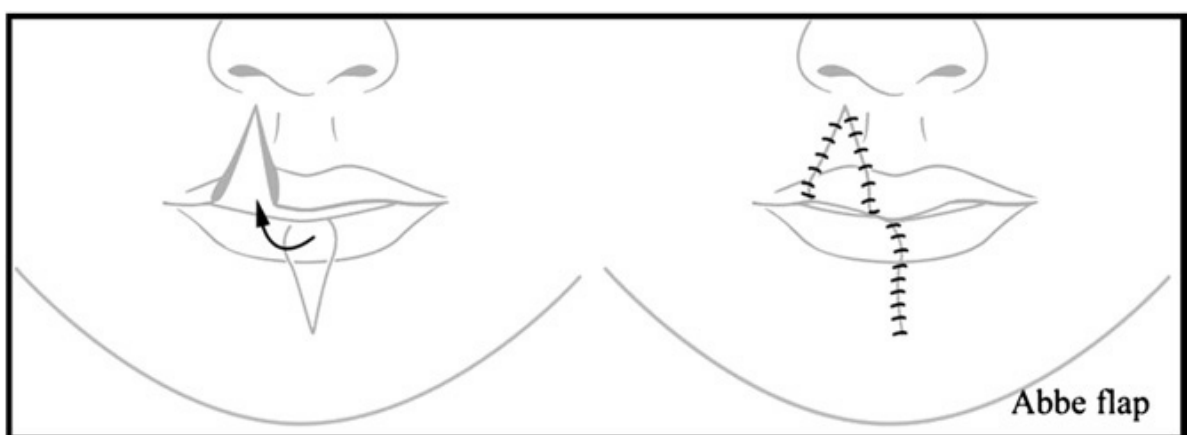


Figure 43 : Lambeau d'Abbé (53)

a- Reconstruction jugale :

Le lambeau d'avancement à pédicule sous-cutané en cerf-volant permet de couvrir une PDS des parties latérales du nez par l'avancement d'un lambeau triangulaire mobilisé sur le principe VY(27) (Fig.31).

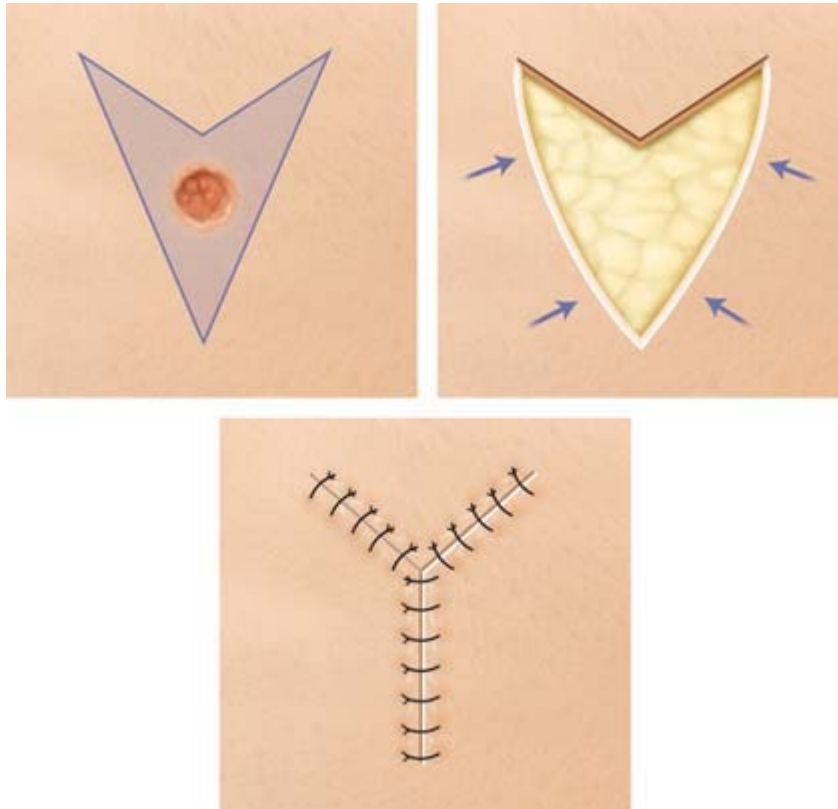


Figure 44: La plastie en VY (27).

Les lambeaux de transposition, mobilisé grâce à une torsion de son pédicule, il peut être mis en place sur une PDS sans aucune tension. Peuvent être taillés selon la plastie en LLL de DUFOURMENTEL ou plastie en Z (27) (Fig. 36).

Utilisé pour la réparation de la PDS de 9 tumeurs.

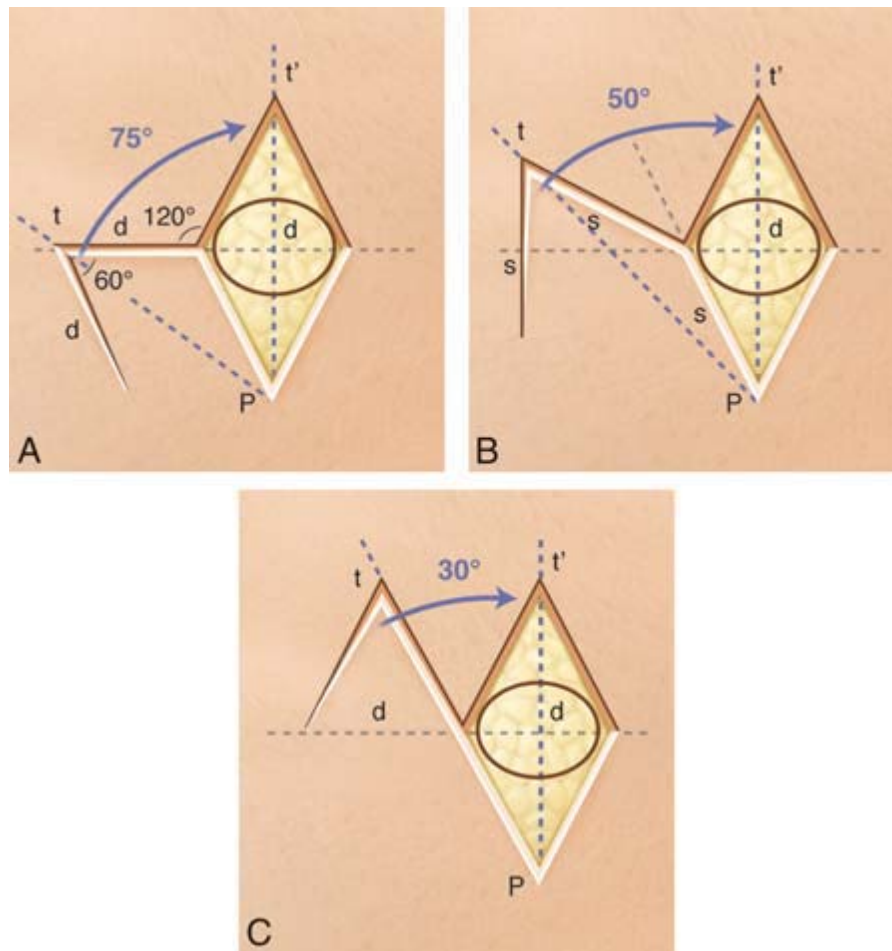


Figure 45 : lambeau LLL de DUFOURMENTEL (27)

b- Reconstruction palpébrale :

Le lambeau d'avancement de MUSTRADÉ (Fig.32) est largement utilisé pour la reconstruction de la joue et la paupière inférieure. Il associe également un effet de rotation et constitue un excellent choix chez la femme au niveau de la pommette, chez l'homme, il amènera une peau pileuse dans une région glabre (52).

Utilisé pour la réparation de la PDS de 3 tumeurs.

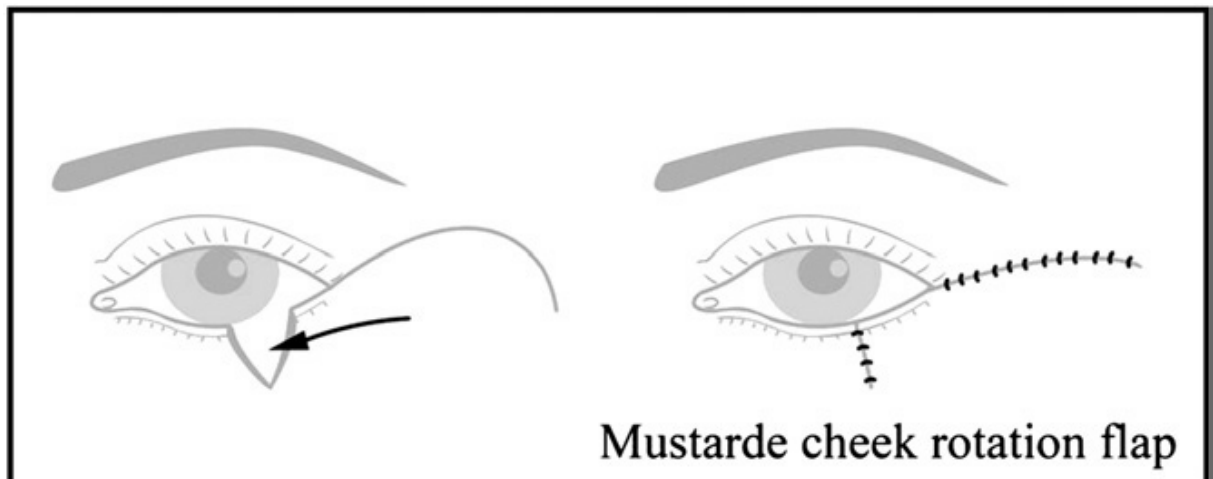


Figure 46 : lambeau d'avancement de Mustardé (52)

Il nécessite souvent une retouche du fait du comblement de la région para-nasale ainsi que « l'oreille » naso-génienne (52).

c- reconstruction canthale :

On utilise le lambeau glabellaire, utilisé pour la reconstruction des PDS du canthus interne (Fig. 40). La glabelle est la zone donneuse auto fermante. Le pédicule est contralatéral à la PDS. Le dessin de ce lambeau est schématiquement celui d'un lambeau de rotation, avec contre-incision. Il s'agit d'un lambeau qui permet une rotation pouvant atteindre plus de 45°. Le lambeau est ainsi décollé dans sa totalité, basculé vers la perte de substance à la manière d'un lambeau de transposition. La glabelle est amenée vers la perte de substance pour la réparer (71).

Utilisé pour la réparation de la PDS de 3 tumeurs.

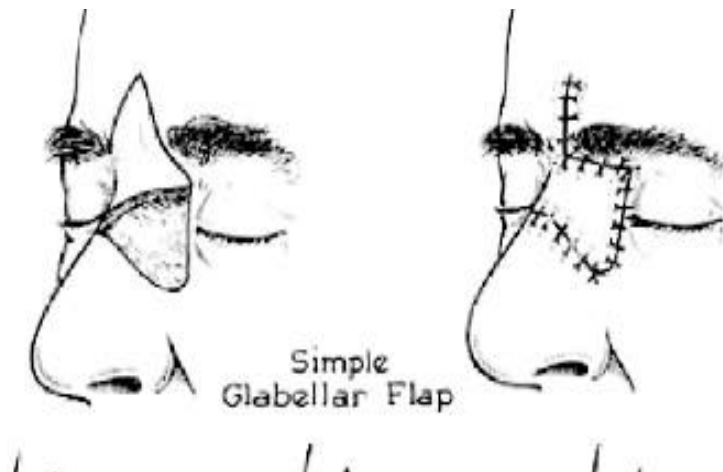


Figure 47: schéma expliquant la technique de lambeau glabellaire.

d- Les lambeaux à distance

Ils peuvent être pédiculés ou libres. Les principaux sites donneurs sont situés sur le thorax, l'abdomen et la partie proximale des membres(Fig.30).

Ils sont utilisés essentiellement pour recouvrir des PDS majeures et pluritissulaires de la face. Lorsque toutes les possibilités sont dépassées.

Parmi les plus adoptés, le lambeau antébrachial sur le pédicule radial, le lambeau inguinal et le lambeau para scapulaire dont la texture convient à la face (51).

2-4 Autres procédés

a- Expansion cutanée

Elle a peu d'intérêt en préparation à une exérèse tumorale.

Elle peut être utile pour augmenter la surface du site donneur d'une greffe ou d'un lambeau, mais, elle présente ses propres inconvénients, elle nécessite plusieurs temps avec risque d'infection et d'hématome (52).

b- Epithèses

Elles peuvent remplacer certaines reconstructions laborieuses en cas des PDS étendues de la face.

Elles permettent la surveillance des cancers dont les limites sont imprécises comme le cas du CBC scléro-dermiforme.

Elles sont coûteuses et non naturelles, ce qui limite leur utilisation (54).

IV. LES CANCERS EVOLUES DE LA FACE

Bien que le dépistage des épithéliomas soit devenu de plus en plus précoce, le praticien est confronté plusieurs fois dans son expérience à des cas historiques.

S'il est assez rare de voir évoluer sur une très longue période des carcinomes épidermoïdes, les basocellulaires, du fait de leur très faible risque métastatique, peuvent en revanche, prendre des proportions tout à fait considérables(17)(54).

Dans ces situations, le dilemme entre ne pas intervenir et pratiquer un geste obligatoirement majeur, n'est jamais simple à résoudre. C'est d'ailleurs souvent l'inconfort des proches du patient qui conduira ce dernier à accepter l'opération. Il s'agira le plus souvent d'un geste de propreté que d'une intervention à visée curative bien que ce but doit être obligatoirement recherché.

La psychologie de ces patients sera, un des principaux facteurs à évaluer avant toute décision thérapeutique (54).

1. LES BUTS DE LA RECONSTRUCTION

Le carcinome cutané évolué est une tumeur dont l'extension en surface et/ou en profondeur l'a rendu inaccessible à une reconstruction purement locale avec souvent une atteinte de plusieurs territoires.

Ainsi, le traitement est le même que celui défini pour les carcinomes dits « simple » avec une exérèse tumorale complète et reconstruction de la PDS tout en respectant l'esthétique et la fonction.

Dans certains cas, la reconstruction peut être différée de plusieurs mois dans un but de surveillance locale (54).

2. LES MOYENS DE RECONSTRUCTION

2-1 LES MOYENS LOCO-REGIONAUX

Ici plus qu'ailleurs, il sera impératif de maîtriser « les grands classiques » à savoir :

- Un lambeau de fascia superficialis temporalis
- Un lambeau du muscle temporal
- Un lambeau de conque ou ses dérivés
- voire un lambeau de washio

Plus à distance, on pourra être amené à prélever :

- Un lambeau de grand dorsal dont l'extrémité arrive en pédiculé jusqu'à la région orbitaire.
- Un lambeau de grand pectoral dont le champ d'action reste essentiellement limité au tiers inférieur de la face.
- Un lambeau de trapèze est peu utilisé (49).

2-2 LES MOYENS A DISTANCE

Ils feront appel à des techniques micro-chirurgicales dont la fiabilité est excellente dans la région cervico-faciale mais ils donnent des résultats inesthétiques.

Tous les lambeaux microchirurgicaux sont théoriquement utilisables, spécialement le grand dorsal, para-scapulaire et antébrachial sur le pédicule radial (49)(51).

3. LES INDICATIONS

Il faut tenter de répondre à 4 questions avant de décider l'intervention devant ces tumeurs évoluées.

3-1 QUAND OPERER ?

L'indication opératoire pourra être de principe ou de nécessité.

- L'indication opératoire peut se poser de principe :
 - Lorsqu'on pense avoir une chance réelle d'exérèse totale sur le plan carcinologique.
 - Et lorsque le contrôle carcinologique semble impossible mais l'inconfort du patient et/ou de ses proches est tel qu'une exérèse de propreté s'impose (54).
- L'indication de nécessité est envisagée lorsqu'une structure noble risque d'être atteinte, telle que l'œil, la carotide ou le cerveau (54).

3-2 QUAND S'ABSTENIR

L'abstention peut être de principe quand une tumeur est très évoluée, ne permettant pas d'envisager une exérèse de propreté. L'abstention peut être de nécessité lorsqu'un problème d'état général laisse suspecter des difficultés per ou post-opératoires majeures (54).

3-3 QUAND RECONSTRUIRE ?

La reconstruction devra être rapide, voire immédiate, en cas d'envahissement méningé constaté après exérèse d'un carcinome de la voûte crânienne.

Une exérèse palpébrale imposera également une couverture dans de brefs délais, suite au risque d'ulcère cornéen.

La reconstruction sera semi-rapide en cas de restauration à une incontinence buccale toujours très mal supportée par les malades.

La reconstruction sera différée, par sécurité carcinologique, en dehors des cas précédents. Il faudrait différer une reconstruction d'autant plus longtemps qu'elle est plus complexe (54).

3-4 COMMENT RECONSTRUIRE ?

La tendance est de réserver les lambeaux aux reconstructions dynamiques telles celles de la joue ou des orifices et pour la couverture osseuse.

La microchirurgie est considérée comme l'ultime recours, mais aussi parfois le seul pour amener une grande quantité de tissu sur une exérèse importante.

Le pronostic local et général est tributaire d'un diagnostic précoce suivi d'une chirurgie d'exérèse adaptée et de qualité. La reconstruction du défaut engendré doit faire appel aux procédés les plus fiables, les moins délabrants aboutissant à des résultats esthétiques et fonctionnels optimaux.

V. PLACE DES AUTRES PROCÉDÉS ET PERSPECTIVES D'AVENIR

1. LA CRYOCHIRURGIE

Son principe repose sur la destruction de la tumeur par le froid. Cette technique non hémorragique a pour avantage sa rapidité, son faible coût et sa répétition possible.

Elle présente un intérêt certain pour les CBC de petite taille du nez et dans les localisations multiples surtout chez le sujet âgé, avec des résultats esthétiques considérés comme bons par les différentes équipes malgré l'hypochromie cicatricielle qui peut être importante (14)(23)(25)(75).

Cette technique est particulièrement indiquée chez les malades âgés ou handicapés ou en cas de contre-indication de l'anesthésie générale ou chez les malades sous anticoagulants.

Toutefois, elle ne permet pas de contrôle histologique et la cicatrisation est longue avec un petit risque de rétraction des paupières et des rebords narinaux (25).

2. L'ÉLECTROCOAGULATION-CURETAGE

C'est une méthode simple, rapide, peu coûteuse, pratiquée sous anesthésie locale, et renouvelable en cas de récurrence.

Elle consiste à enlever la lésion avec une curette tranchante. Le curetage est suivi d'une électrocoagulation de la cavité d'évidement, suivie d'un second curetage et d'une seconde électrocoagulation.

Elle a pour inconvénient majeur comme dans la cryochirurgie, l'absence de contrôle histologique et une cicatrisation plus ou moins longue en laissant une cicatrice dyschromique souvent rétractile (25).

3. LE LASER

Il permet par l'effet thermique une vaporisation des carcinomes superficiels mais sans validation histologique possible. Le Laser peut être utilisé comme bistouri et l'on répond les modalités de la chirurgie d'exérèse classique (14)(23)(25).

4. LA RADIOTHERAPIE

La curiethérapie consiste à mettre en place des fils d'iridium dans la tumeur. Le rayon d'action est d'environ 20 mm.

Elle révèle d'indications spécifiques à certaines localisations du visage comme CSC de la lèvre inférieure et la columelle (23)(25).

Elle peut donner un bon résultat fonctionnel et esthétique, en revanche, il n'y a pas de pièce opératoire et il est donc nécessaire d'avoir une histologie avant de débiter le traitement.

La radiothérapie est retenue essentiellement, lorsqu'il existe une contre-indication à la chirurgie ou en complément. Lorsqu'une reprise chirurgicale n'est pas réalisable et que l'exérèse de la tumeur est intra-lésionnelle. Elle est aussi utilisée en complément du curage ganglionnaire

mais elle présente un certain nombre d'inconvénients : absence de contrôle histologique, nécessité de multiples séances, risque de radiodermite qui peut être elle-même le lit d'un nouveau cancer et en cas d'inefficacité, elle ne peut être répétée et complique le traitement chirurgical (25).

Tous ces inconvénients, la font réserver aux patients très âgés ou inopérables ou aux localisations chirurgicalement trop difficiles.

Elle est contre-indiquée dans les carcinomes de la naevomatose basocellulaire, dans les carcinomes ulcéreux et téberants histologiquement métatypiques, et dans les carcinomes sclérodermiformes (23)(25).

5. LA CHIMIOTHERAPIE

Elle est rarement envisagée dans les carcinomes cutanés. Elle peut être locale, tel que le 5-fluoro-uracile en crème qui pourrait être utile dans les XP(14)(23)(25).

Dans les mélanomes, la chimiothérapie est principalement utilisée dans le traitement du mélanome métastatique. Le déticène® et l'interféron 2a sont proposés avec environ 20% de réponse.

La chimiothérapie de Mohs est une technique particulièrement utile dans les CBC sclérodermiformes ou récidivants. Cette technique permet de pratiquer des exérèses très fiables sur le plan histologique mais à contre elle sa lourdeur de mise en œuvre et son coût, ce qui la rend quasiment inutilisée (23)(25).

6. L'IMMUNOTHERAPIE

L'immunothérapie existe sous deux formes : active et passive. Elle est préconisée dans le traitement du mélanome métastaté.

6-1 L'immunothérapie active :

Elle consiste à accroître l'immunisation de l'hôte contre la tumeur et obtenir une réaction immune qui va éliminer ou retarder la croissance tumorale.

6-2 L'immunothérapie passive :

Elle consiste à transférer chez l'hôte des agents immunologiques (cellules ou anticorps), déjà sensibilisés qui ont la capacité de médier une réponse antitumorale directe ou indirecte (23)(25).

7. LA THERAPIE GENIQUE

Le but de la thérapie génique dans les mélanomes métastasés est de restaurer une fonction ou de modifier le comportement d'une population cellulaire.

Les publications donnant le résultat d'études cliniques utilisant la thérapie génique demeurent rares (25).



CONCLUSION

Le profil épidémio-clinique des carcinomes cutanés de notre étude, répond parfaitement à celui de la littérature mondiale..

Le traitement des cancers cutanés de la face reste avant tout chirurgical. Il apporte à la fois, la sécurité carcinologique par le contrôle histologique et la réparation du défaut avec des résultats esthétiques et fonctionnels optimaux.

L'impératif carcinologique avec une exérèse tumorale totale doit primer sur le temps réparateur. Celui-ci sera entrepris sur une PDS à berges saines et fera appel au procédé le plus approprié en fonction du siège et des caractéristiques du défaut.

L'approche immédiate permet un traitement en un temps avec les meilleurs résultats esthétiques mais elle requiert de l'expérience et une collaboration étroite avec l'anatomopathologiste. La reconstruction différée reste plus sûre mais astreignante.

Le procédé de réparation choisi doit être le plus simple et le plus adapté à la texture de la région à reconstruire. Ainsi pour une même indication, le lambeau est à préférer à la greffe cutanée car il est plus sûr et évite l'aspect de « pièce rapportée ». Les lambeaux cutanés locaux qu'ils soient « au hasard » ou à vascularisation axiale ainsi que les lambeaux locorégionaux restent les plus utilisés.

RESUMES

RESUME

Les cancers cutanés constituent un véritable fléau et un problème de santé publique dans notre pays. Leur localisation faciale accroît leur gravité et la difficulté de leur prise en charge tant sur l'exérèse carcinologique que sur la reconstruction.

Notre travail porte sur 100 cas de cancers cutanés de la face colligés dans le service des brûlés et de chirurgie plastique, esthétique et reconstructrice de l'hôpital Ibn Tofail sur une durée de 6 ans (2005–2011).

C'est une étude retrospective qui a consisté à dresser un profil épidémio-clinique, histologique ainsi que de rapporter l'approche chirurgicale aussi bien carcinologique que réparatrice.

L'âge de nos patients varie entre 12 et 111 ans avec une moyenne d'âge de 55 ans et avec une prédominance masculine (sex-ratio = 1,12). Toutes les régions de la face ont été concernées avec une concentration des lésions au niveau médio-facial (60%). La kératose actinique est la lésion précancéreuse majoritaire (18%).

Le carcinome basocellulaire est le type histologique le plus fréquent (74%), suivi du carcinome spinocellulaire (16%) et du mélanome (5%).

Le traitement chirurgical a consisté en une exérèse d'emblée carcinologique pour la quasitotalité des patients avec une marge de sécurité de 3 à 4 mm pour les carcinomes basocellulaires nodulaires, d'au moins 1 cm pour les carcinomes basocellulaires sclérodermiformes et de 1 à 2 cm au minimum pour les carcinomes spinocellulaires selon la taille tumorale. Seuls 17 patients ont bénéficié d'une biopsie préalable.

Pour les mélanomes, une marge initiale de 2 à 3 mm est respectée en l'attente de la lecture histologique suivie d'une reprise des marges..

Le procédé de réparation a été adapté au siège et à l'étendue du defect. Dans un souci de limiter l'hospitalisation, la reconstruction a été immédiate dans 82% des cas et a fait appel à la suture directe dans 29 cas, à des greffes cutanées dans 28 cas et à des lambeaux essentiellement locaux et loco-régionaux dans 52 cas.

Une radiothérapie adjuvante après curage ganglionnaire de la région cervicale a été nécessaire chez 5 patients.

L'évolution carcinologique a été marquée par la reprise des cas avec des limites d'exérèse tumorales et aussi des nouvelles lésions apparues chez les patients sans genodermatose (3) et aussi chez 3 patients atteints de xéroderma pigmentosum. Par ailleurs, aucune métastase n'a été constatée dans les limites du recul.

Sur le plan esthétique, le résultat a été jugé bon dans 86% des cas, moyen dans 5% des cas et mauvais dans 5% des cas. 4% des patients ont été perdus de vue.

Par ailleurs, le curage ganglionnaire cervical n'a pas été systématique dans les carcinomes spinocellulaires du tiers inférieur de la face.

Enfin, la stratégie thérapeutique, en dépit de tous les schémas proposés, ne peut être établie et réfléchie qu'au cas par cas, usant de tous les moyens à notre disposition : suture, cicatrisation dirigée, greffes et lambeaux voire des épithèses.

SUMMARY

Our work focuses on 100 cases of skin cancer of the face collected in the burn and plastic, aesthetic and reconstructive surgery of the Ibn Tofail hospital over a period of 6 years (2005–2011).

This is a retrospective study, which was to develop a histological epidemiological and clinical profile, as well as to report the surgical approach, as well as oncological restorative.

The age of the patients varied between 12 and 111 years old with an average age of 55 years, with a male predominance (sex ratio = 1.12). All regions of the face were involved, with a concentration of mid-facial lesions level (60%). Actinic keratosis is the most common precancerous lesion (18%)

Basal cell carcinoma is the most common (74%), followed by squamous cell carcinoma (16%) and histological type of melanoma (5%).

Surgical treatment consisted of a readily oncologic resection for substantially all of the patients with a safety margin of 3 to 4 mm for nodular basal cell carcinoma, at least 1 cm carcinoma basocellulalires scleroderma and 1 to 2 cm minimum for squamous cell carcinoma according to tumor size. Only 17 patients had a prior biopsy.

For melanoma, an initial margin of 2 to 3 mm is respected pending histological reading followed by a recovery in margins ..

The repair process has been adapted to the seat and extent of the defect. In order to reduce hospitalization, reconstruction was immediate in 82% of cases and has used direct suture in 29 cases, skin grafts in 28 cases and mostly local and locoregional flaps in 52 case.

Adjuvant radiotherapy after dissection of the cervical region was required in 5 patients.

The oncological evolution was marked by the recovery of cases with limits of tumor resection and also new lesions occurred in patients without genodermatosis (3) and also in 3 patients with xeroderma pigmentosum. Moreover, no metastasis was found within the setback.

On the aesthetic level, the result was considered good in 86% of cases, fair in 5% of cases and poor in 5% of cases. 4% of patients were lost to view.

In addition, the neck dissection was not systematic in squamous cell carcinomas of the lower third of the face.

Finally, the therapeutic strategy, in spite of all the proposed schemes can be established and considered on a case by case basis, using all means at our disposal: sutures, wound healing, grafts and flaps and even epithesis

ملخص

يعرف سرطان الجلد انتشارا كبيرا في المغرب ويعتبر من أهم المشاكل التي يعاني منها قطاع الصحة . بحسب يكون هذا النوع من السرطان خطيرا إذا تموضع على مستوى الوجه ؛ذلك أنه يكون صعبا للعلاج؛لأنه يتطلب استئصال الورم ثم تقويم مكان الجراحة. اعتمدنا في إنجاز هذا العمل على 100 حالة تعاني من سرطان جلد الوجه و التي تم علاجها في مصلحة جراحة التجميل و معالجة الحروق بالمركز الجامعي محمد السادس على مدى ست سنوات منذ 2005 إلى 2011. وتهدف هذه الدراسة الاستراتيجية إلى تبيان المظهر السوسيوتشخيصي وكذلك التشريحي للحالات المرضية؛بالإضافة إلى إبراز مكانة جراحة استئصال سرطان الوجه وكذا جراحة تقويم المكان المصاب .

سن مرضانا يتراوح بين 12 و 111 سنة مع متوسط عمري بحدود 55 سنة؛ونلاحظ أن نسبة المرضى الذكور أعلى. وإن سرطان جلد الوجه ممكن أن يصيب كافة الوجه وخاصة وسطه بنسبة 60%. يعتبر التقران السافع الافة السرطانية المنتشرة (18%). أما السرطان قاعدى الخلايا فيعتبر النوع الأكثر وجودا (74 %)؛ يليه سرطان الخلايا الحشوية (16%) ثم سرطان الخلايا الصبغية (5%) .

يعتمد العلاج الجراحى على استئصال الورم لدى جل المصابين منذ المرحلة الأولى مع احترام هوامش الإستئصال بالنسبة لكل نوع .فقط 17 مريضا استفادوا من أخذ عينة من الورم و تحليلها تشريحيًا. فيما يخص الجراحة التقيومية ؛فقد تمت فى نفس الوقت بالنسبة ل (82%) من الحالات وذلك للتقليل من مدة الإستشفاء السريري؛وقد تمت على النحو التالي:خيطة مباشرة بالنسبة ل 31 حالة؛زرع جلدى بالنسبة ل 30 حالة؛ و لوحات الجلد المحلية بنسبة 60 حالة. المعالجة بالأشعة كانت ضرورية بالنسبة لخمس حالات بعد خضوعهم لاستئصال اللمفاويات المتواجدة على مستوى العنق.

من الناحية التجميلية؛ النتائج كانت مرضية بنسبة 86%؛متوسطة بنسبة 5% وسيئة بالنسبة ل5% من الحالات . 4% لم تتم متابعتهم نظرا لاختفائهم. فى النهاية يمكن القول بأن الإستراتيجية العلاجية ؛على الرغم من كل المخططات المقترحة ؛لايمكن تأسيسها على جميع الحالات؛بل يجب الأخذ بعين الاعتبار كل حالة على حدة؛وذلك باستخدام جميع الوسائل التى بحوزتنا بما فيهم الخياطة المباشرة ؛الزرع؛تقويم الجرح الموجه و لوحات الجلد.

BIBLIOGRAPHIE

1. **Staub G, Revol M, May P, Bayol J-C, Verola O, Servant J-M.**
Marges d'exérèse chirurgicale et taux de récurrence des carcinomes cutanés. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*. oct 2008;53(5):389-398.
2. **Conception : Dr M-N. Crepy, Dr A Descatha, Dr L Bensefa-Colas, Pr D Choudat, Pr J Ameille, Dr D. Zerbib**
Iconographie : Dr M-N.Crepy, Pr D. Tennstedt, Dr M-B. Cleenewerck
Atlas de Dermatologie Professionnelle.
3. **La Société française de Dermatologie; label conjoint INCa-HAS.**
Prise en charge et thérapeutique du carcinome épidermoïde cutané (spinocellulaire) et de ses précurseurs. Mai 2009
4. **C. Gaudy-Marqueste, S. Monestier, J-J.Grob.**
Mélanome. EMC, 98-595-A-10. 2007 ; Elsevier Masson, Science Direct.
5. **F. GRANGE.**
Quoi de neuf en cancérologie cutanée ? Journées dermatologiques, 2007. *Annales de Dermatologie Vénéréologie*, 2007 ; 34 :8553-8563.
6. **BONVALLOT.T, RAULO.Y, ZELLER.J, FAIVRE. J.M,HORN.G, BARUCH.J.**
Les carcinomes basocellulaires du nez. *Ann Dermatol Venereol* 1993; 120 : 209-214.
7. **Pinatel B, Mojallal A.**
Prise en charge diagnostique et thérapeutique du carcinome cutané basocellulaire – Analyse des recommandations. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*. avr 2012;57(2):92-105.
8. **ROBERT C.G, MARTIN II, MICHAEL J.EDWARDS, CAWTE T.C, KELLY M.**
Basosquamous carcinoma: Analysis of prognostic factors influencing recurrence. *Cancer* 2000; 88, 6.
9. **SERVANT. JM, REVOL.M.**
Greffes cutanées– Particularités des différentes greffes cutanées– Plaies, pertes de substance, sutures directes– Pertes de substance superficielles, cicatrisation dirigée. *Ecycl Méd Chir, Techniques chirurgicales– chirurgie plastique* 1989 ; 45070, 45075, 45060, 45050.

10. **BOUCHER-CUILLERT.**
Anatomie topographique, descriptive et fonctionnelle.
Simep Paris 1993; 8.
11. **VAILLANT.L,GOGA.D,BOUGNOU-X.A, HUTTENBERGER.B, BAPTISTE.C,LECOUTRE.C.**
Carcinomes cutanés de la face : chirurgie ou radiothérapie ?
Rev Stomatol Chir, maxillofac 1990-91 ; 5 : 357-361.
12. **THISSEN.M.R.T.M, NIEMAN.F.H.M, IDELEI.A.H.L.B, BERRETY.P.J.M, and NEUMAN.H.A.M.**
Cosmetic results of cryosurgery versus surgical excision for primary
uncomplicated basal cell carcinomas of the head and neck.
Dermatol Surg; 2000; 26: 759-764.
13. **NOE.C, BONERANDI.J-J.**
Traitement du mélanome. Réalités thérapeutiques en dermato-vénérologie- Juin 1993 ;
N°29
14. **RICBOURGB.**
Plaie de la face et de la cavité buccale.
Ecycl Méd Chir, Stomatologie et odontologie, 22054, 1992.
15. **SEMERIA.E, LEVY.J.L, TIZIANO. J.P.**
Les lèvres : physiopathologie et correction à visées esthétiques.
Réalités thérapeutiques en dermato-vénérologie Decembre 1992 ; N° 23.
16. **SOBOTTA.**
Atlas d'anatomie humaine.
Tome 1, Tête, Cou, Membre supérieur. 1993.
Les tumeurs cutanées et leur stratégie thérapeutique. 43^{ème} congrès de
la Société Française de chirurgie plastique, Reconstructrice et Esthétique (Août 1998).
17. **Gonzalez-ulloaM.**
Restoration of the face covering by means of selected skin in regional aesthetic units.
Br J Plastic Surgery 1996; 9:212-221
18. **Burget Gc, Menick FJ.**
The subunit principle in nasal reconstruction.
Plastic Reconstructive Surgery 1985:239-247

19. **Samarasinghe V, Madan V.**
Nonmelanoma skin cancer. *Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery*. 2012;5(1):3.
20. **Ahmad I, Gupta AD.**
Main Articles Epidemiology of basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma of the pinna. *The Journal of Laryngology & Otology*. 2001;115:85-6.
21. **Kavoussi H, Rezaei M, Ebrahimi A, Hosseini S.**
Epidemiological indices of non-melanoma skin cancers in Kermanshah, Iran. *Journal of Pakistan Association of Dermatologists*. 2012;22:112-7.
22. **Kim RH, Armstrong AW.**
Nonmelanoma Skin Cancer. *Dermatologic Clinics*. janv 2012;30(1):12-139
23. **Dumas P, Benatar M, Cardot-Leccia N, Lebreton E, Chignon-Sicard B.**
Étude de la rétraction cutanée appliquée à la prise en charge des tumeurs cutanées. Cartographie du corps humain. *Annales de chirurgie plastique esthétique* [Internet]. 2012 [cité 4 mai 2013].
24. **Dubas LE, Ingraffea A.**
Nonmelanoma Skin Cancer. *Facial Plastic Surgery Clinics of North America*. févr 2013;21(1):43-53.
25. **Eskilzmir G, Baker S, Cingi C.**
Nonmelanoma Skin Cancer of the Head and Neck. *Facial Plastic Surgery Clinics of North America*. nov 2012;20(4):493-513.
26. **Carcinome épidermoïde cutané (carcinome spinocellulaire) :**
Recommandations de pratique clinique pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique Argumentaire – Mai 2009. 2009;(136):189-242.
27. **Akcam TM, Gubisch W, Unlu H.**
Nonmelanoma Skin Cancer of the Head and Neck. *Facial Plastic Surgery Clinics of North America*. nov 2012;20(4):455-471.
28. **Girish BK, Boyd V, Hollier L.**
BASAL CELL AND SQUAMOUS CELL CARCINOMA. *INTEGUMENT*; 2000.

29. **Benatar M, Dumas P, Cardio–Leccia N, Lebreton E, Chignon–Sicard B.**
Intérêt et fiabilité de l'examen extemporané dans la prise en charge des tumeurs cutanées. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*. avr 2012;57(2):125-131.
30. **Oguz Acartürk T, Edington H.**
Nonmelanoma Skin Cancer. *Clinics in Plastic Surgery*. avr 2005;32(2):237-248.
31. **B. Garnier, E. Simon, T. Dumont, S. Sellal, M. Striker, J–F. Chassagne**
Les carcinomes basocellulaires meritent-ils leur reputation de tumeurs a faible malignite ? *Revue de stomatologie Chirurgie Maxillofaciale*, 2005 : 106, 1, 16–21
32. **Samarasinghe V, Madan V, Lear JT.**
Focus on Basal Cell Carcinoma. *Journal of Skin Cancer*. 2011;2011:1-5.
33. **Huang CC, Boyce SM.**
Surgical margins of excision for basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma. *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery*. sept 2004;23(3):167-173.
34. **Aguayo–Leiva IR, Ríos–Buceta L, Jaén–Olasolo P.**
Surgical vs nonsurgical treatment of basal cell carcinoma. *Actas Dermo–Sifiliográficas (English Edition)*. 2010;101(8):683-92
35. **Pinsolle V, Robert G, Sawaya E, Sommier B, Pélissier P.**
Prise en charge chirurgicale des carcinomes spinocellulaires. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*. avr 2012;57(2):114-117.
36. **Simon E, Stricker M, Duroure F.**
Les pertes de substance de la lèvre rouge. Techniques de reconstruction et indications. *Annales de chirurgie plastique esthetique [Internet]*. 2002 [cité 4 mai 2013]. p. 436-48.
37. **Amici JM, Dordain–Bigot ML, Wetterwald E, Bailly JY.**
Analyse des mouvements tissulaires et principes des lambeaux. 2012 [cité 10 avr 2013];
38. **Hajdarbegovic E, van der Leest RJT, Munte K, Thio HB, Neumann HAM.**
Neoplasms of the Facial Skin. *Clinics in Plastic Surgery*. juill 2009;36(3):319-334.

39. **Manchester WM.**
A simple method for the repair of full-thickness defects of the lower lid with special reference to the treatment of neoplasms. *British Journal of Plastic Surgery*. 1951;3:252-63.
40. **Marc Revol, Jean-Marie Servant.**
Lambeaux. Manuel de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique. Editions Pradel, Paris, 1993.
41. **Rubin P, Mykula R, Griffiths RW.**
Ectropion following excision of lower eyelid tumours and full thickness skin graft repair. *British Journal of Plastic Surgery*. avr 2005;58(3):353-360.
42. **Lau CK, Huang S, Cormack G.**
Minimising the risk of ectropion when full thickness skin grafting lower eyelid defects. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*. déc 2008;61(12):1562-1564.
43. **Morley AMS, deSousa J-L, Selva D, Malhotra R.**
Techniques of Upper Eyelid Reconstruction. *Survey of Ophthalmology*. mai 2010;55(3):256-271
44. **Bardot, D. Casanova, T. Malet,**
Chirurgie reconstructrice des paupières. *EMC-Chirurgie 1*, 2004 ; 365-390.
45. **Malard O, Corre P, Jégoux F, Durand N, Dréno B, Beauvillain C, et al.**
Surgical repair of labial defect. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases*. mai 2010;127(2):49-62
46. **Brix M.**
Principes généraux de la chirurgie des lèvres. *Annales de chirurgie plastique esthétique* . 2002. p. 413-22.
47. **Simon E, Stricker M, Duroure F.**
Les pertes de substance de la lèvre rouge. Techniques de reconstruction et indications. *Annales de chirurgie plastique esthétique* [Internet]. 2002 [cité 4 mai 2013]. p. 436-48.

48. **Burget GC, Walton RL.**
Reconstruction esthétique totale du nez et des unités faciales adjacentes par combinaison optimisée lambeaux libres, greffes cartilagineuses et lambeau pédiculé frontal paramédian. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*. déc 2009;54(6):497-522.
49. **Trepsat F.**
Lipostructure du tiers moyen du visage. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*. oct 2009;54(5):435-443.
50. **MARTIN D, MONODIE. J.M., BARTHELEMY I, CHAMPEAUF. ENJOLRAS O., GLICENSTEINJ., GRANGIER Y.**
Les tumeurs cutanées et leur stratégie thérapeutique. 43^{ème} congrès de la Société Française de chirurgie plastique, Reconstructrice et Esthétique (Août 1998).
Ann Chir Plast Estht 1998 ; 43, 4.
51. **W.M. Manchster**
A simple method for the repair of full-thickness defects of the lower lid with special reference to threatment of neoplasms. *Britich journal of plastic surgery*. P:252–263
52. **Kim, Y.O. Park. B.Y. Lee. W. Jae**
Aesthetic reconstruction of the nasal tip using a folded composite graft from the ear. *British journal of Plastic Surgery*, 2004: 57–3:238–244
53. **Burm JS.**
Reconstruction of the nasal tip including the columella and soft triangle using a mastoid composite graft. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*. mars 2006;59(3):253-256.
54. **FRANCE DMDL.**
LE LAMBEAU EN ÎLOT NASO-GÉNIEN INDICATIONS ET MODALITÉS TECHNIQUES. [cité 4 mai 2013];
55. **Raphaël B.**
Évolution des idées dans la réparation des lèvres.
Annales de chirurgie plastique esthétique . 2002 [cité 18 avr 2013]. p. 402-12.

56. **Folia M, Disant F, Naiman N, Faure F.**
Intérêt du lambeau frontal dans les pertes de substance de la face. *Fr ORL*. 2007;93:333-40.
57. **Ge NN, McGuire JF, Dyson S, Chark D.**
Nonmelanoma skin cancer of the head and neck II: surgical treatment and reconstruction. *American Journal of Otolaryngology*. mai 2009;30(3):181-192.
- 58.
59. **Lavie A, Desouches C, Casanova D, Bardot J, Grob J-J, Legré R, et al.**
Mise au point sur la prise en charge chirurgicale du mélanome malin cutané. *Revue de la littérature. Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*. févr 2007;52(1):1-13.
60. **Lauwers F, Chaput B, Jalbert F, Garrido I, Lopez R.**
Tumeurs cutanées évoluées (dépassées?) de l'extrémité céphalique: réflexions chirurgicales. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique* [Internet]. 2012 [cité 10 avr 2013].
61. **Collège National des Enseignants de Dermatologie. Université Médicale Virtuelle Francophone.**
Item 149 : Tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques : mélanomes. 2010–2011.
62. **MARTIN D, MONODIE. J.M., BARTHELEMY I, CHAMPEAUF., ENJOLRAS O., GLICENSTEINJ., GRANGIER Y.**
Ann Chir Plast Estht 1998 ; 43, 4.
63. **Martin D. et Mondie JM.**
Les tumeurs cutanées et leur stratégie thérapeutique Rapport SFCPRE 1998 ed ;
Expansion scientifique française
64. **EGASSE.D**
Techniques de réparation des pertes de substance du canthus interne après exérèse des carcinomes. *Nouv-Dermatol*.1999 ; 18 : 182.
65. **N Basset-Seguin, C Renaud-Vilmer, O Verola**
Carcinomes spinocellulaires. *Encyclopedie Medico-Chirurgicale*, 98-625-A- 10, Editions Scientifiques et Medicales Elsevier SAS.

66. **S. Ettalbi, H. Droussi, S. Ouahbi , M. Ibnouzahir, E.H. Boukind.**
La plastie en LLL : méthode simple pour la couverture
des pertes de substance cutanées. Annales de Chirurgie Plastique, 2011,0294–1260.
Elsevier Masson, SAS.
67. **Bouguila J, Zairi I, Yacoub K, Ben Neji N, d' Hauthuille C, Khonsari H, et al.**
Les pertes de substance de la columelle : encore un défi ! Annales de Chirurgie Plastique
Esthétique. déc 2008;53(6):504-512.
68. **Moesen I, Paridaens D.**
A technique for the reconstruction of lower eyelid marginal defects. British Journal of
Ophthalmology. 16 nov 2007;91(12):1695-1697.
69. **J.-P. Bessede, J.-P. Sannajust, V. Vergnolles.**
Chirurgie des tumeurs des lèvres. EMC, 46–238. Elsevier SAS
70. **N. Zwetyenga , J.-C. Lutz , N. Vidal , D. Martin, F. Siberchicot.**
The pedicled superficial fascia temporalis flap. 10.1016/j.stomax.2006.05.005 Rev
Stomatol Chir Maxillofac 2007;108:120–127.
71. **Lotfi Ben Slama.**
Carcinomes des lèvres. Presse Med. 2008; 37: 1490 1496 2008 Elsevier Masson SAS.
La presse medicale. tome 37, n 8 10 , octobre 2008 doi: 10.1016/j.lpm.2008.06.008
72. **F. GRANGE.**
Quoi de neuf en cancerologie cutanee ?. Annale de Dermatologie Venerologie, 2007,
vol :134, 8553–8563.
73. **Lauwers et al.**
Tumeurs cutanees evoluees (depassees?) de l'extremite cephalique : reflexions
chirurgicales. Annales de Chirurgie Plastique Esthetique, volume 57,6, 533–541.
74. **A. hiroual, S. Lahmiti, M. El Bouihi, S. Aimadeddine, N, Mansouri Hattab**
Les tumeurs cutanees depasses de la face, que faire ?. Annales de chirurgie plastique
esthetique, 2012, volume : 57, 634–635

75. **Bouhanna A, Bruant-Rodier C, Himy S, Talmant J-C, Bollecker V, Glicksman J, et al.**
Reconstruction de l'aile nasinaire par lambeau nasogénien à pédicule supérieur de Burget: à propos de sept cas. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*. juin 2008;53(3):272-277.
76. **Adenis JP, Sabatier A, Robert P-Y.**
Les tumeurs des paupières des personnes âgées. *Journal français d'ophtalmologie*. 2006;29(6):687-93.
77. **Ayestaray B, Ogawa R, Ono S, Hyakusoku H. Propeller flaps:**
Classification and clinical applications. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*. avr 2011;56(2):90-98.
78. **Bayol J-C, Sury F, Petraud A, Laure B, Goga D.**
Le lambeau libre antérolatéral de cuisse en reconstruction faciale : particularités techniques du prélèvement et résultats à propos de six cas. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*. déc 2011;56(6):504-511.
79. **Belmahi A, El Mazouz S, Gharib N., Bencheikh R, Ouazzani S.**
Le lambeau bilobé : un moyen très efficace dans les reconstructions esthétiques des petites pertes de substance cutanées de la pointe et de l'aile du nez. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*. août 2003;48(4):211-215.
80. **Boztepe G, Hohenleutner S, Landthaler M, Hohenleutner U.**
Munich Method of Micrographic Surgery for Basal Cell Carcinomas: 5-year Recurrence Rates with Life-table Analysis. *Acta Dermato-Venereologica*. 1 mai 2004;84(3):218-222
81. **Braga-Silva J, Jaeger MRO, Favalli PPS.**
Reconstruction mandibulaire : les lambeaux microchirurgicaux de crête iliaque et péroné. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*. févr 2005;50(1):49-55.
82. **Chaput B, Le Guellec S, Courtade-Saïdi M, Gangloff D, Meresse T, Chavoin J-P, et al.**
L'apport des techniques anatomopathologiques en oncodermatologie. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*. avr 2012;57(2):132-139.
83. **Lannon DA, Novak CB, Neligan PC.**
Resurfacing of colour-mismatched free flaps on the face with split-thickness skin grafts from the scalp. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*. nov 2009;62(11):1363-1366.

84. **Rousseau P, Arnaud D, Potier B, Huguier V, Darsonval V.**
Lambeau total du dos du nez basé sur l'artère alaire supérieure. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*. juin 2012;57(3):267-272.
85. **Turgut G, Özkaya Ö, Kayalı MU, Tatlıdede S, Hüthüt İ, Baş L.**
Lower lip reconstruction with local neuromusculocutaneous advancement flap. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*. sept 2009;62(9):1196-1201.
86. **Zeikus PS, Maloney ME, Jellinek NJ.**
Advancement flap for the reconstruction of nasal ala and lateral nasal tip defects. *Journal of the American Academy of Dermatology*. déc 2006;55(6):1032-1035.
87. **Wasserberg N, Tulchinsky H, Schachter J, Feinmesser M, Gutman H.**
Sentinel-lymph-node biopsy (SLNB) for melanoma is not complication-free. *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)*. oct 2004;30(8):851-856.
88. **Akcam TM, Gubisch W, Unlu H.**
Nonmelanoma Skin Cancer of the Head and Neck. *Facial Plastic Surgery Clinics of North America*. nov 2012;20(4):455-471.
89. **Brantsch KD, Meisner C, Schonfisch B, et al.**
Analysis of risk factors determining prognosis of cutaneous squamous-cell carcinoma: a prospective study. *Lancet Oncol* 2008;9:713-20
90. **MARTIN PABLO.**
Le lambeau glabellaire de Mc GREGOR details techniques et specificite. 30ième SÉMINAIRE DES 6 ET 7 DECEMBRE 2002. France.
91. **K. BERNARDEAU, C. DERANCOURT, M.-P. CAMBIE, V. SALMON-EHR, M. MOREL, F. CAVENELLE, F. LÉONARD, B. KALIS, P. BERNARD**
Cryochirurgie des carcinomes basocellulaires : étude de 358 malades. *Annales de Dermatologie Vénérologie*, 2000;127:175-9. Elsevier Masson SAS.
92. **E.Virey- Griffaton , M.-P. Lehucher-Michel, S. Hesse, J. Chiaroni, M.-C. Roure, , J Gouvernet, J.- J Bonérandi**
Lésions cutanées pigmentées suspectes Campagne de dépistage par les médecins du travail de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. *Presse Medicale* 2002, 31 :1735-8. Elsevier Masson

ANNEXES

Tableau I : classification de FITZPATRICK

Phototype	Caractéristiques
Phototype I	peau très claire, cheveux blonds ou roux, yeux clairs (bleus ou verts), incapacité bronzer avec coups de soleils constants après une exposition solaire.
Phototype II	peau claire, cheveux clairs ou châains, yeux clairs (bleus ou verts), coups de soleil fréquents.
Phototype III	peau légèrement mate, cheveux châains ou bruns, yeux bruns, parfois clairs.
Phototype IV	peau mate, cheveux foncés, yeux foncés
Phototype V	peau brun foncée, cheveux noirs, yeux noirs
Phototype VI	peau noire, cheveux noirs, yeux noirs

FICHE D'EXPLOITATION DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DES TUMEURS CUTANÉES DE LA FACE

I – IDENTITE

N° du dossier : Sexe :

Nom
Prénom :.....
Age

Profession :
Origine géographique :
Niveau socio-économique :
Phototype : I II III IV V VI
Adresse :
Tél :

II – ANTECEDENTS

Personnels :

- Exposition solaire
- Lésions précancéreuses :
 - Kératose actinique
 - Leucoplasie
 - Naevus
 - Xéoderma pigmentosum.....
 - Neurofibromatose
 - Ancienne cicatrice
- Toxiques : tabac alcool :
- Cas similaires dans la famille :

III- Motif de consultation :

Nouvelle masse		Augmentation de volume	
Inflammation	Infection	Saignement	Ulcération
Induration	Bourgeonnement	Prurit	Douleur

IV – Examen clinique :

LOCAL :

- Date de début :
- Mode de début :
- Lésion élémentaire :
- Sièges :

– Description de la tumeur :

- Morphologie :
- Couleur :
- Limites :
- Mobilité :
- Taille :

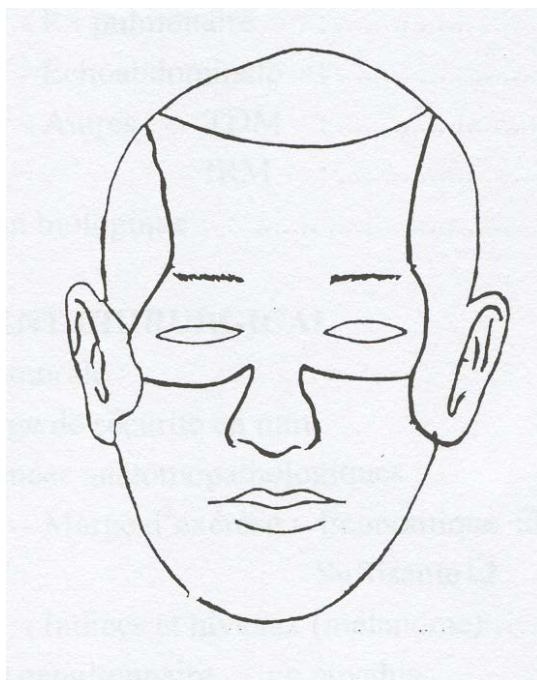
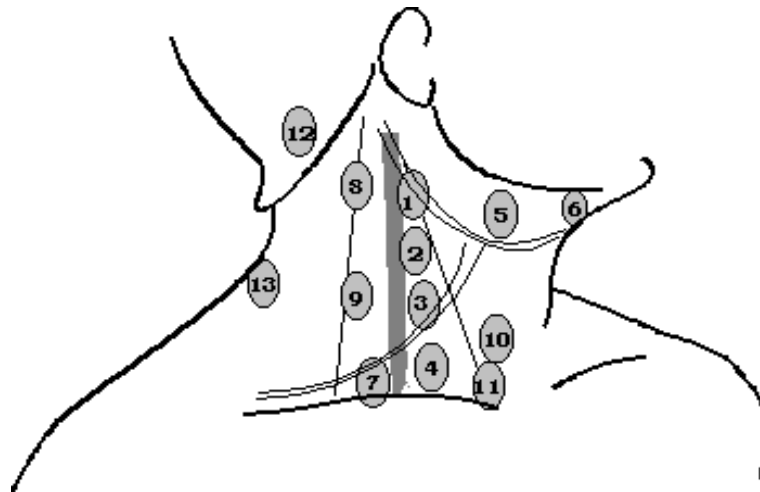


Schéma de la face

- Diagnostic de présomption :
- Diagnostic anatomopathologique :
 - Sur biopsie simple :
 - Sur biopsie exérèse :
- Bilan d'extension :
 - Clinique :
 - Aires ganglionnaires :



Chaines ganglionnaires cervicales

- Autres localisations cutanées :
- Examen général :

TNM clinique :

• Paraclinique :

Bilan local : TDM cervicale

Bilan locorégionale : échographie cervicale

Bilan à distance : Rx thoracique :

Echographie hépatique :

TDM thoraco-abdominale :

TNM radio-clinique :

Général :

_TA : FR : FC : conjonctives :

- NFS :

- TP : TCA :

- Rx thoracique :

- ECG :

V - TRAITEMENT MEDICAL :

Laser CO2 : ☐ Curithérapie : ☐ Curetage : ☐

Electro-coagulation : ☐ Cryochirurgie : ☐

Chmiothérapie : *5FU *cisplatine *bléomycine :

VI. TRAITEMENT CHIRURGICAL

- Opérabilité : oui ☐ non ☐
 - anesthésie : locale générale :

1 Exérèse tumorale :

- Marge de sécurité en mm :

- Carcinome basocellulaire : ☐ taille :

	superficiel	nodulaire	infiltrant	sclerodermiforme
4 mm				
8 mm-10mm				

- Carcinome spinocellulaire : ☐

taille \ marge	< 2 cm	> 2 cm
1 cm		
2 cm		

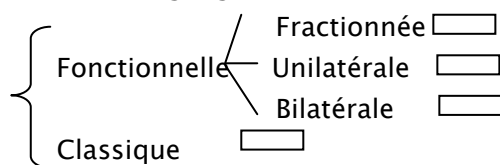
- Mélanome ☐

Epaisseur selon Breslow	Marges chirurgicales
< 1 mm	1 cm
> 1 mm et ≤ 2 mm	2 cm
> 2 mm	3 cm

- Limites d'exérèse : saines atteintes
- Limitante profonde : saine atteinte

3 Curage ganglionnaire : oui ☐ non ☐

*chaînes ganglionnaires évidées :



4 Chirurgie des foyers de métastase

5 Mode de réparation de la PDS :

	Immédiate	Différée
Cause	-Recouvrement d'une structure noble. -Restitution de la fonction -Risque de perte de vue	- de propreté - marges atteintes

Moyens	-Suture directe -greffe de peau : 1.Site donneur α creux sus clav α rétro-auriculaire α pli de l'aîne α face int bras 2.GP totale 3.GP semi-épaisse - Lambeaux : 1.Au hasard : α de transposition : LLL VY α L d'avancement H α la plastie en Z α de rotation 2.L. axial : α frontal α delto-pectoral 3.L. musculo-cutané: α grand pectoral α grand dorsal α droit antérieur de l'abdomen 4.L. libre :
sevrage	Réussi non-réussit
Reprise	Oui non nombre Cause

V- TRAITEMENTS ADJUVANTS

*Tumorale : *Ganglionnaire :

– Radiothérapie :

– Chimiothérapie :

– Autres :

VI- EVOLUTION :

- Bonne :
- Lâchage de suture : infection : hématome : nécrose :
- Carcinologique : récurrence, métastase, ganglion, autre site.
- Antibiothérapie :
- Changement de pansement :
- Cosmétique : acceptable, inacceptable : cicatrice : couleur :

VII – Traitement préventif :

- Crème solaire
- Vestimentaire
- sevrage tabagisme
- Ablation de kératose actinique/naevus
- Education du patient et de l'entourage.



أن أراقب الله في مهنتي.

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

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، بآذلاً رعايتي الطبية للقريب والبعيد، للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، أسخره لنفع الإنسان .. لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أخاً لكل زميل في المهنة الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلانيتي ، نقيّة مما يشينها تجاه الله ورَسُولِهِ والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد





جامعة القادسي عياض
كلية الطب و الصيدلة
مراكش

أطروحة رقم 118

سنة 2013

العلاج الجراحي
للأورام الخبيثة الجلدية في الوجه
لنحو 100 حالة

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم .../.../2013

من طرف

الآنسة بشرى لشقر

المزداة في 18 ماي 1987 بمراكش

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية :

أورام الوجه – جراحة - ترميم

اللجنة

الرئيس

المشرف

الحكام

السيد س. أمال

أستاذ في أمراض الجلد

السيد س. الطالب

أستاذة في الجراحة التجميلية و الترميمية

السيد م. لمجاوي

أستاذ في جراحة المخ و الأعصاب

السيدة ن. الاخضري

أستاذة في أمراض الجلد

السيد م. بروس

أستاذ في طب الأطفال