



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

Année 2023

Thèse N° : 227

Les tumeurs de la pyramide nasale : Expérience du service de
chirurgie plastique de l'hôpital Kortobi
De Tanger

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 16/06/2023

PAR

Mme. Imane CHAAOUD

Née le 23/01/1998 à Marrakech

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS :

Tumeurs - Pyramide nasale - Carcinome basocellulaire -

Reconstruction nasale - Prévention.

JURY

M.	Y. BENCHAMKHA Professeur de chirurgie plastique et esthétique	PRESIDENT
M.	M.D. EL AMRANI Professeur de chirurgie plastique et esthétique	RAPPORTEUR
M.	H. RAIS Professeur d'anatomie pathologique	} JUGES
M.	Y. ROCHDI Professeur de chirurgie oto-rhino- laryngologique	
M.	A . DEHHAZE Professeur de chirurgie plastique et esthétique	MEMBRE ASSOCIE

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي
أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ
صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي
عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ".

صدق الله العظيم

سورة النمل

الآية 19

Serment d'Hippocrate



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

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus. Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité.

La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

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

Les médecins seront mes frères.

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

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

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

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948





LISTE DES PROFESSEURS



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

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

ADMINISTRATION

Doyen : Pr Mohammed BOUSKRAOUI
Vice doyen à la Recherche et la coopération : Pr. Mohamed AMINE
Vice doyen aux affaires pédagogiques : Pr. Redouane EL FEZZAZI
Vice doyen chargé de la Pharmacie : Pr. Said ZOUHAIR
Secrétaire Général : Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

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

AIT SAB Imane	Pédiatrie	JALAL Hicham	Radiologie
ALJ Soumaya	Radiologie	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique
AMAL Said	Dermatologie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie-réanimation
AMINE Mohamed	Epidemiologie clinique	KHATOURI Ali	Cardiologie
AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMRO Lamyae	Pneumo-phtisiologie	KISSANI Najib	Neurologie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	KRATI Khadija	Gastro-entérologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie-virologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie-obstétrique	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAKMICHY Mohamed Amine	Urologie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
BASSIR Ahlam	Gynécologie-obstétrique	LOUHAB Nissrine	Neurologie
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie générale
BELKHOUS Ahlam	Rhumatologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato-orthopédie
BENALI Abdeslam	Psychiatrie	MANOUDI Fatima	Psychiatrie
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie
BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie générale	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENHIMA Mohamed Amine	Traumato-orthopédie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie-réanimation
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo-phtisiologie	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUFID Kamal	Urologie
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo-phtisiologie	MOUTAOUKIL Abdeljalil	Ophtalmologie

BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie-obstétrique	MSOUGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie-chimie	NAJEB Youssef	Traumato-orthopédie
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio-vasculaire	NARJIS Youssef	Chirurgie générale
BOURRAHOUE Aicha	Pédiatrie	NEJMI Hicham	Anesthésie-réanimation
BOURROUS Monir	Pédiatrie	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
BSISS Mohammed Aziz	Biophysique	OUBAHA Sofia	Physiologie
CHAFIK Rachid	Traumato-orthopédie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHAKOUR Mohammed	Hématologie	QACIF Hassan	Médecine interne
CHELLAK Laila	Biochimie-chimie	QAMOUSS Youssef	Anesthésie-réanimation
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RADA Nouredine	Pédiatrie
DAHAMI Zakaria	Urologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
DAROUASSI Youssef	Oto-rhino-laryngologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	ROCHDI Youssef	Oto-rhino-laryngologie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie-réanimation	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie-réanimation
ELAMRANI Moulay Driss	Anatomie	SAMLANI Zouhour	Gastro-entérologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SARF Ismail	Urologie
EL BARNI Rachid	Chirurgie générale	SORAA Nabila	Microbiologie-virologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie-obstétrique
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	TAZI Mohamed Illias	Hématologie clinique
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	YOUNOUS Said	Anesthésie-réanimation

EL HAOURY Hanane	Traumato-orthopédie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie-virologie
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZIADI Amra	Anesthésie-réanimation
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZOUHAIR Said	Microbiologie
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZYANI Mohammad	Médecine interne
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDOU Abdessamad	Chirurgie Cardio-vasculaire	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie-embryologie-cytogénétique
ABIR Badreddine	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	JANAH Hicham	Pneumo-phtisiologie
ADARMOUCH Latifa	Médecine communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)	KADDOURI Said	Médecine interne
AIT BATAHAR Salma	Pneumo-phtisiologie	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
ALAOUI Hassan	Anesthésie-réanimation	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ALJALIL Abdelfattah	Oto-rhino-laryngologie	MARGAD Omar	Traumato-orthopédie
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	MESSAOUDI Redouane	Ophthalmologie
ARSALANE Adil	Chirurgie thoracique	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-rhino-laryngologie
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BELBACHIR Anass	Anatomie pathologique	NADER Youssef	Traumato-orthopédie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie-réanimation	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie réparatrice et plastique
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	RHARRASSI Issam	Anatomie pathologique
CHRAA Mohamed	Physiologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique

EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio-vasculaire	SEDDIKI Rachid	Anesthésie-réanimation
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie-virologie	SERGHINI Issam	Anesthésie-réanimation
EL MEZOUARI El Mostafa	Parasitologie-mycologie	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
ESSADI Ismail	Oncologie médicale	ZARROUKI Youssef	Anesthésie-réanimation
GHAZI Mirieme	Rhumatologie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie thoracique
HAMMOUNE Nabil	Radiologie		

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
AABBASSI Bouchra	Psychiatrie	EL JADI Hamza	Endocrinologie et maladies métaboliques
ABALLA Najoua	Chirurgie pédiatrique	EL-QADIRY Rabiy	Pédiatrie
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle	FASSI FIGHRI Mohamed jawad	Chirurgie générale
ABOUDOURIB Maryem	Dermatologie	FDIL Naima	Chimie de coordination bio- organique
ABOULMAKARIM Siham	Biochimie	FENANE Hicham	Chirurgie thoracique
ACHKOUN Abdessalam	Anatomie	GEBRATI Lhoucine	Chimie physique
AHBALA Tariq	Chirurgie générale	HAJHOUI Farouk	Neurochirurgie
AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	HAJJI Fouad	Urologie
AKKA Rachid	Gastro-entérologie	HAMRI Asma	Chirurgie Générale
AMINE Abdellah	Cardiologie	HAZIME Raja	Immunologie
ARROB Adil	Chirurgie réparatrice et plastique	IDALENE Malika	Maladies infectieuses
AZAMI Mohamed Amine	Anatomie pathologique	KHALLIKANE Said	Anesthésie-réanimation
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	LACHHAB Zineb	Pharmacognosie
AZIZI Mounia	Néphrologie	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie clinique
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	LAHMINI Widad	Pédiatrie
BABA Hicham	Chirurgie générale	LAMRANI HANCHI Asmae	Microbiologie- virologie
BELARBI Marouane	Néphrologie	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	JALLAL Hamid	Cardiologie
BELGHMAIDI Sarah	Ophtalmologie	MAOUJOUD Omar	Néphrologie

BELLASRI Salah	Radiologie	MEFTAH Azzelarab	Endocrinologie et maladies métaboliques
BENAMEUR Yassir	Médecine nucléaire	MILOUDI Mouhcine	Microbiologie-virologie
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	MOUGUI Ahmed	Rhumatologie
BENCHAFAI Ilias	Oto- rhino- laryngologie	MOULINE Souhail	Microbiologie-virologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	NASSIH Houda	Pédiatrie
BENYASS Youssef	Traumatologie- orthopédie	OUERIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
BENZALIM Meriam	Radiologie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
BOUHAMIDI Ahmed	Dermatologie	RAGGABI Amine	Neurologie
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
CHAHBI Zakaria	Maladies infectieuses	REBAHI Houssam	Anesthésie-réanimation
CHEGGOUR Mouna	Biochimie	RHEZALI Manal	Anesthésie-réanimation
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	ROUKHSI Redouane	Radiologie
CHETTATI Mariam	Néphrologie	SAHRAOUI Houssam Eddine	Anesthésie-réanimation
DAMI Abdallah	Médecine légale	SALLAHI Hicham	Traumatologie- orthopédie
DARFAOUI Mouna	Radiothérapie	SAYAGH Sanae	Hématologie
DOUIREK Fouzia	Anesthésie réanimation	SBAAI Mohammed	Parasitologie-mycologie
DOULHOUSNE Hassan	Radiologie	SBAI Asma	Informatique
EL-AKHIRI Mohammed	Oto- rhino- laryngologie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
EL AMIRI Moulay Ahmed	Chimie de coordination bio-organique	SIRBOU Rachid	Médecine d'urgence et de catastrophe
ELATIQUI Oumkeltoum	Chirurgie réparatrice et plastique	SLIOUI Badr	Radiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	WARDA Karima	Microbiologie
EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale	YAHYAOUI Hicham	Hématologie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	YANISSE Siham	Pharmacie galénique
EL GAMRANI Younes	Gastro-entérologie	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie-mycologie	ZIRAOUI Oualid	Chimie thérapeutique
ELJAMILI Mohammed	Cardiologie	ZOUITA Btissam	Radiologie
EL KHASSOUI Amine	Chirurgie pédiatrique	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio-vasculaire
ELOUARDI Youssef	Anesthésie-réanimation		



DEDICACES



Je dois avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont soutenu durant mon parcours, qui ont su me hisser vers le haut pour atteindre mon objectif. C'est avec grand amour, respect et gratitude que je dédie ce modeste travail comme preuve de respect et de reconnaissance :



A Dieu, Tout puissant, le très miséricordieux, Qui m'a guidé dans le bon chemin, Louanges et remerciements

Je dédie cette thèse à.....



A Allah

Le tout puissant

*Créateur de la terre et des cieux, Tu as voulu et Tu as permis que ce
jour arrive. Par Ta miséricorde, Ta bonté et Ta grâce*

Tu m'as assisté tout au long de ma vie.

*Je te prie d'accepter ce modeste travail en témoignage de ma
reconnaissance et de ma foi.*

الْحَمْدُ لِلَّهِ الَّذِي بِنِعْمَتِهِ تَتِمُّ الصَّالِحَاتُ

A chère ma mère Amina AITLHOUCINE

Tous les mots de la terre ne seront pas suffisants pour exprimer ce que je ressens envers toi. Tu m'as tout donné, tout transmis, et tu as sacrifié ta vie pour que je sois là où je suis aujourd'hui. Tu es ma mère, ma meilleure amie, ma sœur et ma confidente. Tu es ma boussole, qui m'a toujours guidé dans mes moments de doute et de faiblesse. Tes yeux, remplis d'amour et de courage, m'ont élevé au-dessus de tous les obstacles de la vie. Le sens de la responsabilité et la détermination que tu m'as inculqué seront toujours en moi. Tu ne peux savoir la joie que je ressens lorsqu'on me félicite de l'éducation que j'ai reçue, et des qualités que tu as su cultiver en moi. Je suis fière d'avoir eu une femme, ambitieuse, généreuse, cultivée et joyeuse. Je suis chanceuse d'avoir une personne comme toi à mes côtés, et je remercie dieu pour cela à chaque instant. Cette réussite est autant la mienne que la tienne. Puisse dieu te garder auprès de moi, en bonne santé, aussi longtemps que possible. Je t'aime

A mon cher père Ahmed CHAAOUD

Aucun mot ne saurait exprimer tout mon amour et toute ma gratitude. Merci pour tes sacrifices le long de ces années. Merci pour ta présence rassurante. Merci pour tout l'amour que tu procures à notre petite famille... Tu as toujours été pour moi le père idéal, la lumière qui me guide dans les moments les plus obscurs. En témoignage des profonds liens qui nous unissent, veuillez cher père trouver à travers ce travail l'expression de mon grand amour, mon attachement et ma profonde reconnaissance. Puisse ton existence pleine de sagesse, d'amour me servir d'exemple dans ma vie et dans l'exercice de ma profession. Puisse dieu te prêter longue vie et bonne santé afin que je puisse te combler à mon tour.

Je t'aime.

A mon cher frère Hamza Chaaoud

Aucune expression ne me paraît suffisante pour te décrire. Tu étais toujours pour moi le grand frère et mon deuxième père, un bouclier qui ne cesse de me protéger. Tu étais la personne qui m'as toujours épaulé qui a toujours cru en moi. Dieu seul sait à quel point je t'admire et ce que je pense de toi. Sache que tu figures dans tous mes projets. J'ai énormément de choses à te dire, pour les résumer, je te dis : Je t'aime mon grand Hamza !

A ma chère soeur Hiba Chaaoud

Aucune expression ne me paraît suffisante pour te décrire l'amour que j'éprouve envers toi. Tu as toujours été ma sœur, mon amie , ma complice et ma source de motivation aussi . Tu es le soleil qui illumine ma vie.

Je n'oublierai jamais nos fou rires, nos disputes , qui font de toi la meilleure sœur au monde. Je t'aime !!

Je te souhaite un très bon parcours dans tes études et j'espère qu'à travers ce modeste travail je te donnerai le bon exemple.

Je prie Dieu le tout puissant pour nous garder, à jamais, unis en pleine amour, joie et prospérité. J'espère que tu seras aujourd'hui fière de moi, comme Je suis fière de toi.

A la mémoire de mes grands parents Khadija , Hassan , Brahim.

Que dieu, le tout puissant, vous accorde sa clémence et sa miséricorde.

A mes chers oncles et leurs petites familles

J'espère que vous serez fiers de moi.

A mes chères Tante Naïma et Fatima et leurs petites familles

*Vous n'étiez pas que mes tantes, mais de véritables mamans. Tant de tendresse, de générosité, d'amour, et de fidélité vous avez que j'estimerai le monde chanceux de vous avoir sur cette terre. Vous avez toujours été un exemple pour moi, et vos précieux conseils me sont et me seront toujours utiles. J'ai toujours été admirative envers votre état d'esprit, et j'en ai fait ma ligne de conduite, faisant primer la famille, l'honnêteté, l'humour et la gentillesse. Je vous dédie ce travail autant que mes parents, et j'espère qu'il traduira toute mon affection et mon souhait de bonheur. Longue vie à vous mes chères tantes,
je vous aime.*

A ma meilleure amie Hanaa KASSAR

Le destin nous a réunis au moment le plus improbable, et a soudé notre amitié. Dieu m'a fait cadeau au moment où je l'espérais le moins, d'une meilleure amie. Tu as toujours été à mes côtés, dans les bons moments mais surtout dans les mauvais. Je te serai à jamais reconnaissante pour ton soutien. Tu étais là, par tes paroles mais surtout par tes actes. Merci de m'accepter comme je suis. Merci de faire de moi ta meilleure amie. Puisse dieu faire perdurer notre amitié.

A ma chère et meilleure amie Soumia Chahblani

*Merci d'avoir partagé avec moi les éclats de rires et des nuits de larmes amères, tu as fait de mes années d'études une succession de souvenirs remplis de joie et de rire.
Que notre amitié continue de briller pour les années à venir
Je t'aime.*

A mon chère meilleur ami Achraf Mejdi

*Tu es précieux dans mon cœur et ton amitié est inestimable. Nous sommes restés amis dans les hauts et les bas de nos vies dans les moments de joie ainsi que de désespoir
Tu as toujours cru en moi ! Je ne sais pas si tu es naïf ou fou mais une chose est certaine, tu es un ami formidable !
Je veux que tu saches combien je chéris mon amitié avec toi. Je suis vraiment chanceuse de t'avoir à mes côtés.*

A mon chère ami et collègue Anas Chafri

*A tous nos souvenirs et à tous nos moments ensemble durant nos années de formation
J'espère que tu seras fier de moi*

A mes chères amies Salma, Khaoula, Raouia, Fatimezzehra, imane, hind,

Je ne peux trouver les mots justes et sincères pour vous exprimer mon affection et mes pensées, vous êtes pour moi des sœurs et des amies sur qui je peux compter. En témoignage de l'amitié qui nous unit et des souvenirs de tous les moments que nous avons passés ensemble, je vous dédie ce travail et je vous souhaite une vie pleine de santé et de bonheur. Que notre fraternité reste éternelle.

A mes chers ami(e)s et collègues :

Fouad Damí, Aicha Maí, Nouhaíla Sadíkí, Marouane Khafif, Reda Chantaoui, Hafsa Bouqourou, Zineb Chbíhí, Soraya Brícha, Ihab Chíhab, Reda Chqormaní, Rania Chakhman, Reda Znady.

Avec tout mon respect. A tous ceux qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail, notamment le personnel du Service de chirurgie plastique et esthétique de l'hôpital Kortobi de Tanger

A tous les médecins dignes de ce nom.

A mes enseignants de primaire, secondaire et de la faculté de médecine de Marrakech.

A tous les collègues de classe, d'amphithéâtre et de stage hospitalier.

Aux malades... Je leur souhaite prompt rétablissement

A tous ceux que je n'ai pas pu citer.

Pardonnez-moi pour cette omission assurément involontaire.

A vous tous, je dis merci et merci !



REMERCIEMENTS



A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE
PR. YASSINE BENCHAMKHA
PROFESSEUR DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR DE
CHIRURGIE PLASTIQUE ET ESTHETIQUE
AU CHU MOHAMMED VI DE MARRAKECH

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de présider notre jury. Nous vous remercions de votre enseignement et nous vous sommes très reconnaissants de bien vouloir porter intérêt à ce travail.

Veillez trouver ici, Professeur, l'expression de nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET RAPPORTEUR DE THESE
PR. MOULAY DRISS EL AMRANI
PROFESSEUR AGREGÉ DE CHIRURGIE PLASTIQUE ET
ESTHETIQUE AU CHU
MOHAMMED VI DE MARRAKECH

Nous avons été très touchés par la confiance que vous nous avez témoigné en nous confiant ce travail. Je vous remercie profondément pour votre accueil et votre sympathie.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de notre gratitude, notre estime et notre dévouement.

A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE
PR. YOUSSEF ROCHDI
PROFESSEUR AGREGÉ DE CHIRURGIE ORL AU CHU
MOHAMMED VI DE MARRAKECH

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger parmi le jury de cette thèse.

Vos qualités professionnelles et la sympathie que vous témoignez à tous ceux qui vous sollicitent suscitent notre admiration. Permettez-nous de vous faire grande estime et notre haute considération.

A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE
PR. HANAN RAIS
PROFESSEUR DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE AU CHU
MOHAMMED VI DE MARRAKECH

*Vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger
parmi le jury de cette thèse.
Vos qualités professionnelles et la sympathie que vous témoignez
à tous ceux qui vous sollicitent suscitent notre admiration.
Permettez-nous de vous faire grande estime et notre haute
considération.*

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE ASSOCIE AU JURY DE
THESE

PR. ADIL DEHHAZE
PROFESSEUR ASSISTANT DE CHIRURGIE PLASTIQUE ET
ESTHETIQUE AU CHU
MOHAMMED VI DE TANGER

*Nous avons été très touchés par la confiance que vous nous avez
témoigné en nous confiant ce travail. Je vous remercie
profondément pour votre accueil et votre sympathie.
Veuillez trouver dans ce travail l'expression de notre gratitude,
notre estime et notre dévouement.*



LISTE DES ILLUSTRATIONS



Liste des tableaux

Tableau N° I : Répartition des lésions tumorales en fonction du siège .. **Erreur ! Signet non défini.**

Tableau N° II : Le nombre des cas en fonction de la taille tumorale **Erreur ! Signet non défini.**

Tableau N° III: Le nombre des cas en fonction du statut ganglionnaire . **Erreur ! Signet non défini.**

Tableau N° IV : Le nombre des cas en fonction des métastases à distance... **Erreur ! Signet non défini.**

Tableau N° V : Techniques de reconstruction utilisées en fonction des sous-unités esthétiques.**Erreur ! Signet non défini.**

Tableau N° VI: Groupes pronostics du carcinome basocellulaire . **Erreur ! Signet non défini.**

Tableau N° VII : Groupes pronostics du carcinome basocellulaire récidivé ... **Erreur ! Signet non défini.**

Tableau N° VIII: le pourcentage de l'atteinte nasale selon les séries..... **Erreur ! Signet non défini.**

Tableau N° IX : Comparaison entre les différentes moyennes d'âge. **Erreur ! Signet non défini.**

Tableau N° X : La répartition selon le sexe.**Erreur ! Signet non défini.**

Tableau N° XI : La répartition selon l'origine géographique**Erreur ! Signet non défini.**

Tableau N° XII: La répartition selon la photo exposition.**Erreur ! Signet non défini.**

Tableau N° XIII: La comparaison entre les différents phototypes prédominants.**Erreur ! Signet non défini.**

Tableau N° XIV: Fréquence des états précancéreux :**Erreur ! Signet non défini.**

Tableau N° XV: Comparaison du délai de consultation.....**Erreur ! Signet non défini.**

Tableau N° XVI: comparaison entre la taille tumorale.**Erreur ! Signet non défini.**

Tableau N° XVII: Comparaison entre l'aspect macroscopique des tumeurs.... **Erreur ! Signet non défini.**

Tableau N° XVIII: Comparaison de la fréquence des différents types histologiques selon la biopsie diagnostique.**Erreur ! Signet non défini.**

Tableau N° XIX : les formes histologiques des sous types du CBC. **Erreur ! Signet non défini.**

Tableau N° XX : Le taux des greffes cutanées.**Erreur ! Signet non défini.**

Liste des figures

Figure 1: Répartition du nombre des patients selon les années dans notre série.....	9
Figure 2 : La répartition des malades selon les tranches d'âge dans notre série.....	10
Figure 3 : La répartition des malades selon le sexe dans notre série.....	10
Figure 4 : la répartition des malades selon l'origine géographique dans notre série	11
Figure 5 : la répartition des malades selon leurs professions dans notre série	12
Figure 6 : La répartition des patients en fonction du phototype dans notre série.	12
Figure 7 : Répartition des patients selon la photo exposition dans notre série.....	13
Figure 8 : Incidence des patients tabagiques dans notre série.....	14
Figure 9 : Les différentes tares associées chez nos patients.....	15
Figure 10 : Mode de révélation chez les malades dans notre série.....	16
Figure 11 : Sous unités esthétiques du nez	16
Figure 12 : Répartition des lésions de notre série selon leur taille.....	17
Figure 13: Répartition des cas de notre série selon leur aspect clinique.....	18
Figure 14: Aspect ulcéro-bourgeonnant chez un patient de notre série.....	19
Figure 15: a. Aspect ulcéreux / b. Aspect bourgeonnant avec nécrose centrale chez des patients de notre série	19
Figure 16: Répartition des cas de notre série selon le type histologique.....	21
Figure 17: Répartition des CBC selon le sous type histologique dans notre série.	21
Figure 18: Répartition des CE selon le degré de différenciation et d'infiltration dans notre série.	22
Figure 19: Le tracé de l'incision dessiné chez un patient de notre série.....	26
Figure 20: Les structures emportées en profondeur dans notre série	26

Figure 21: L'étendue et la profondeur de l'exérèse chirurgicale chez une patiente de notre série.....	27
Figure 22: Répartition selon le délai de reconstruction dans notre série.....	28
Figure 23 : A : Perte de substance post exérèse tumorale / B : évolution après cicatrisation dirigée chez une patiente ayant refusée la reconstruction.....	28
Figure 24 : A : Résection d'une tumeur siégeant au niveau de la racine du nez / B : Reconstruction par greffe de peau totale prélevée au niveau du creux sus-claviculaire chez un patient dans notre série.....	29
Figure 25 : A : Résection d'une tumeur siégeant au niveau du dorsum / B : Reconstruction par Lambeau glabellaire associé à une greffe de peau totale prélevée à partir de l'antétragus.....	30
Figure 26: exérèse totale de la pyramide nasale puis reconstruction du plan cutané par un lambeau frontal.....	30
Figure 27 : A : Résection d'une tumeur siégeant au niveau du dorsum / B : Reconstruction par lambeau d'avancement Rintala.....	31
Figure 28 : Répartition selon la méthode de reconstruction de la perte de substance dans notre série.....	31
Figure 29 : Résultat esthétique 6 mois après reconstruction par lambeau glabellaire.....	34
Figure 30 : Résultat esthétique d'une PDS laissée en cicatrisation dirigée.....	34
Figure 31: Résultat esthétique 1 an après reconstruction par greffe de peau totale.....	34
Figure 32 : Sous unités esthétiques du nez (4).....	39
Figure 33 : Vue antérolatérale du nez (2).....	40
Figure 34 : Positionnement du cartilage alaire.....	42
Figure 35 : : Vue latérale de la face montrant les muscles du nez(5).....	43
Figure 36 : Vue latérale de la face montrant la vascularisation de la pyramide nasale.....	45
Figure 37 : Embryologie du nez. Développement de la région médio faciale avec mise en évidence des dérivés du bourgeon fronto-nasal et des bourgeons maxillaires (bleu clair) et mandibulaires (vert), à 6 semaines (A) ; 7 semaines (B) ; 10 semaines (C).(7).....	46
Figure 38 : Coupe histologique de la peau (11).....	50
Figure 39 : Aspect histopathologique (21).....	57
Figure 40 : Aspect histopathologique d'un carcinome spinocellulaire.....	61
Figure 41 : exérèse – suture simple (81).....	83
Figure 42 : Lambeau musculo cutané en ilot.....	86
Figure 43 : Lambeau d'avancement du dorsum (A. Dessin du lambeau /B. Mise en place d'un lambeau en fin d'intervention).....	87
Figure 44 : Lambeaux de translation et de transposition :	88
Figure 45 : Lambeau de rotation simple.....	89



ABBREVIATIONS



Liste des abréviations

	:	Sous unité esthétique
SUE	:	
OPN	:	Os propres du nez
CBC	:	Carcinome basocellulaire
XP	:	Xeroderma pigmentosum
CE	:	Carcinome épidermoïde
CSC	:	Carcinome spinocellulaire
HTA	:	Hypertension
ORL	:	Otho-rhino-laryngologie
TDM	:	La tomodensitométrie
IRM	:	Imagerie par résonnance magnétique
UV	:	Ultraviolet
PDS	:	Perte de substance
ADP	:	Adénopathie
ANAES	:	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.
GPT	:	Greffe de peau totale
	:	Le score esthétique global
SEG	:	



PLAN



INTRODUCTION	1
MATERIELS ET METHODES	4
I. Type d'étude :	5
II. Lieu et durée de l'étude	5
1. Lieu de l'étude :	5
2. Durée de l'étude :	5
III. Population cible.....	5
1. Critères d'inclusion :	5
2. Critère d'exclusion :	5
IV. Méthodologie	6
1. Recueil des donnés :	6
2. Fiche d'exploitation (voir annexe 1) :	6
3. Recherche bibliographique :	6
V. Analyse statistique	6
VI. Aspects éthiques	7
RESULTATS.....	8
I. Données épidémiologiques :	9
1. Fréquence :	9
2. Age :	9
3. Sexe :	10
4. Origine géographique :	11
5. Profession :	11
II. Données anamnésiques :	12
1. Facteurs de risque :	12
2. Les cas familiaux :	15
3. Délai de consultation :	15
4. Circonstances de découverte :	15
III. Données cliniques :	17
1. Examen général :	17
2. Examen facial :	18
3. Examen locorégional :	19
4. Examen cervical :	20
5. Examen ORL :	20
IV. Données paracliniques :	20

1.	Biopsie avec examen anatomopathologique à but diagnostique :	20
2.	Préparation du malade :	22
3.	Complément radiologique :	23
4.	Classification TNM :	24
V.	Données Thérapeutiques :	25
1.	Traitement chirurgical :	25
2.	Le traitement complémentaire :	32
3.	Le traitement médical :	32
VI.	Données évolutives :	32
1.	Suites post-opératoires immédiates :	32
2.	Suites carcinologiques :	32
3.	Résultats esthétiques et fonctionnels :	33
VII.	Surveillance :	34
1.	But :	35
2.	Calendrier :	35
	DISCUSSION	36
I.	Rappel anatomique et histologique	37
1.	Rappel anatomique	37
2.	Rappel embryologique	45
3.	Rappel physiologique (6,8)	46
4.	Rappel histologique :	48
II.	Caractères épidémiologiques	62
1.	Fréquence :	62
2.	Age :	63
3.	Sexe :	64
4.	Origine géographique	65
5.	Facteurs de risque :	65
III.	Caractères Cliniques	69
1.	Délai de consultation :	69
2.	Examen clinique :	69
IV.	Caractères histologiques	71
1.	La biopsie diagnostique :	71
2.	Types histologiques :	72
3.	Le sous type histologique :	73
4.	Limites et marges d'exérèses :	74
V.	Bilan d'extension (81–83)	75

1.	L'extension aux parties molles :	75
2.	L'extension osseuse :	76
3.	L'extension ganglionnaire :	76
4.	Classification TNM :	76
VI.	Traitement	78
1.	Buts du traitement :	78
2.	Principes du traitement :	78
3.	Opérabilité (85,86):	79
4.	Moyens thérapeutiques :	79
VII.	Pronostic :	96
VIII.	Prévention (28,86,120,121)	96
IX.	Recommandations :	98
CONCLUSION		99
ANNEXES		101
RÉSUMÉS		109
BIBLIOGRAPHIE		116



INTRODUCTION



Les tumeurs de la pyramide nasale comportent de nombreuses entités bénignes et malignes et sont définies comme toute prolifération tumorale qui se développe au dépend du revêtement cutané de la charpente ostéo-musculo-cartilagineuse du nez.

Les tumeurs cutanées nasales peuvent être dérivées de l'épiderme, du derme, et de l'hypoderme ainsi que des annexes pilaires, sébacées, sudorales.

Les carcinomes cutanés sont les cancers humains de l'adulte les plus fréquents au monde, représentent 90 % des cancers cutanés, et cette prévalence augmente depuis les dernières décennies, du fait de l'allongement de la durée de vie et des habitudes comportementales en particulier l'exposition durable et intense aux UV.

Organe impair, le nez confère au visage une grande partie de son caractère et participe aux interactions sociales.

La position centrale et proéminente du nez l'expose à des traumatismes et à des tumeurs entraînant des pertes de substance (PDS) le plus souvent superficielles mais parfois transfixiantes, en particulier à la partie basse du nez.

Le diagnostic de ces tumeurs est clinique et anatomopathologique, et le traitement est essentiellement chirurgical avec parfois complément de radiothérapie ou de chimiothérapie.

La chirurgie reste la pierre angulaire du traitement, mais elle reste soumise aux contraintes de la mutilation dans les cas avancés et ceci malgré les avancées rapportées par la chirurgie réparatrice.

Les PDS superficielles de la pyramide nasale post chirurgie d'exérèse n'intéressent que les plans cutané et sous-cutané sans ouverture de la fosse nasale. Les techniques de reconstruction sont innombrables.

L'enjeu est bien évidemment au premier plan esthétique, puisque la pyramide nasale est un élément essentiel de l'équilibre du visage, et que sa déformation entraîne très rapidement un préjudice cosmétique majeur. Au second plan, la restitution d'une bonne perméabilité respiratoire est également importante à prendre en compte. Le plus souvent, l'obtention d'un résultat esthétique correct justifie le recours à une reconstruction des trois plans anatomiques constitutifs de la région de la pointe, de l'aile du nez et de la columelle : le plan profond muqueux (lining), le plan intermédiaire cartilagineux et le plan superficiel cutané.

Le but de notre travail consiste à décrire à travers une étude rétrospective le profil épidémiologique, anatomopathologique, clinique et thérapeutique des tumeurs de la pyramide nasale, ainsi que les techniques de reconstruction chirurgicale pour au final contribuer à l'élaboration d'une suite de recommandations claires et pratiques adaptées à notre contexte.

Dans une première partie, Nous exposerons les 36 cas de tumeurs cutanées du nez, colligés au service de chirurgie réparatrice plastique esthétique et brûlés de l'hôpital Kortobi de Tangerang sur une période de 2 ans d'octobre 2020 à octobre 2022 ; dans une deuxième partie, nous discuterons nos cas en comparaison avec les données de la littérature.



MATÉRIELS ET MÉTHODES



I. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive, rétrospective et analytique qui a pour but :

- D'objectiver les principaux facteurs épidémiologiques
- De décrire les aspects anatomocliniques fréquemment rencontrés
- De mettre en valeur les moyens thérapeutiques aussi bien carcinologiques que réparateurs.

II. Lieu et durée de l'étude

1. Lieu de l'étude :

L'étude s'est déroulée au service de chirurgie réparatrice, esthétique et brûlés à l'hôpital Kortobi de Tanger.

2. Durée de l'étude :

L'étude est étalée sur une durée de 2 ans, allant d'octobre 2020 à octobre 2022.

III. Population cible

1. Critères d'inclusion :

- Hommes et femmes de tout âge, diagnostiqués et traités pour tumeurs malignes ou bénignes touchant la pyramide nasale et/ou zones frontales.
- Seules les tumeurs malignes et bénignes de la pyramide nasale histologiquement confirmées ont été retenues.

2. Critère d'exclusion :

- Autres localisations faciales que la pyramide nasale.
- Tumeurs cutanées d'origine vasculaire : Angiome et Hémangiome.
- Tumeurs cutanées dans le cadre d'une maladie neurocutanée : Neurofibromatose et Sclérose tubéreuse de Bourneville.
- Tumeurs cutanées d'origine virale : Condylomes, Verrues.

- Les dossiers inexploitable.

IV. Méthodologie

1. Recueil des données :

- Nous avons inclus 36 patients dans notre étude.
- Le recueil des données cliniques, radiologiques, histologiques et thérapeutiques a été réalisé pour chaque patient.
- Cela a été réalisé à partir des dossiers médicaux (archivés dans le service de chirurgie réparatrice, plastique et esthétique à l'hôpital Kortobi de Tanger).

2. Fiche d'exploitation (voir annexe 1) :

Nous avons établi une fiche d'exploitation en se basant sur les données de la littérature pour recueillir :

- Des données épidémiologiques : âge, sexe, profession, ATCDs...
- Des données cliniques : examen général, local, locorégional, ganglionnaire...
- Des données paracliniques : anatomopathologique, radiologique et biologique...
- Des données thérapeutiques et évolutives.

3. Recherche bibliographique :

Elle a été effectuée sur :

- Les articles traitants les tumeurs malignes et bénignes de la pyramide nasale.
- Les différents moteurs de recherches : Pub Med, Science direct, scholar, elsevier....

Les mots clés utilisés sont : Tumeurs malignes et bénignes – pyramide nasale – Reconstruction nasale.

V. Analyse statistique

- Les différentes données rassemblées ont été organisées sous forme de tableaux.
- Les résultats ont été exprimés en pourcentages ou en moyennes en fonctions des variables étudiées.

- Le logiciel utilisé a été le Microsoft Office Excel 2019.
- Tous les données et les graphiques ont été traités par ce logiciel.

VI. Aspects éthiques

- Le recueil des données est fait de façon anonyme.
- Le consentement des patients a été respecté afin de prendre des photos.
- L'étude s'est déroulée sans aucun conflit d'intérêt.



RESULTATS



I. Données épidémiologiques :

1. Fréquence :

- Sur une période de 2 ans d'octobre 2020 à octobre 2022, nous avons colligés 36 patients pour tumeurs de la pyramide nasale, dont la majorité ont été localement plus ou moins avancées.
- Soit une moyenne de 18 cas par an.
- Le nombre de cas est considérablement en augmentation au fils des années.

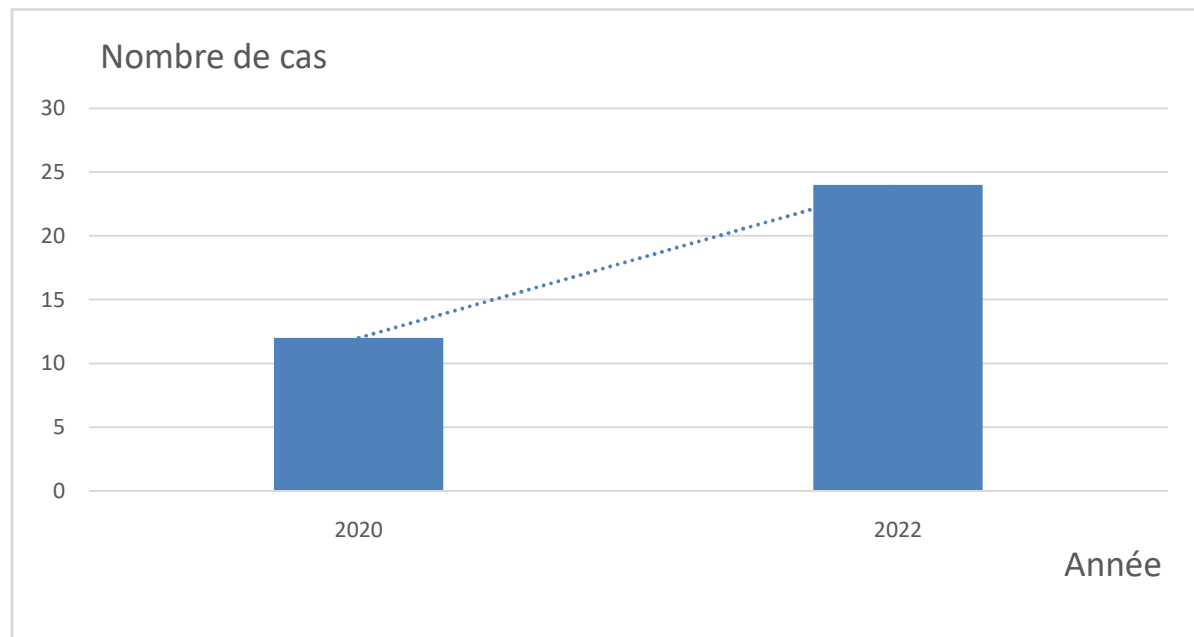


Figure 1 : Répartition du nombre des patients selon les années dans notre série.

2. Age :

- L'âge moyen nos patients au moment de découverte de la tumeur est de 68 ans.
- Des extrêmes d'âge allant de 38 ans à 88 ans avec une concentration des cas (50%) dans la tranche d'âge 60-79 ans.

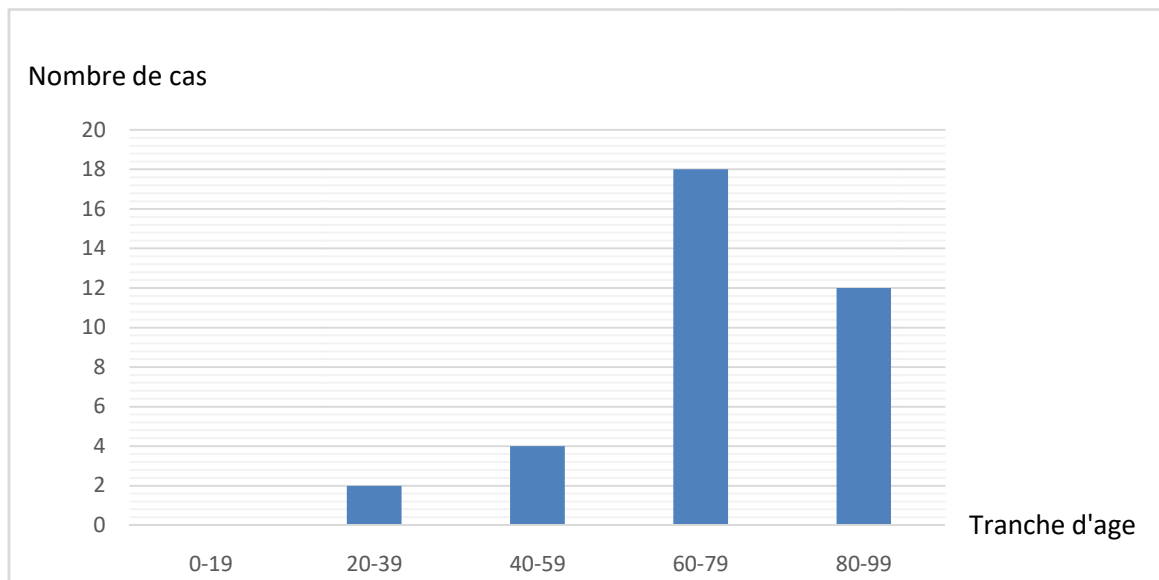


Figure 2 : La répartition des malades selon les tranches d'âge dans notre série.

- La 6ème décennie représentait le plus fort contingent avec 18 cas soit 50 %.

3. Sexe :

- Notre série regroupe 36 patients, dont 24 hommes (67%) et 12 femmes (33%).
- on note une prédominance masculine avec un sexe ratio H/F = 2.

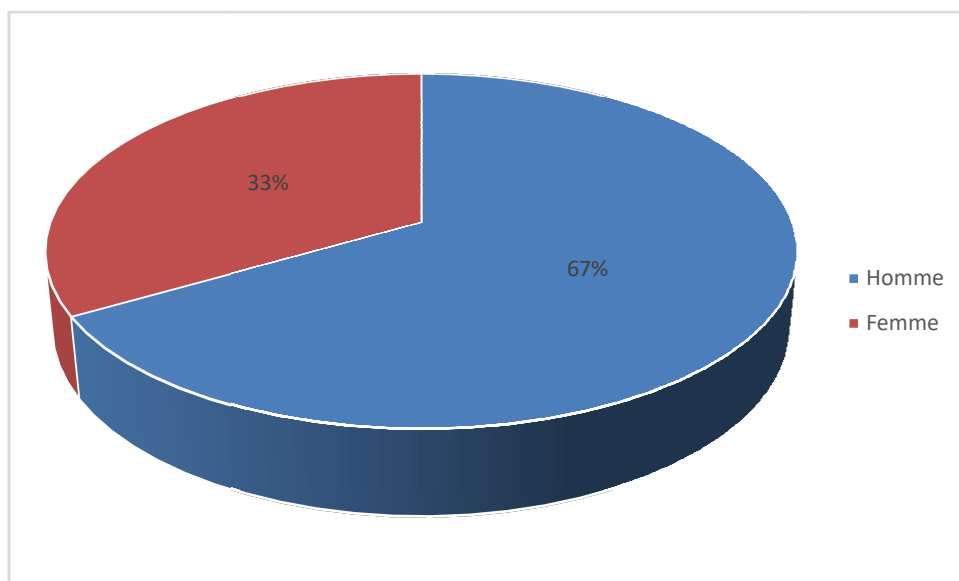


Figure 3 : La répartition des malades selon le sexe dans notre série.

4. Origine géographique :

- Dans notre série, 83 % des patients provenaient d'un milieu rural de la région du nord (soit 30 cas) .
- Seul 17% de nos patients sont d'origine urbaine (soit 6 cas).

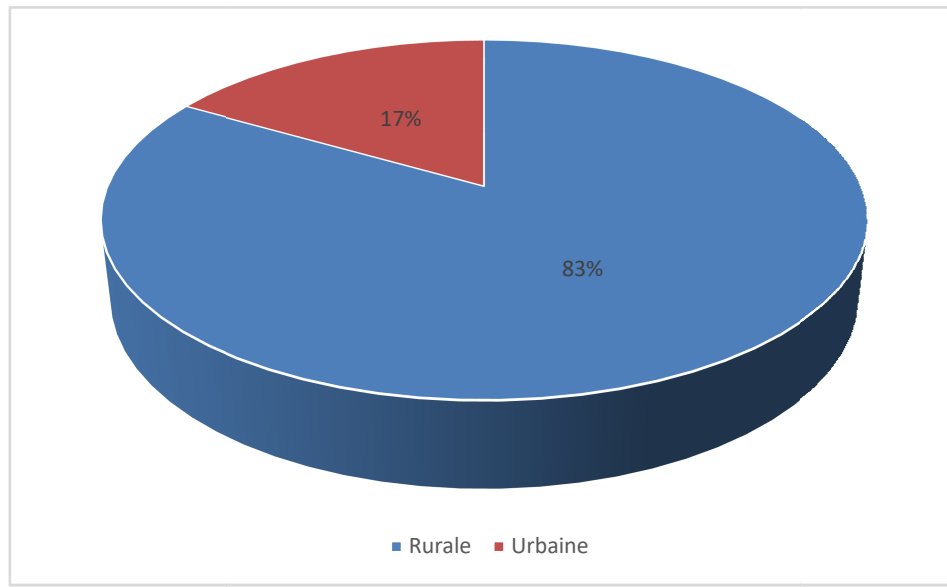


Figure 4 : la répartition des malades selon l'origine géographique dans notre série

5. Profession :

La majorité de nos patients n'avaient pas un travail fixe, 60 % étaient des agriculteurs, 25% étaient des femmes au foyer dont la majorité d'entre elles avaient pratiqué un travail en plein air donc exposées au soleil. Le reste était représenté par des ouvriers, des militaires et d'autres professions.

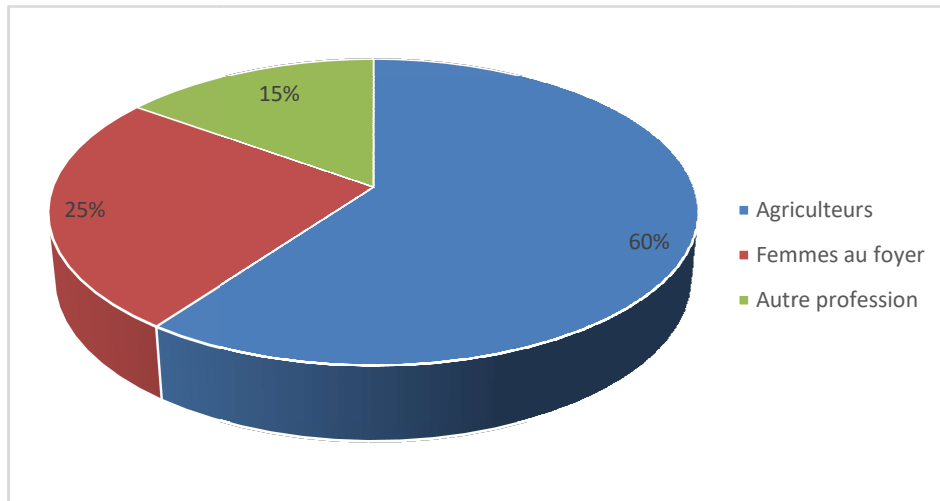


Figure 5 : la répartition des malades selon leurs professions dans notre série

II. Données anamnésiques :

1. Facteurs de risque :

a. Phototype :

Le phototype III était prédominant englobant 56% des cas (soit 20 cas), suivi du phototype IV pour 27% des cas (soit 12 cas) et du phototype V pour 11% (soit 4 cas) .

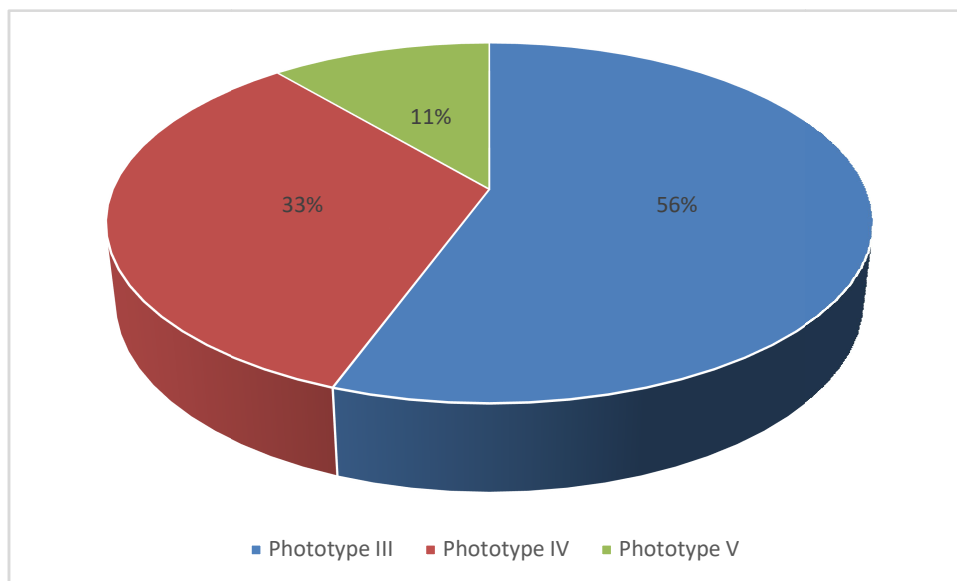


Figure 6 : La répartition des patients en fonction du phototype dans notre série.

Annexe 1 : La 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 foncé, cheveux noirs, yeux noirs.
Phototype VI	Peau noire, cheveux noirs, yeux noirs.

b. Exposition solaire :

La totalité de nos patients était exposée au soleil durant leur enfance et leur adolescence sans protection efficace. L'exposition solaire n'est pas facilement quantifiable. Toutefois, elle est retrouvée de façon importante chez 80% dans notre série liée à une activité professionnelle exercée en plein air.

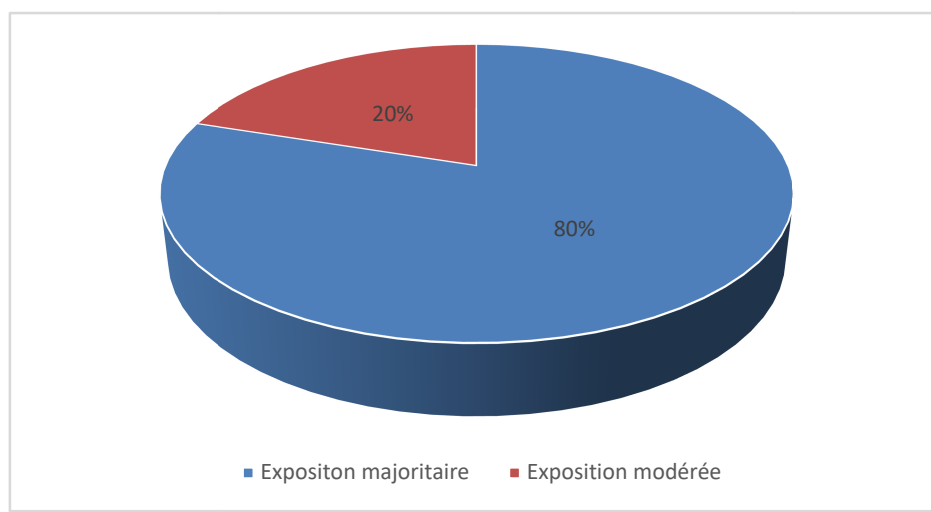


Figure 7 : Répartition des patients selon la photo exposition dans notre série.

c. Tabagisme :

Le tabagisme a été constaté chez 6 patients.

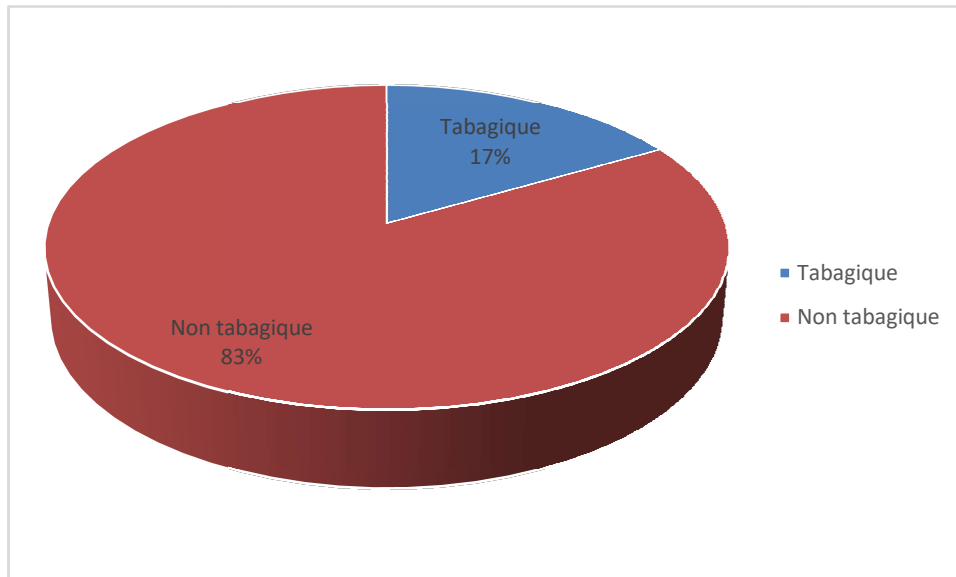


Figure 8 : Incidence des patients tabagiques dans notre série.

d. Lésions précancéreuses :

Pour la plupart des patients, il nous a été difficile de mentionner la présence ou l'absence de lésions précancéreuses qui pourraient faire le lit d'épithéliomas du nez. Cependant, on a trouvé dans les antécédents :

- Quatre cas de kératose actiniques faciales.
- Deux cas de naevus.
- Aucun cas de Xeroderma pigmentosum, de cicatrice instable ou d'albinisme.

e. Les autres tares associées :

- Parmi nos patients, 33% étaient suivis pour hypertension artérielle (soit 12 cas).
- Le diabète a été retrouvé dans 22% de nos patients (soit 8 cas).
- Une patiente opérée pour goitre.

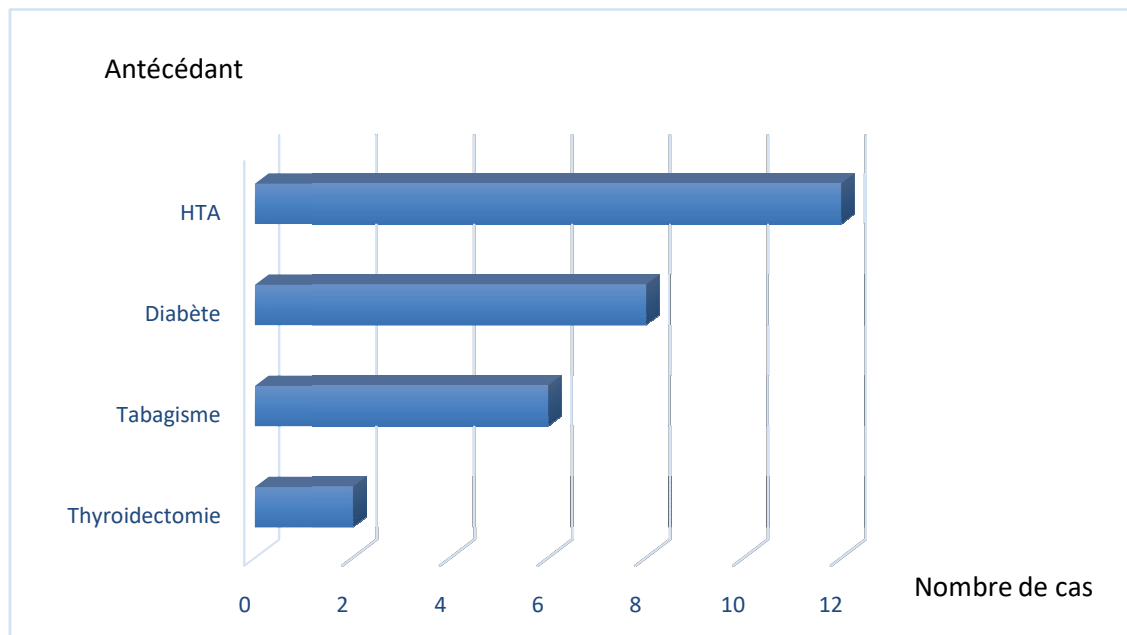


Figure 9 : Les différentes tares associées chez nos patients.

2. Les cas familiaux :

Les patients recrutés ne présentaient pas de cas similaires dans leurs familles.

3. Délai de consultation :

Le délai entre l'apparition de la lésion tumorale et la consultation était compris entre 12 mois et 5 ans (soit 60 mois) avec une moyenne de 36 mois.

4. Circonstances de découverte :

a. Mode de révélation :

Plusieurs signes ont été observés chez nos patients.

- On a trouvé une association de symptômes chez le même malade surtout dans les cas localement avancés.
- 56% de nos patients se sont présentés pour des lésions nodulaires chroniques suspectes la plupart de ces malades se sont directement adressés à notre service.
- La lésion était douloureuse dans 28% des cas, saignante au contact dans 11% des cas et accompagnée de signes inflammatoires dans 28% des cas.

- 22% de nos patients ont eu un aspect cellulitique avec des signes d'infection locale : écoulement purulent, odeur nauséabonde parfois.
- 11% de nos patients ont présenté des signes de nécrose locale.
- Certains malades ont rapportés l'usage de remèdes traditionnels à base de plantes et d'automutilation (maladie prise comme un mauvais sort et une malédiction).
- Aucun patient ne présentait une obstruction nasale.

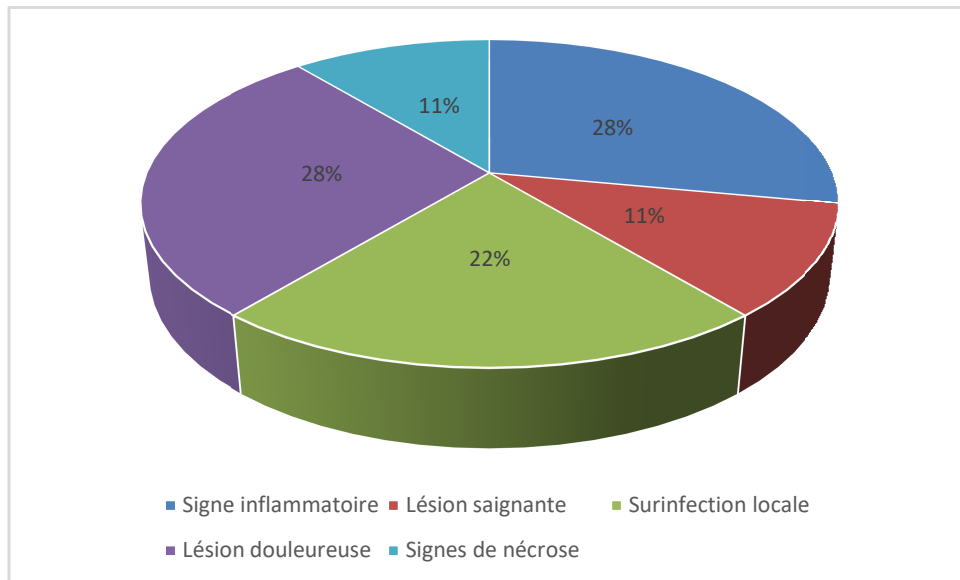


Figure 10 : Mode de révélation chez les malades dans notre série.

b. Siège de la lésion :

BURGET a développé au niveau du nez la notion des sous-unités esthétiques. Ces sous-unités correspondent à des zones d'iso réflexion de la lumière, entourées de zones d'ombre, dans lesquelles peuvent se masquer les cicatrices.

Dans notre série, les lésions tumorales ont intéressé toutes les régions du nez, avec des

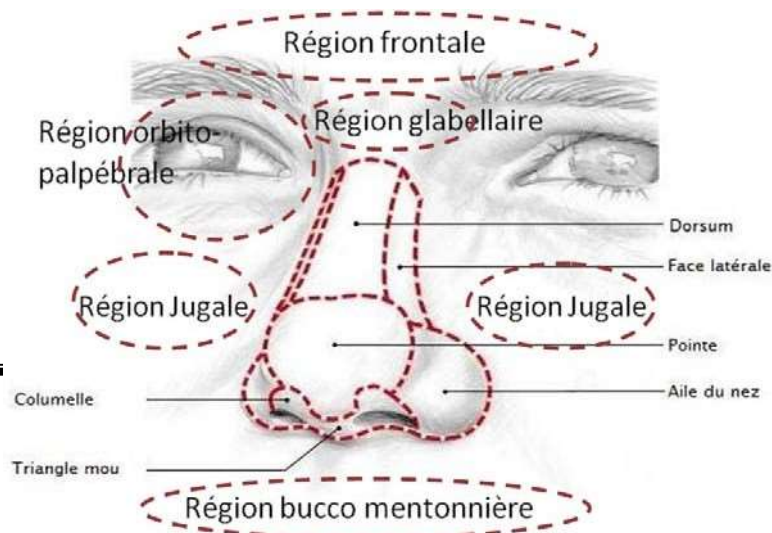


Figure 11 : Sous unités esthétiques du nez

pourcentages qui diffèrent d'une région à autre.

Tableau N° 1 : Répartition des lésions tumorales en fonction du siège

Siège	Nombre de cas	Pourcentage
Face latérale	18	50%
Dorsum	8	22%
Pointe du nez	4	11.5 %
Racine du nez	2	5%
Forme étendue	4	11.5 %

c. **La taille :**

Dans notre série, il y avait une variabilité importante concernant la taille de la tumeur avec des extrêmes allant de 10mm pour la plus petite et de 50mm pour la plus grande.

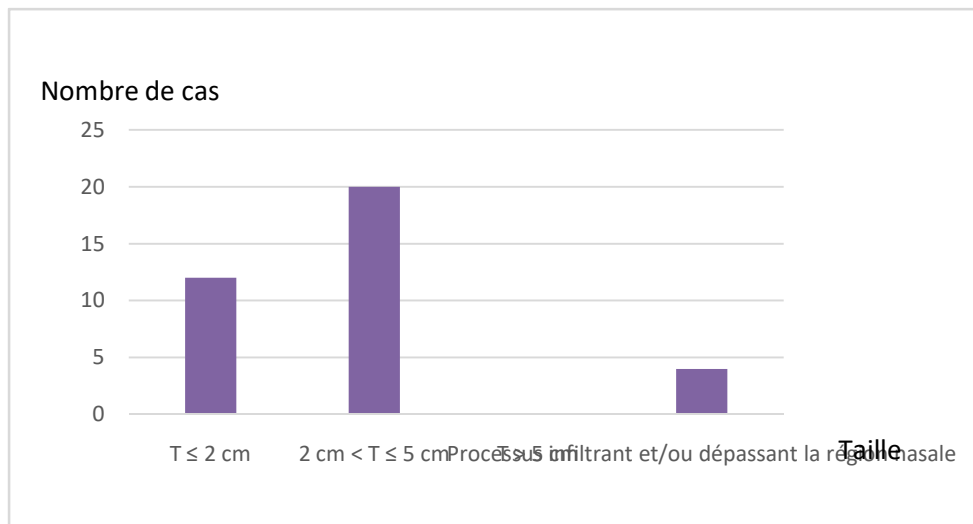


Figure 12 : Répartition des lésions de notre série selon leur taille.

III. **Données cliniques :**

1. **Examen général :**

- L'état général était généralement conservé chez les patients de notre série.
- L'examen somatique complet était sans anomalie.

2. Examen facial :

a. Inspection :

L'inspection a permis de :

Déterminer l'aspect macroscopique qui était dominé par :

- Une lésion bourgeonnante pour 39% des cas.
 - Une lésion ulcéro-bourgeonnante pour 33% des cas.
 - L'ulcération chez 6% des cas.
 - les lésions infiltrantes dans 11% des cas .
 - Les lésions de nécrose dans 11% des cas.
- Préciser le siège, la taille apparente, l'extension en surface et de chercher autres lésions associées (Taches hyper-pigmenté, lésion actinique...).

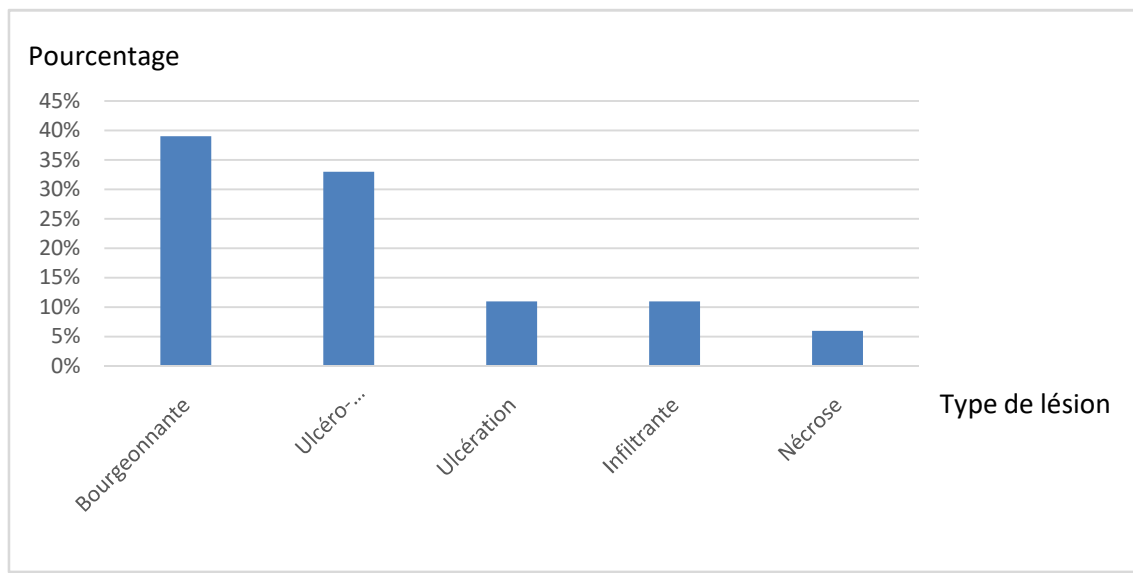


Figure 13: Répartition des cas de notre série selon leur aspect clinique.



Figure 14: Aspect ulcéro-bourgeonnant chez un patient de notre série.



Figure 15: a. Aspect ulcéreux / b. Aspect bourgeonnant avec nécrose centrale chez des patients de notre série

3. Examen locorégional :

L'examen systématique de la région jugale et temporale a permis de récolter les résultats suivants:

- Un cas très intéressant associant en plus de la tumeur nasale une lésion jugale gauche faisant évoquer une hyperkératose séborrhéique et une lésion temporale gauche faisant évoquer un carcinome malin de la face synchrone.

L'examen systématique de la cavité buccale a permis de récolter les résultats suivants :

- Dans 90 % l'état bucco dentaires était en mauvaise conditions (caries dentaires, gingivite, parodontopathies...)
- La recherche des lésions associées de la muqueuse buccale était négative dans notre étude.

4. Examen cervical :

L'examen des aires ganglionnaires à l'admission n'a mis en évidence aucune adénopathie palpable.

5. Examen ORL :

La rhinoscopie antérieure ainsi que postérieure n'a objectivé aucune anomalie chez tous nos patients.

IV. Données paracliniques :

1. Biopsie avec examen anatomopathologique à but diagnostique :

a. Type de biopsie :

- Une biopsie préalable à l'exérèse carcinologique a été réalisée dans 16 cas.
- Une biopsie-exérèse a été réalisée chez 20 patients qui présentaient des tumeurs de petite taille (<1 cm).

b. Résultat anatomopathologique

i. Type histologique :

La confirmation histologique est obtenue essentiellement à la suite de l'exérèse totale de la tumeur. Cette biopsie avait révélé :

- ✓ Carcinome basocellulaire : 26 cas (soit 72%)
- ✓ Carcinome épidermoïde : 10 cas (soit 28%)
- ✓ Aucun cas de mélanome
- ✓ Aucun cas de tumeurs bénignes

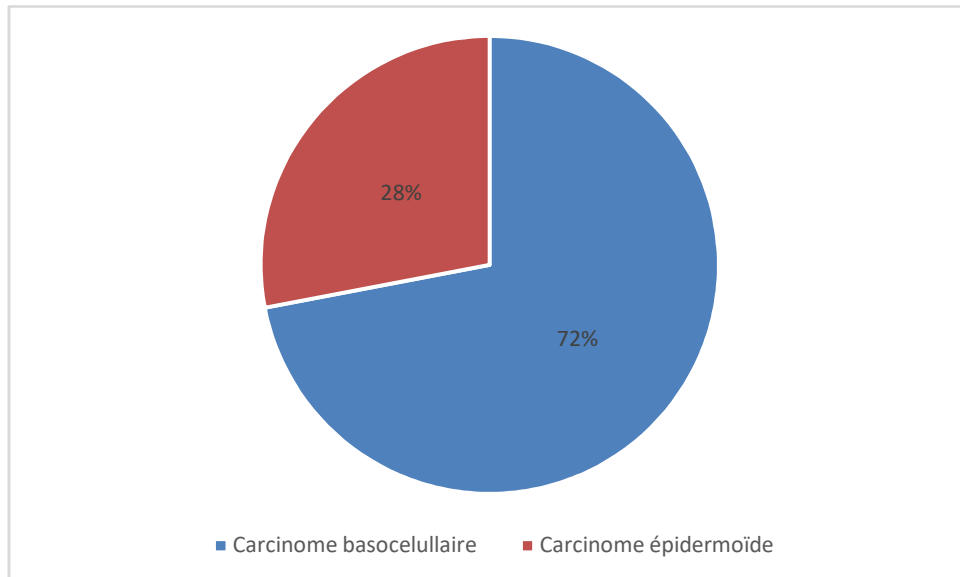


Figure 16: Répartition des cas de notre série selon le type histologique.

ii. Sous type histologique :

L'étude histologique avait confirmé la présence de 2 types de CBC :

- CBC nodulaire 78% des cas.
- CBC infiltrant avec 22% des cas.

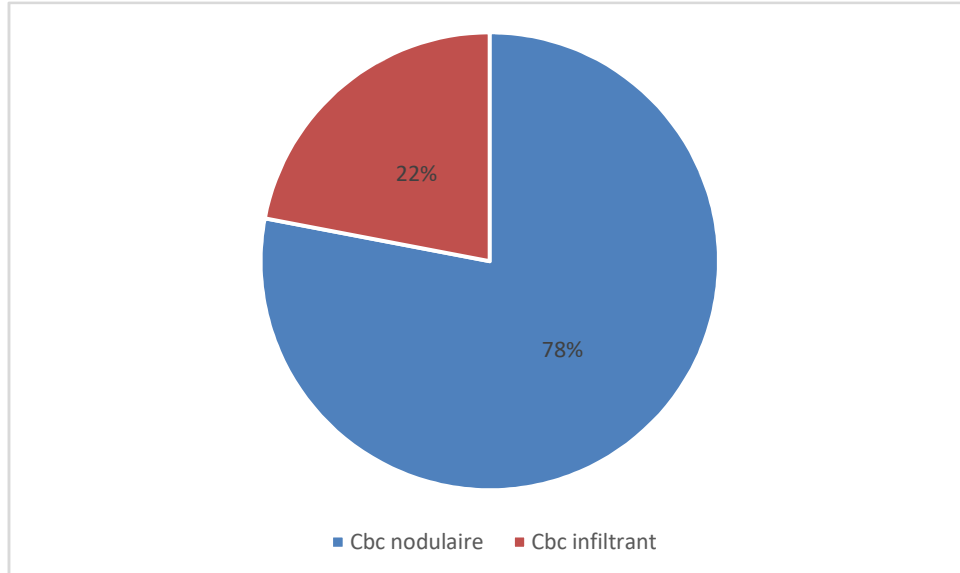


Figure 17: Répartition des CBC selon le sous type histologique dans notre série.

iii. La différenciation :

Le carcinome épidermoïde a été retrouvé chez 28% des cas (soit 10 cas) incluant :

- Le CSC non infiltrant dans 16% des cas qui a été identifié comme bien différencié dans 11% des cas et moyennement différencié dans 5% des cas.
- Le CSC infiltrant dans 12% des cas qui ont été tous moyennement différenciés.

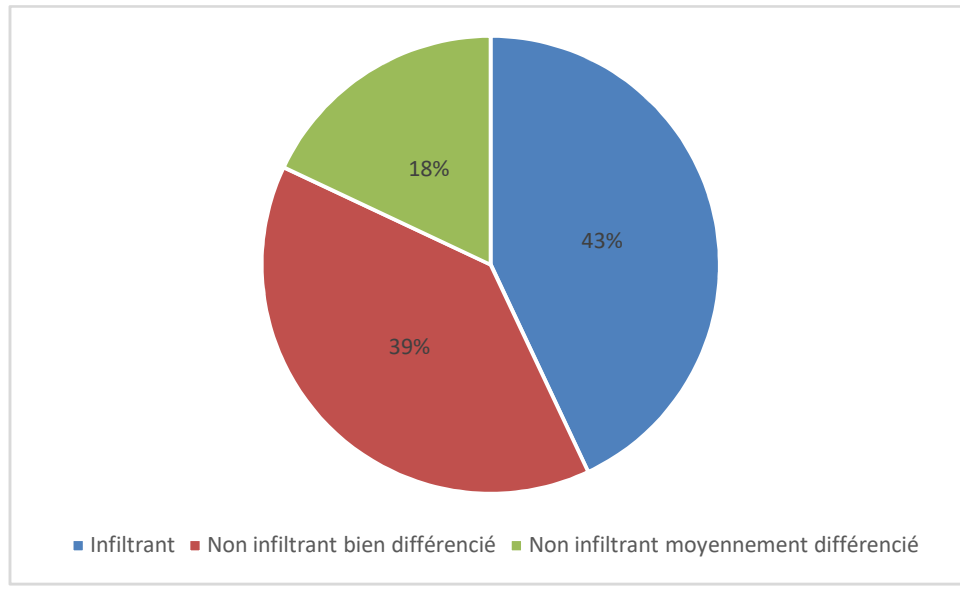


Figure 18: Répartition des CE selon le degré de différenciation et d'infiltration dans notre série.

iv. L'engainement péri-nerveux et emboles vasculaires

Dans notre série aucun de nos patients n'ont présenté un engainement péri-nerveux ni emboles

Vasculaires.

2. Préparation du malade :

a. Le bilan préopératoire :

- Une consultation préopératoire était systématique.
- Information et consentement éclairé du malade.
- Tous nos patients ont bénéficiés d'une consultation pré anesthésique (CPA) et d'un bilan préopératoire comprenant :
 - Un bilan biologique standard : NFS-PLQ, bilan d'hémostase, ionogramme sanguin complet...

- Un bilan radiologique : Rx Thorax.
- Le complément par échographie cardiaque a été jugé nécessaire chez la plupart de nos patient vu l'âge avancé.
- Un bilan photographique datant les lésions avant la cure chirurgicale a été réalisé chez nos patients.

3. Complément radiologique :

a. Tomodensitométrie faciale :

- Elle représente l'examen complémentaire idéal en matière de lésion faciale.
- Elle permet de faire le bilan lésionnel ainsi que le bilan d'extension locale et régionale.
- La tomodensitométrie faciale a été demandée chez 24 patients, ce bilan avait objectivé :
 - Un envahissement des structures sous cutanées adjacentes dans 24 cas.
 - Une extension osseuse et cartilagineuse dans 4 cas.

b. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) :

- L'IRM du massif facial, elle permet de mieux apprécier l'extension tumorale aux tissus de voisinage et notamment l'envahissement orbitaire et méningé.
- Dans notre étude elle n'a pas été demandée

c. Bilan d'extension paraclinique :

- Après un examen clinique bien mené et minutieux qui a permis de préciser le siège de la tumeur selon les unités anatomiques du nez, son extension en surface et en profondeur ainsi que l'atteinte des structures de voisinage, le bilan d'extension paraclinique s'impose surtout quand il s'agit de carcinomes épidermoïdes localement avancés.
- Le bilan d'extension a été fait systématiquement chez tous les malades présentant un carcinome spinocellulaire à la recherche d'un envahissement local, locorégional et de métastase à distance et n'a révélé aucune anomalie.
- Ce bilan d'extension comprenait une échographie cervicale, une TDM abdomino-pelvienne dans les formes mutilantes et étendues, une rx thorax, une échographie abdominale a la recherche de métastases hépatiques.
- La syntigraphie osseuse et le pet scanne n'ont été demandé dans aucun cas.

4. Classification TNM :

Au terme du bilan clinique et para clinique, la tumeur est classée selon la Classification TNM de l'Union Internationale contre le cancer (UICC 2010).

- **T : Taille tumorale :**

Tableau N° II : Le nombre des cas en fonction de la taille tumorale

T0 : pas de tumeur primitive identifiable	0 cas
Tis : carcinome in situ	0 cas
T1 : tumeur \leq 2cm dans sa plus grande dimension	12 cas
T2 : tumeur $2\text{cm} \leq T \leq 5\text{cm}$ dans sa plus grande dimension	20 cas
T3 : tumeur $>$ 5cm dans sa plus grande dimension	0 cas
T4 : tumeur envahissant les structures profondes : cartilage, os ou muscle strié	4 cas

- **N : Statut ganglionnaire :**

Tableau N° III: Le nombre des cas en fonction du statut ganglionnaire

N0 : pas de métastase ganglionnaire régionale	36 cas
N1 : métastase ganglionnaire régionale a : micro métastase b : macro métastase unique dans l'aire homolatérale, de diamètre $<$ 3 cm	0 cas
N2 : a : métastase unique dans l'aire homolatérale, de diamètre $>$ 3 cm b : métastases multiples dans l'aire homolatérale, de diamètre entre 3cm et 6 cm c métastases régionales intra lymphatique controlatérales (de transit ou satellites) $<$ 6cm	0 cas
N3 : à métastases bilatérales ou controlatérales $>$ 6 cm	0 cas

- **M : Métastases à distance :**

Tableau N° IV : Le nombre des cas en fonction des métastases à distance

M0 : pas de métastase à distance	36 cas
M1 : métastase(s) à distance	0 cas

V. Données Thérapeutiques :

1. Traitement chirurgical :

- Dans notre étude, tous les patients ont été traités chirurgicalement.
- Sur les 36 patients le traitement des lésions prend en compte ces paramètres : la taille, la localisation, l'extension, afin d'avoir une exérèse carcinologique et des résultats esthétiques acceptables.

a. Buts du traitement :

- Carcinologique : elle a été la règle pour tous nos patients,
- Fonctionnel : tenir compte des fonctions physiologiques du nez,
- Esthétique : caractère obligatoire, vu que la face étant le passeport social de l'individu.

b. Type d'anesthésie :

On a eu recours à l'anesthésie locale chez 12 patients qui présentaient des lésions de petites tailles (< 1cm) qui nécessitent une simple exérèse-suture.

Par contre, 24 patients qui présentaient des lésions de grandes tailles et étendues ou nécessitant une exérèse large avec reconstruction de la perte de substance ont bénéficié d'une anesthésie générale.

c. Exérèse tumorale :

- Les marges d'exérèse :
- Un repérage de la marge d'exérèse a été réalisé avant toute intervention chirurgicale.
- L'exérèse tumorale a été faite selon le dessin préétabli en surface, en respectant la marge de sécurité adaptée au type histologique de la tumeur ainsi que sa taille.
- En profondeur une barrière anatomique saine a été respectée.
- Les marges cutanées de sécurité variaient entre 5 et 10mm.
- L'exérèse au-delà de la pyramide nasale avait concerné 4 patients.



Figure 19: Le tracé de l'incision dessiné chez un patient de notre série.

- L'exérèse en profondeur :

Dans notre série l'exérèse en profondeur avait emporté :

- Le cartilage chez 6 patients soit 16% des cas.
- la muqueuse chez 4 patients soit 11% des cas.
- Les os du nez chez aucun de nos patients.
- Septum chez 2 patients soit 5% des cas.

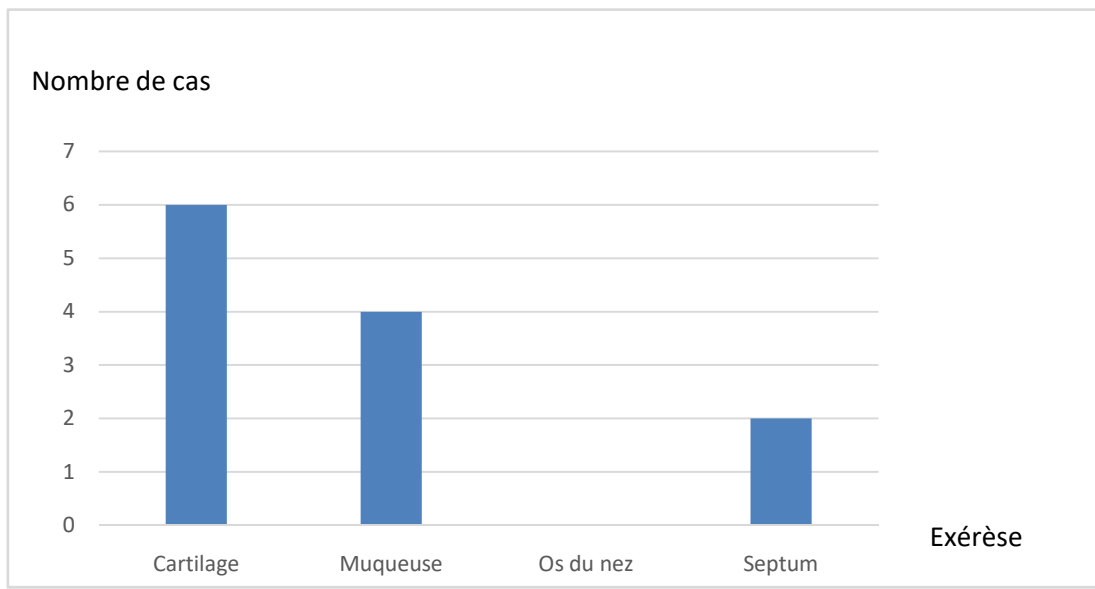


Figure 20: Les structures emportées en profondeur dans notre série



Figure 21: L'étendue et la profondeur de l'exérèse chirurgicale chez une patiente de notre série

d. Le curage ganglionnaire :

Dans notre série, aucun patient n'a bénéficié d'un curage ganglionnaire.

e. La qualité de l'exérèse chirurgicale :

Toutes les pièces d'exérèses étaient envoyées pour étude anatomopathologique, orientées par des fils cardinaux accompagnées de schémas explicatifs, afin de confirmer le diagnostic et d'étudier les marges d'exérèses.

L'exérèse a été complète dans 100% des cas.

f. La couverture de la perte de substance :

i. Le temps de la couverture :

- Le traitement chirurgical des cancers du nez entraîne parfois de vastes pertes de substance, ce qui nécessite souvent le recours à des techniques de réparation.
- La reconstruction a été immédiate dans 26 cas (soit 72%) .
- Pour la majorité des tumeurs, la confirmation histologique a été obtenue avant la reconstruction, chez les 10 cas restants soit 28% des cas.

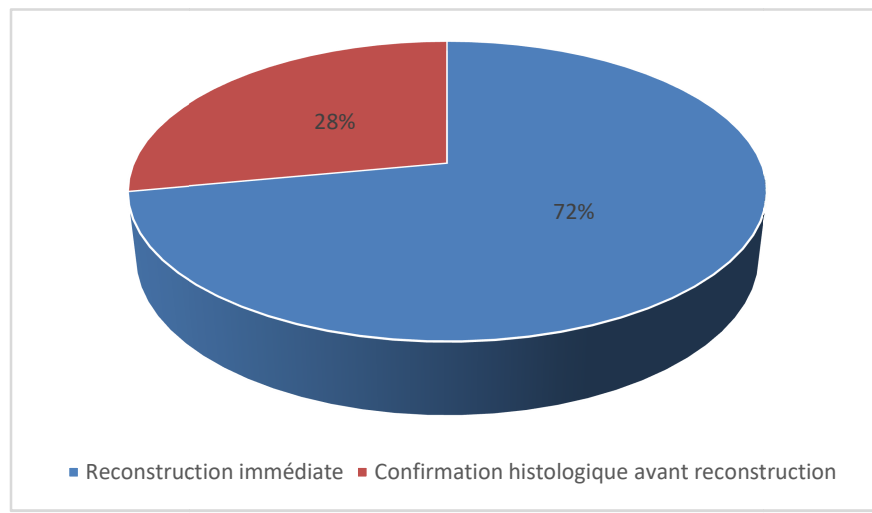


Figure 22: Répartition selon le délai de reconstruction dans notre série.

ii. Les moyens de couverture :

- **La suture directe :**

La fermeture par suture directe de la perte de substance a été réalisée chez 6 patients (soit 17%). Dans deux cas la lésion siégeait au niveau du dos du nez, et quatre cas au niveau de la face latérale du nez. Les lésions étaient toutes classées T1.

- **Cicatrisation dirigée :**

On a opté pour la cicatrisation dirigée chez 6 patients (17%). Dans 4 cas la lésion siégeait au niveau de la pointe du nez, 2 cas au niveau du dos du nez. La plupart du temps les patients n'étaient pas demandeurs d'une reconstruction.



Figure 23 : A : Perte de substance post exérèse tumorale / B : évolution après cicatrisation dirigée chez une patiente ayant refusé la reconstruction.

- Greffes cutanées :

Les greffes cutanées ont été utilisées chez 12 patients (soit 33%) :

- Dans 8 cas Il s'agissait de greffe de peau totale prélevée au niveau du creux sus-claviculaire chez 6 patients présentant une lésion au niveau du dos du nez, et deux malades présentant une lésion de la pointe.
- Dans le 11eme cas, il s'agissait d'une greffe de peau totale prélevée au niveau de la face interne du bras.
- Dans le 12eme cas, il s'agissait d'une greffe de peau totale prélevée au niveau rétro auriculaire.



Figure 24 Les lambeaux : A : Résection d'une tumeur siégeant au niveau de la racine du nez/ B : Reconstruction par greffe de peau totale prélevée au niveau du creux sus-claviculaire chez un patient dans notre série.

- L'utilisation des lambeaux étaient nécessaires dans 12 cas (soit 33%).
- Les lambeaux utilisés sont répartis comme suit " Tableau V" :

Tableau VI : Techniques de reconstruction utilisées en fonction des sous-unités esthétiques.

Lambeaux utilisés	Aile du nez	Racine du nez	Face latérale	Dos du nez	Forme étendue	Totale
Frontal	-	-	-	-	4	4
LLL	-	-	2	-	-	2
glabellaire	-	2	-	2	-	4
Rintala	-	-	-	2	-	2

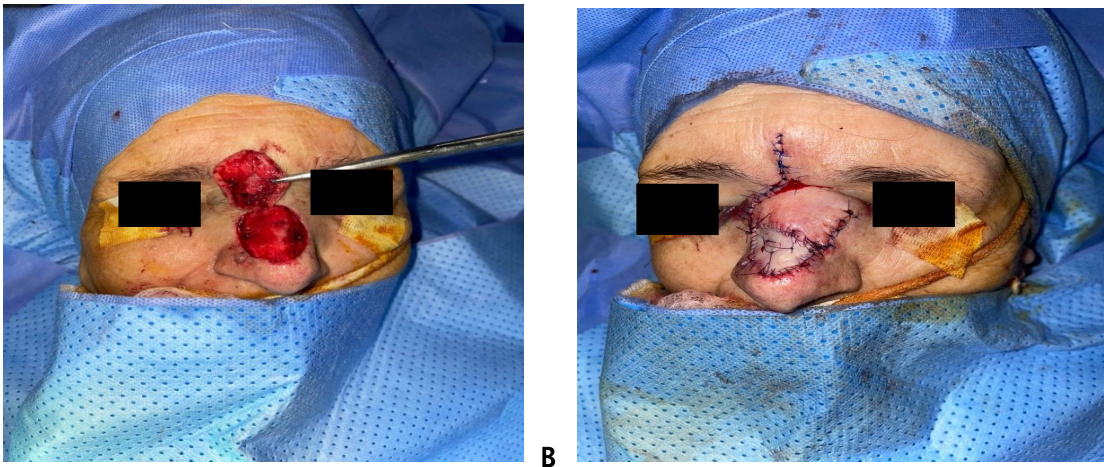


Figure 25 : A : Résection d'une tumeur siégeant au niveau du dorsum / B : Reconstruction par Lambeau glabellaire associé à une greffe de peau totale prélevée à partir de l' antétragus.



Figure 26: exérèse totale de la pyramide nasale puis reconstruction du plan cutané par un lambeau frontal.



Figure 27 : A : Résection d'une tumeur siégeant au niveau du dorsum / B : Reconstruction par lambeau d'avancement Rintala.

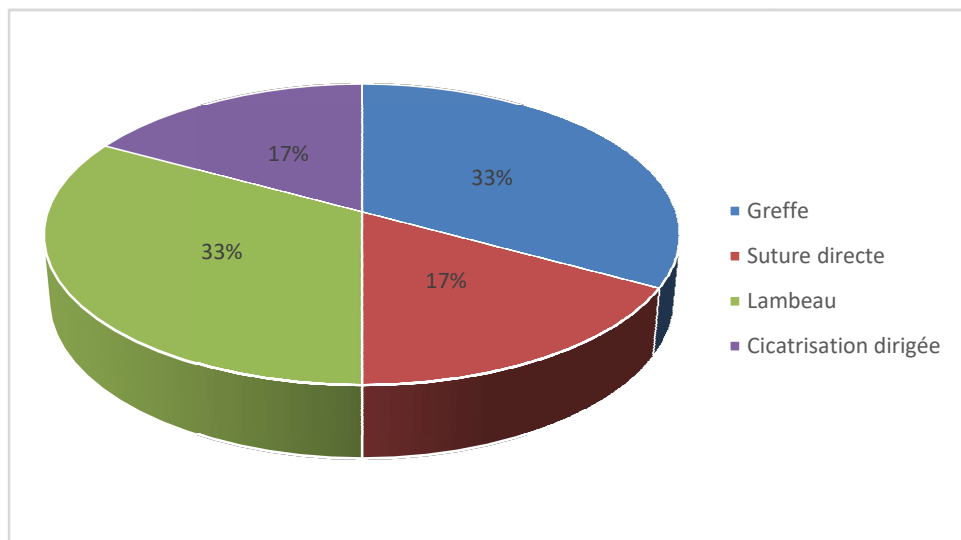


Figure 28 : Répartition selon la méthode de reconstruction de la perte de substance dans notre série.

- La greffe cartilagineuse :
- Dans notre série, la greffe cartilagineuse a été utilisée dans 6 cas (17%).
- Il s'agissait de cartilage prélevé au niveau de la conque de l'oreille, septum et du cartilage costal.

2. Le traitement complémentaire :

a. La radiothérapie :

Aucune indication de radiothérapie n'a été posée pour nos patients.

b. La chimiothérapie :

Aucune chimiothérapie n'a été administrée pour nos patients.

3. Le traitement médical :

Moyen indispensable dans la prise en charge, il a été basé sur l'utilisation de différentes classes thérapeutiques telles :

- Les antalgiques : surtout en post opératoire afin de soulager la douleur suite au geste chirurgicale.
- Les antibiotiques : largement utilisés vu le risque infectieux, en pré opératoire dans les formes cellulitiques. En post opératoire pour lutter contre l'infection de la plaie.
- Les produits topiques : pour accélérer le processus de la cicatrisation.
- Les corticoïdes : en post opératoire immédiat pendant 2 à 3 j.

VI. Données évolutives :

1. Suites post-opératoires immédiates :

La surveillance en post-opératoire a porté sur l'état de la cicatrice : infection, lâchage de suture, rétraction et nécrose.

Les suites post-opératoires immédiates ont été simples chez la majorité des patients.

Par ailleurs, un patient a présenté un hématome, qui a régressé après drainage.

Les suites à moyen et long terme ont été bonnes.

2. Suites carcinologiques :

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.

Aucun cas de récurrence n'a été noté dans notre série de cas.

3. Résultats esthétiques et fonctionnels :

Les éléments d'appréciation sont :

- l'absence d'asymétrie de la pyramide nasale.
- l'absence de rétraction de l'aile nasale.
- l'absence de gêne respiratoire.
- l'absence de cicatrices visibles.

Le résultat esthétique a été jugé acceptable dans la majorité des cas et parmi tous les procédés utilisés, c'est avec les lambeaux qu'on a obtenu les meilleurs résultats.



Figure 29 : Résultat esthétique 6 mois après reconstruction par lambeau glabellaire.



Figure 30 : Résultat esthétique d'une PDS laissée en cicatrisation dirigée.



Figure 31: Résultat esthétique 1 an après reconstruction par greffe de peau totale .

VII. Surveillance :

1. But :

- Diagnostiquer et traiter les complications.
- Suivre l'évolution du processus de la cicatrisation.
- Guetter les récives.

2. Calendrier :

- En post opératoire jusqu'à J15 : complications immédiates.
- Trimestriellement pendant 2 ans : cicatrisation et résultat esthétique.
- Une fois par an jusqu'à 5 ans : afin de détecter les récives.



DISCUSSION



I. Rappel anatomique et histologique

1. Rappel anatomique

a. étude topographique (1-3)

La pyramide nasale est la portion de l'appareil nasal qui fait saillie au niveau de la partie médiane du massif facial moyen. Elle constitue un auvent aux fosses nasales, depuis la ligne Inter-sourcilière jusqu'à la partie supérieure de la lèvre supérieure. Elle peut être comparée à une pyramide triangulaire, creuse, surplombant l'orifice des fosses nasales avec :

- une base inférieure ou plan des orifices narinaux.
- un sommet supérieur ou racine du nez, situé au niveau de la dépression Sous- glabellaire .
- une face postérieure, virtuelle, constitué par un plan frontal tangent à l'extrémité antérieure des cornets inférieurs
- Deux faces antéro latérales, symétriques.

Les bords latéraux de la pyramide nasale répondent aussi naso- palpébral, naso-génien et naso-labial.(1)

La pyramide nasale est la sous unité esthétique faciale la plus complexe. Cela est dû à ses caractéristiques tridimensionnelles et à son hétérogénéité morfo-anatomique. Burget a établi une segmentation qui sert de référence pour la chirurgie réparatrice de la SUE nasale. Ces SUE correspondent à des surfaces d'isoréflexion de la lumière, et il importe de les reconstituer dans leur globalité. Il existe une trophicité différente du derme entre les SUE nasales et c'est ce qui confère à chacune leur spécificité morfo-anatomique(3) - notamment le sens vertical ,la vue de face, la vue de trois quarts et la vue de profil a permis à Burget de proposer six sous unités :

- Le dorsum ou l'arête nasale qui sépare les deux faces latérales. Il s'étend de la racine du nez jusqu'à la partie la plus saillante de la pyramide nasale; il est constitué de trois étages : l'étage supérieur osseux, l'étage moyen qui correspond à l'union du cartilage septale et des cartilages triangulaires et l'étage inférieur appelé aussi lobule du nez. Le dorsum est recouvert par une peau mince, celle-ci étant mise en tension par une cyphose dorsinasale.

Un excès cutané épais se retrouve à la racine du nez ; il forme une réserve pour recouvrir les pertes de substance en utilisant une translation simple.

- Les parois latérales qui s'étendent du canthus interne au sillon sus-alaire prolongeant ainsi la ligne courbe du sourcil
- La pointe qui est la saillie cartilagineuse constituée par l'adossement des deux dômes des cartilages alaires. La supra pointe nasale est recouverte d'un derme épais où les annexes sont nombreuses ; celles-ci peuvent être aisément clivées de la charpente cartilagineuse sous-jacente (crus latérales). La définition morpho-anatomique de la supra pointe résulte de la trophicité différentielle entre les crus latérales et la peau ;
- Les ailes narinaires qui sont formées par les deux cartilages à l'air qui arment les dômes et qui sont situées latéralement entre la pointe et la région jugale.
- Le triangle mou de Converse ou infra pointe nasale se caractérise par une coaptation précise entre les crus mésiales et intermédiaires, ainsi qu'un revêtement cutané fin.
- La columelle ou sous-cloison, sépare les deux orifices narinaires, elle forme avec le plan de la lèvre supérieure un angle de 90° à 100° : c'est l'angle naso-labial. La columelle et la zone des facettes sont très difficiles à reproduire morphologiquement, si s'agit d'éviter la rétraction verticale de la marge narinaire et le collapsus transversal.

Les zones concaves, se situant à la jonction des sous-unités, sont des localisations électives pour la réalisation des incisions qui seront alors fondues dans l'ombre créée par les zones convexes du nez. De plus, le phénomène de rétraction cicatricielle pourra se confondre avec ces excavations naturelles.

Néanmoins, chaque cas est différent et il est difficile de raisonner à chaque fois en termes de sous-unités esthétiques. Le respect systématique de la sous-unité esthétique est un doux rêve. En carcinologie cutanée, il est souvent compliqué de raisonner en sous-unités. (1,2)

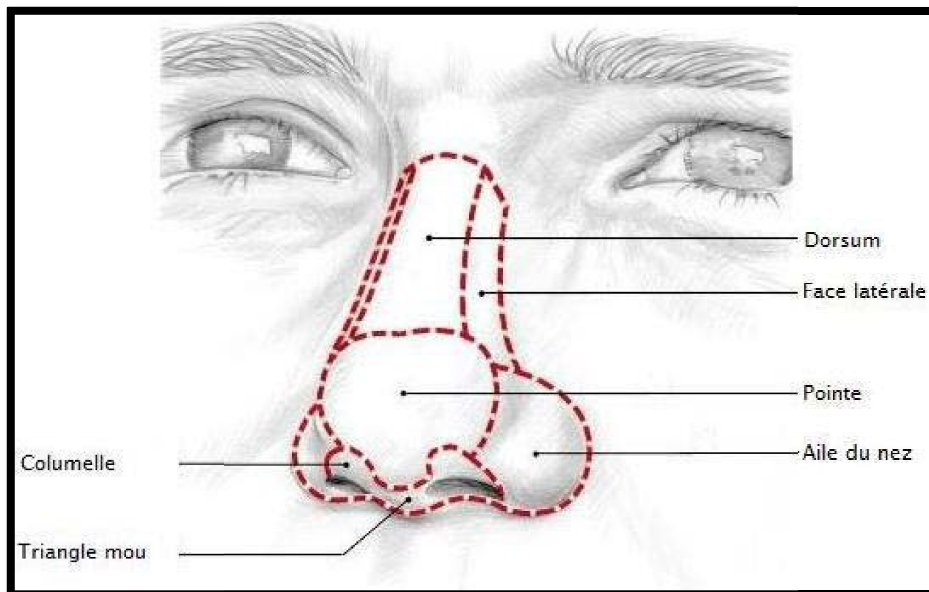


Figure 32 : Sous unités esthétiques du nez (4)

b. Anatomie descriptive :

La pyramide nasale constitue un cadre osseux-cartilagineux, tapissée intérieurement d'une muqueuse de type respiratoire et revêtue d'un plan musculaire et cutané. Elle est divisée en deux compartiments par le septum nasal.

Chaque structure qui participe à sa composition interagit d'une façon souvent complexe avec la ou les éléments qui lui sont adjacents.

i. Squelette ostéo-cartilagineux :

• Le nez osseux :

La partie osseuse de cette charpente est constituée de deux os nasaux propres du nez (OPN) qui s'articulent avec le processus nasal de l'os frontal au niveau supérieur approximativement au niveau de la glabelle et fusionne avec le maxillaire supérieur latéralement délimitant ainsi en externe l'orifice piriforme.

Les bords inférieurs des OPN sont biseautés sur leur face interne où ils s'articulent avec les cartilages nasaux latéraux supérieurs (dits triangulaires). Cette double structure à la fois osseuse et cartilagineuse est séparée par un tissu conjonctif dense.

Le nasion représente la suture fronto-nasale, c'est un repère légèrement déprimé. Les OPN sont fréquemment le siège de « bosses » du dorsum nasal dans les nez caucasiens.

Latéralement on découvre les gouttières lacrymales. En pratique, les ostéotomies latérales des rhinoplasties ne doivent pas les dépasser de manière à ne pas léser les voies lacrymales. (4)

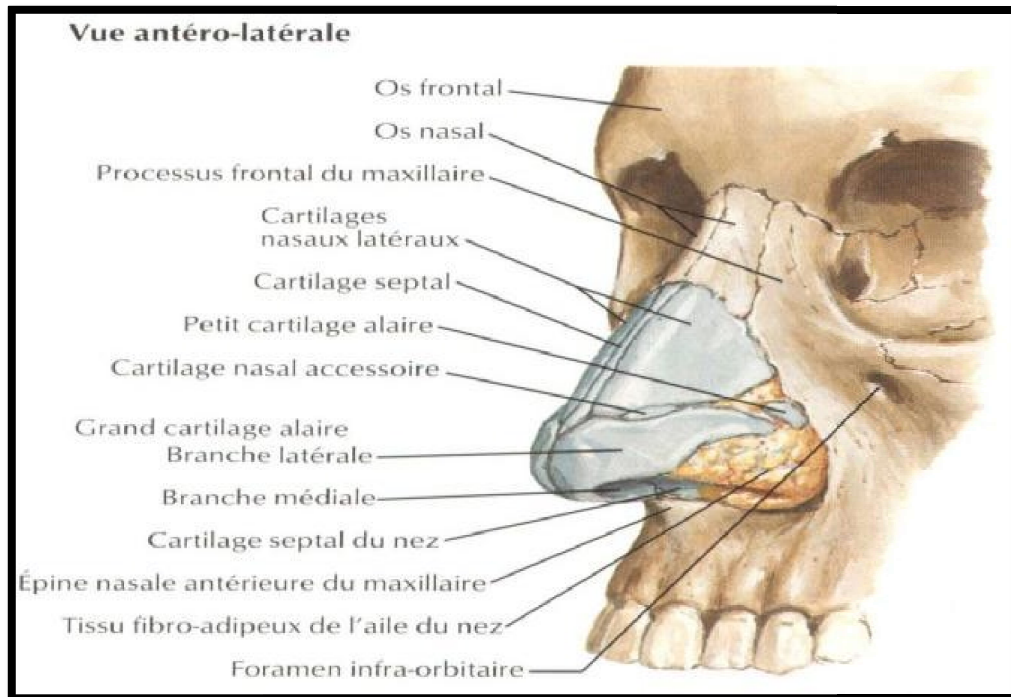


Figure 33 : Vue antérolatérale du nez (2)

➤ **Le nez cartilagineux**

La partie cartilagineuse de l'armature se compose de trois éléments :

- **Les cartilages latéraux supérieurs** : Appendus en haut aux os propres du nez et latéralement aux maxillaires supérieurs, ils reposent en arrière et médialement sur le septum nasal. Leurs bords inférieurs, libres sont repliés sur eux-mêmes et sur les cartilages sésamoïdes formant la « plica nasi » qui participe à la valve nasale. Le respect de cette valve lors des rhinoplasties est impératif en particulier lors des temps d'ostéotomie latérale. Une lésion de la valve nasale peut entraîner un collapsus narinaire lors de l'inspiration causant une obstruction ventilatoire. La « keystone area » ou clé de voute,

dénommée aussi zone K par Cottle représente la jonction des cartilages latéraux supérieurs avec le septum et l'os nasal.

- **Les cartilages alaires (ou latéraux inférieurs) :** Ils constituent l'architecture cartilagineuse de la pointe et des ailes du nez. On distingue pour chacun d'eux trois parties :
 - Les crus latéraux qui arment la pointe et les ailes;
 - Les crus mésiales dont la réunion participe à la columelle;
 - Les crus intermédiaires ou dômes unissant crus latéraux et mésiales.

Ce sont eux qui par leur taille, leur forme, leur axe et leur rigidité vont réellement définir la forme et la projection des ailes nasales et de la pointe. Le terme de « scroll area » parfois employé représente la zone de surplomb de salaires sur les triangulaires.

- **Le cartilage septal :** Solide lame verticale, il prolonge antérieurement le septum osseux formé par la réunion de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde en haut et du vomer en bas. Le septum s'insère en bas sur l'épine nasale par l'intermédiaire d'une synfibrose. Il est rapporté des cas de rhinorrhées (écoulement de LCR) faisant suite à des fractures perforantes de la lame criblée de l'ethmoïde lors de rhinoplasties trop hautes. Le cartilage septal accepte l'insertion des os propres sur sa partie supérieure et des cartilages triangulaires sur sa partie moyenne. Sa partie inférieure, légèrement en avant des cartilages alaires, délimite avec eux le triangle mou de Converse. Il est primordial de respecter rigoureusement la partie antérieure du septum lors des chirurgies réparatrices ou esthétiques car elle soutient littéralement en arrière la pointe et l'arête nasale.

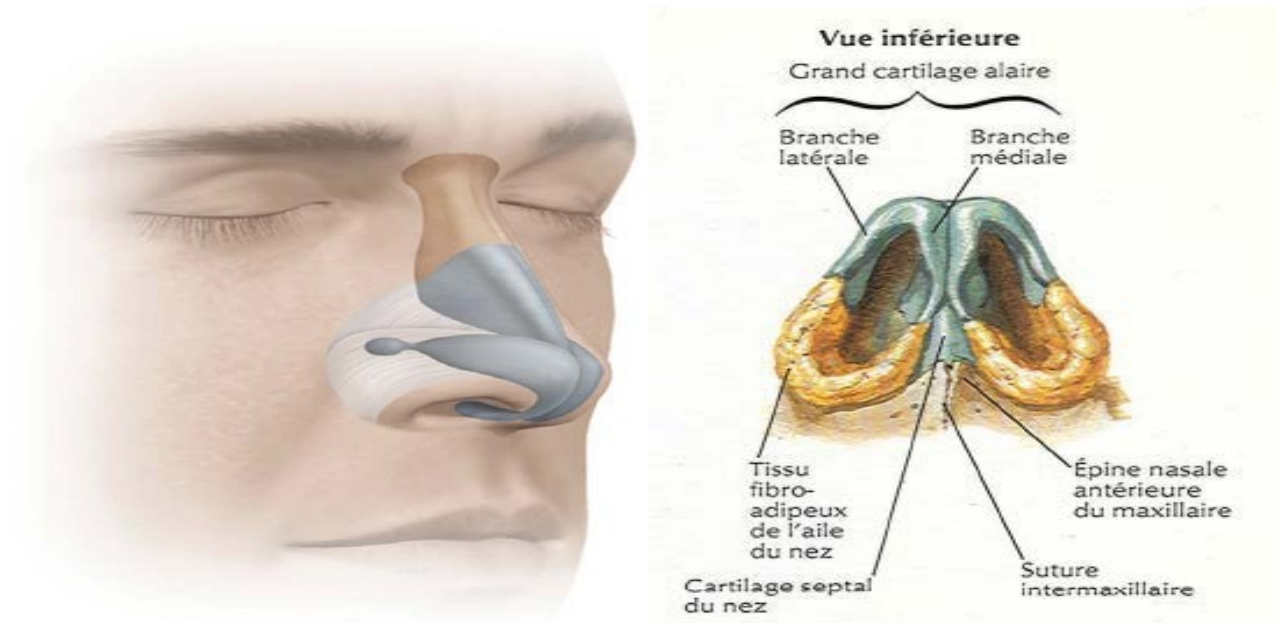


Figure 34 : Positionnement du cartilage alaire.

ii. Le plan musculaire :

Le squelette ostéo cartilagineux est recouvert sur toute son étendue par un plan musculaire fin, représenté par les muscles peauciers du nez

Les muscles peauciers de la pyramide nasale sont représentés par :

- le muscle dilatateur des narines, muscle grêle, tendu du sillon naso-labial au bord externe de la narine correspondante.
- le muscle transverse du nez, muscle triangulaire à base médiale, s'insérant sur l'arête nasale et son sommet latéral se terminant sur le sillon nasogénien.
- le muscle myrtiliforme, muscle vertical, étendu de l'arcade alvéolaire du maxillaire supérieur aux bords postérieurs de la narine.
- le muscle releveur commun de l'aile du nez et de la lèvre supérieure s'étend en haut de l'angle interne de l'orbite à la partie postérieure de l'aile du nez et à la peau de la lèvre supérieure.

- le muscle déprimeur du septum, muscle grêle, uni au muscle orbiculaire des lèvres au niveau de sa partie supérieure.
- le muscle pyramidal est formé de fibres provenant du muscle frontal ; il est situé de part et d'autre de l'arête nasale depuis la racine du nez jusqu'au muscle transverse .

Tous ces muscles reçoivent leur innervation motrice des filets nerveux provenant de la branche temporo-faciale du nerf facial.

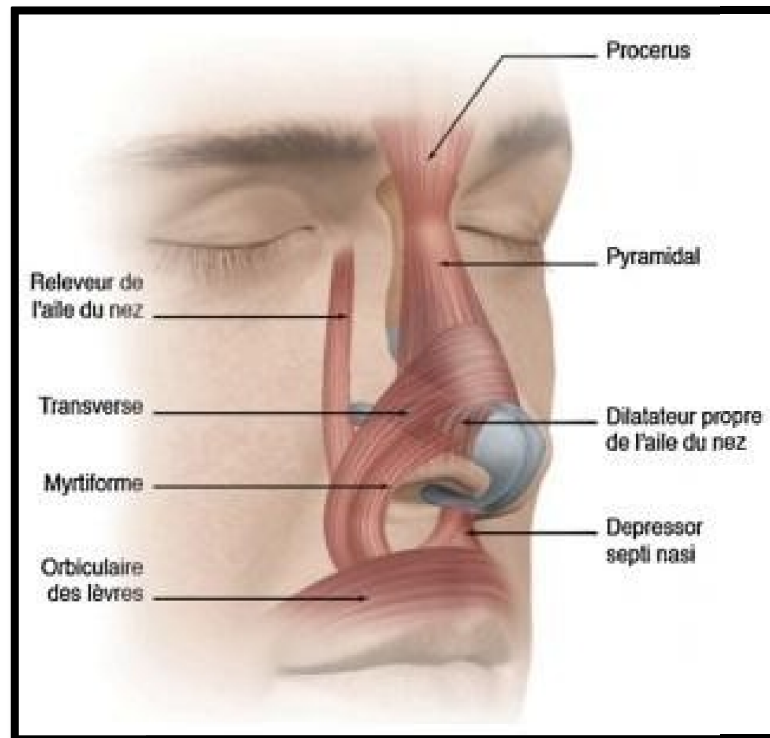


Figure 35 : : Vue latérale de la face montrant les muscles du nez(5)

iii. Revêtement cutané :

Elle est riche en glande sébacées ; elle est séparée du squelette ostéo cartilagineux par une couche de muscles peauciers et de tissu cellulaire lâche où se trouve les éléments vasculo-nerveux superficiels.

L'épaisseur et l'élasticité de la peau varie sur la longueur du nez, plus épaisse, difficilement mobilisable et très séborrhéique à la pointe (1,25 mm), alors qu'elle s'avère plus fine, plus mobile et laxa au dorsum (0,6 mm). De plus, non seulement la peau a tendance à être plus épaisse à la pointe qu'au

nez, mais elle adhère mieux aux tissus mous sous-jacents et donc beaucoup moins apte à des sutures directes, sauf chez l'enfant chez qui la peau est plus souple.(4)

On peut différencier quatre plans histologiques de la peau vers la profondeur : une couche adipeuse superficielle, un plan fibromusculaire, une couche adipeuse profonde qui fait le lit des vaisseaux et des nerfs, puis le périchondre quand il s'agit de cartilage sinon le périoste. Techniquement, on comprend pourquoi la levée des lambeaux doit se faire ici de pleine épaisseur, de manière à respecter leur vascularisation et leur innervation.

Le triangle faible est une zone de peau qui se situe au sommet de chaque narine. Comme son nom l'indique, il s'agit d'une zone de faiblesse dépourvue d'armature cartilagineuse qu'il est préférable d'éviter de traumatiser lors de la chirurgie. Dépourvue de cartilage, cette zone s'avère très sensible à la rétraction cicatricielle avec un risque de séquelles esthétiques notables. (2)

iv. Muqueuse nasale

Le vestibule est recouvert par l'épiderme hérissé de poils. Il se poursuit par une muqueuse de type respiratoire avec une transition progressive.

v. Innervation :

La motricité est assurée par un seul nerf innervant les muscles peauciers du nez, c'est le nerf facial. La sensibilité est assurée par le nerf naso-lobaire, branche du nerf nasal interne, et par le nerf sous-orbitaire, branche du nerf maxillaire supérieur. Des filets sympathiques assurent l'innervation vasomotrice et sécrétoire

vi. Vascularisation :

- Artérielle : elle est sous la dépendance de deux artères :
 - ❖ L'artère faciale : branche de l'artère carotide externe. Elle donne les artères coronaires labiales supérieure et inférieure, l'artère de la sous-cloison et l'artère de l'aile et se termine au niveau de l'angle interne de l'œil devant l'artère angulaire.
 - ❖ L'artère ophtalmique : branche de la carotide interne. Elle se termine au niveau de l'angle interne de l'œil par l'artère nasale.

- Veineuse : le reflux du sang s'effectue par la veine faciale antérieure et la veine angulaire. Les deux veines se jettent dans la veine ophtalmique supérieure communiquant avec le sinus caveux.
- Lymphatique : les lymphatiques du nez sont répartis en deux groupes : parotidiens et sous-maxillaires qui semblent prédominants.

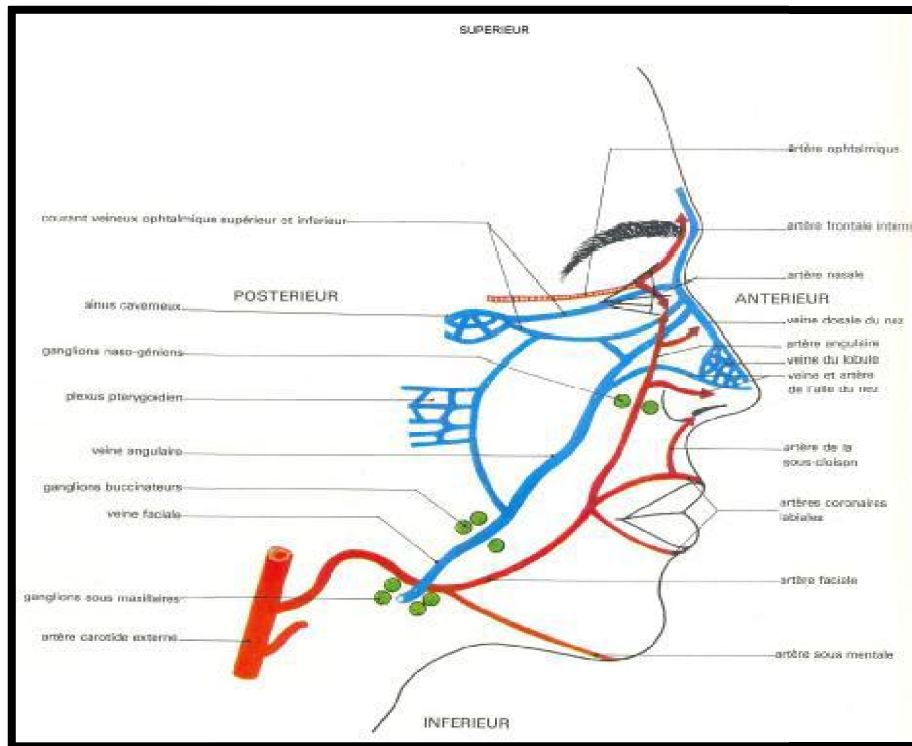


Figure 36 : Vue latérale de la face montrant la vascularisation de la pyramide nasale

2. Rappel embryologique

La morphogenèse du nez débute à la quatrième semaine in utéro, et à la fin de la huitième semaine, les principaux éléments de l'architecture nasale sont déjà en place chez l'embryon.

Dès la quatrième semaine, la bouche primitive ou stomodeum est le siège du développement de cinq bourgeons qui seront à l'origine de l'intégralité du visage humain :

- un bourgeon fronto-nasal qui va se développer de façon bilatérale en périphérie de la placode olfactive et former principalement les fosses nasales et en bas le palais primaire;
- deux bourgeons maxillaires;

- deux bourgeons mandibulaires.

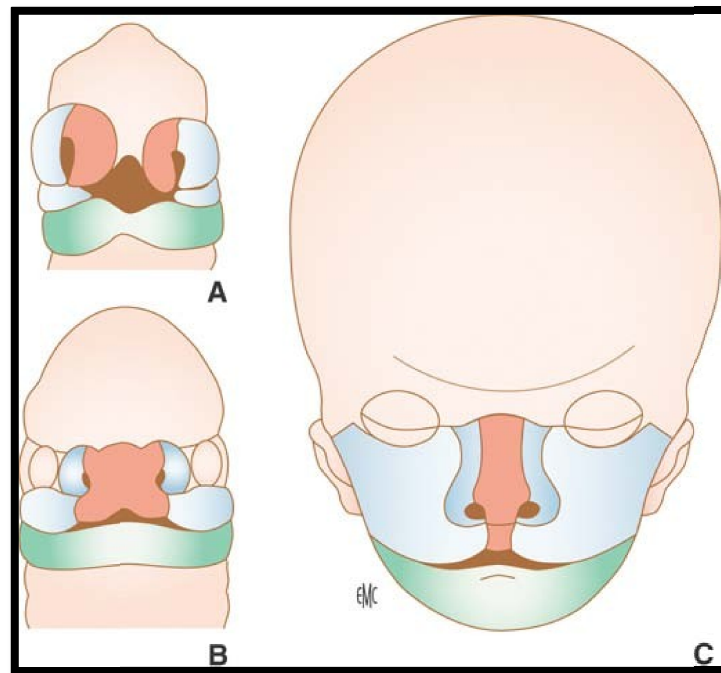


Figure 37 : Embryologie du nez. Développement de la région médio faciale avec mise en évidence des dérivés du bourgeon fronto-nasal et des bourgeons maxillaires (bleu clair) et mandibulaires (vert), à 6 semaines (A) ; 7 semaines (B) ; 10 semaines (C).(7)

3. Rappel physiologique (6,8)

Il est également essentiel de comprendre la fonction du nez, afin d'apprécier la façon dont les maladies et les troubles fonctionnels sont provoqués, et afin que le médecin puisse se rendre compte des effets possibles des différentes réactions et de pouvoir mettre au point un traitement approprié.

Les fonctions du nez sont les suivantes :

- ❖ L'odorat :

Il ne s'agit que d'une partie mineure de la fonction nasale, et seule une petite partie de la muqueuse du méat supérieur étant concernée par cette fonction.

- ❖ Purification de l'air inhalé :

Les particules de poussière et les bactéries doivent dans l'état normal passer par les espaces relativement étroits des méats et entre les cornets et la cloison nasale, qui seront englués dans la muqueuse dont toute la surface est recouverte de mucus. Ainsi toute matière étrangère est attaquée par les cellules phagocytaires et ingérée pour être éliminée.

❖ **Réchauffer et humidifier l'air inhalé :**

La troisième fonction nasale réside dans l'extraordinaire habilité de ces voies respiratoires, de réchauffer et humidifier l'air inhalé afin qu'il atteigne les poumons, à tout moment et dans toutes les conditions de l'atmosphère, à une température et une humidité presque constante. L'appréciation de cette fonction devrait également freiner l'enthousiasme pour l'ablation brutale des tissus, à moins qu'ils ne soient malades ou obstructifs.

❖ **Ajouter de la résonance à la voix :**

La nature a fourni une série de cavités accessoires dans les os du corps. Ces cavités accessoires dans les os de la face, appelées sinus accessoires jouent probablement un rôle dans l'ajout de résonance à la voix.

❖ **Le drainage sinusien et lacrymal :**

Les cavités sinusiennes de la face sont drainées par :

Le méat supérieur pour le sphénoïde et le sinus ethmoïdal postérieur

Le méat moyen pour le sinus frontal, le sinus ethmoïdal antérieur et le sinus maxillaire.

Les sécrétions lacrymales sont éliminées par le méat inférieur –

❖ **Esthétique :**

La pointe du nez et la forme des narines déterminent des types morphologiques tels que :

- le caucasien qui a une pointe projetée et des narines étroites,
- l'asiatique avec une pointe peu projetée et des narines obliques,
- le noir avec une pointe aplatie et les narines larges.

4. Rappel histologique :

a. Histologie de la peau :

La structure de la peau est complexe. Elle comprend, avec ses annexes, tous les tissus histologiques, sauf les tissus osseux et cartilagineux. Elle se subdivise en 4 régions superposées qui sont de la superficie vers la profondeur l'épiderme, la jonction dermo-épidermique, le derme et l'hypoderme. (9)

➤ L'Épiderme :

L'épiderme à la superficie est un épithélium non vascularisé. Il est constitué de

❖ 80% de kératinocytes d'origine ectodermique :

Le kératinocyte est la cellule prédominante de l'épiderme. Sa différenciation commence à la partie la plus profonde de l'épiderme, sur la lame basale. Ces cellules basales sont les seules capables de se diviser dans un épiderme normal. Après la division, une cellule fille reste sur la couche basale, l'autre va migrer vers la surface et se différencier complètement.

La partie moyenne de l'épiderme, d'épaisseur variable, est constituée de cellules polygonales, nucléées, fortement reliées entre elles par un système d'adhésion spécialisé : le desmosome.

Le desmosome donne sa résistance et sa plasticité à la peau. La couche granuleuse est la zone de transition entre la zone des kératinocytes vivants et la zone cornée du stratum corneum. Elle est ainsi nommée du fait des granules de kératohyaline.

Le stratum corneum est donc la couche superficielle de l'épiderme et est normalement constitué de cellules mortes anucléaires.

L'épiderme est dit orthokératosique. Dans certaines situations, ces cellules conservent leur noyau : l'épiderme est dit parakératosique. L'épaisseur totale de l'épiderme, et pas seulement celle du stratum corneum, diminue avec l'âge et très probablement avec l'exposition solaire (10)

❖ **20% d'autres cellules à citer :**

- Le mélanocyte : d'origine neuroectodermique, situé au niveau des couches basales et parabasales de l'épiderme, il synthétise la mélanine, pigment dont la fonction probable est de protéger les cellules en division des rayons ultraviolets (UV).
- La cellule de Langerhans : cette cellule jouerait un rôle dans l'immunité et le contrôle de la kératinisation.
- La cellule de Merkel : on pense qu'elle serait un mécanorécepteur appartenant au système neuroendocrinien

➤ **La jonction dermo-épidermique**

Comme son nom l'indique sépare l'épiderme du derme. La complexité de sa structure et son importance fonctionnelle en font une zone à part entière

➤ **Le derme :**

Véritable charpente de la peau, Il se compose de deux couches :

Le derme papillaire ou stratum papillaire : il contient : des fibres de collagène, des fibres élastiques et au sein de ce réseau de fibre les différentes cellules constitutives du derme : les fibroblastes, les mastocytes, les lymphocytes, macrophages, monocytes et polynucléaires éosinophiles. au niveau de ce derme papillaire loge aussi les plexus sous-papillaire artériels, veineux, lymphatiques, les terminaisons nerveuses, les thermorécepteurs et les mécanorécepteurs

Le derme réticulaire ou stratum réticulaire : constitue la majeure partie du derme, il est moins cellulaire que le derme papillaire et composé d'un très dense réseau de fibres de collagène et d'élastine intimement enchevêtrées et globalement orientées parallèlement aux lignes de tension cutanée, qui correspondent aux lignes de moindre extensibilité cutanée

➤ **L'hypoderme :**

C'est la couche la plus profonde de la peau séparant sans limite franche 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. Il a essentiellement une fonction d'amortisseur de chocs et de protection du froid par isolation. 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.

➤ **Les annexes de la peau :**

Elles correspondent aux glandes sudoripares et aux follicules pilo-sébacés qui sont implantées dans le derme.

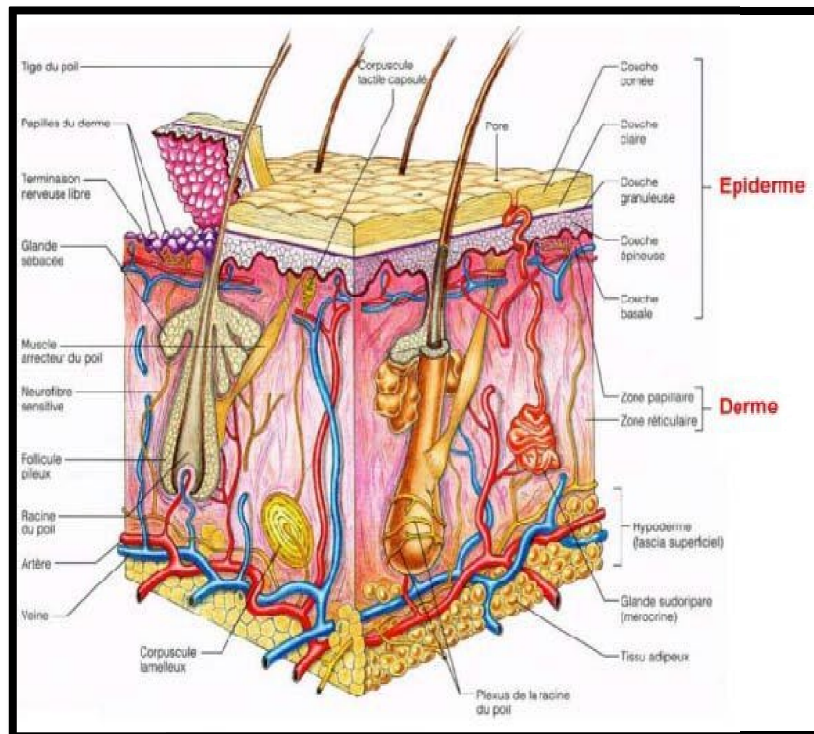


Figure 38 : Coupe histologique de la peau (11)

Les tumeurs cutanées sont très fréquentes. Toutes les structures de la peau peuvent être à l'origine de processus bénins ou malins. Les tumeurs cutanées sont si diverses qu'il est difficile de les citer de manière exhaustive. Notre travail est une tentative de décrire les lésions fréquemment rencontrées dans notre série de cas après un bref aperçu sur la classification histologique de celles-ci.

b. Tumeurs cutanées :

i. Les tumeurs cutanées bénignes:

Les tumeurs cutanées bénignes sont scindées en 3 groupes : épidermiques, annexielles et conjonctives, selon leur origine histologique. Les kystes et les naevus constituent des entités à part.

❖ **Les tumeurs cutanées bénignes épidermiques :**

Elles sont celles développées à partir des kératinocytes, et comprennent :

- La kératose séborrhéique
- Kératoacanthome
- Autres tumeurs rares : (12)
 - Acanthome à cellules claires
 - Dyskératome verruqueux
 - Acanthome fissuraire
 - Acanthome acantholytique
 - Acanthome épidermolytique
 - Acanthome à grandes cellules

❖ **Les tumeurs cutanées bénignes conjonctives**

Ces tumeurs, se forment à partir des éléments ayant comme point commun leur développement à partir des éléments propres du tissu conjonctif et de ses structures différenciées (13) . Elles se répartissent en 3 sous types :

➤ **Tumeurs fibreuses :**

Elles sont composées de :

- Histiocytofibrome
- Molluscum pendulum
- Chéloïde
- Tumeur fibrohistiocytaire plexiforme
- Dermatomyofibrome
- Fibrome périfolliculaire

- Angiofibrome
- Fibrokératome digital acquis
- Elastofibrome
- Faciite nodulaire
- Fibrome des gaines nerveuses
- **Tumeurs graisseuses :**
 - Lipomes
 - Hibernome
- **Tumeurs vasculaires (13) :**
 - Botriomycome
 - Hyperplasie endothéliale papillaire intravasculaire
 - Angiome sénile
 - Angiome serpigineux
 - Hémangioma acral arterio veineux
 - Hémangiome en cible hémosidérinique
 - Hémangiome microveinulaire
 - Angiome acquis en “touffes”
 - Hémangioendothéliome à cellules fusiformes
 - Lymphangioendothéliome bénin
 - Tumeur glomique
 - Hémangiopéricytome
- ❖ **Tumeurs cutanées bénignes annexielles :**
 - **Tumeurs pilaires**
 - ii. Tumeurs reproduisant toutes les structures du follicule pileux :
 - ✓ Hamartome pileux pur
 - ✓ Hamartome folliculaire
 - ✓ Trichofolliculome

iii. Tumeurs dérivant de l'épithélium infundibulaire

- ✓ Pore dilaté de Winer
- ✓ Tumeur de l'infundibulum folliculaire
- ✓ Porome folliculaire
- ✓ Trichoadénome
- ✓ Hamartome folliculaire basaloïde
- ✓ Fibrofolliculome

iv. Tumeurs dérivant du segment trichilemmal isthmique

- ✓ Trichilemmome

v. Tumeurs dérivant de la matrice pileuse :

- ✓ Pilomatricome
- ✓ Tumeurs trichogéniques annexielles.

vi. Tumeurs indifférenciées d'origine pileuse

- ✓ Trichoépithéliome
- ✓ Hamartome basocellulaire

➤ **Tumeurs sébacées :**

- ✓ Grains de Fordyce
- ✓ Hyperplasie adénomateuse sénile des glandes sébacées
- ✓ Hamartome sébacé
- ✓ Adénome sébacé

➤ **Tumeurs sudorales eccrines :**

- ✓ Hamartome eccrine
- ✓ Acrospiromes eccrines :
 - Hidrakanthoma simplex
 - Porome eccrine
 - "Dermal duct tumor"
 - Syringofibroadénome eccrine
- ✓ Syringomes

- ✓ Spiradénome eccrine
- ✓ Hidradénomes nodulaires eccrines
- ✓ Cylindromes
- **Tumeurs sudorales apocrines**
 - ✓ Hamartome apocrine
 - ✓ oCystadénome apocrine
 - ✓ Syringocystadénome papillifère
 - ✓ Hidradénome papillifère
 - ✓ Adénome tubulaire apocrine (14)
- **Tumeurs sudorales mixtes :**
 - ✓ Syringome chondroïde.(15)

vii. Les kystes cutanés et naevus :

❖ **Les kystes cutanées :**

On distingue 3 types :

- Kyste épidermoïde
- Kyste dermoïde
- Kyste trichilemmal

❖ **Les Naevus : (16)**

- Naevus communs
- Naevus congénitaux considérés comme pré-malignes
- Naevus particuliers :
 - Naevus en cocarde
 - Naevus sur naevus ou « naevus spilus »
 - Ostéonaevus
 - Naevus de Spitz
 - Naevus de Reed-Gartmann ou naevus à cellules fusiformes pigmenté
 - Naevus desmoplastique

- Naevus à pénétration profonde
- Naevus unguéal
- Naevus à cellules ballonnissantes
- Naevus congénitaux
- Naevus bleus

Les tumeurs cutanées bénignes constituent des entités très variées sur le plan clinique et histologique. Dans notre étude, nous avons éliminé :

- Les tumeurs cutanées infantiles d'origine vasculaire : angiome et hémangiome.
- Les tumeurs cutanées d'origine virale : condylomes et verrues.
- Les tumeurs cutanées dans le cadre d'une maladie neurocutanée : neurofibromatose et sclérose tubéreuse de bourneville.

viii. Tumeurs cutanées malignes les plus fréquentes :

- La maladie de Bowen ou CSC in situ
- Le carcinome spinocellulaire (CSC) ou carcinome épidermoïde
- Le carcinome basocellulaire (CBC)
- Le mélanome.

Nous allons analyser les formes cliniques et histologiques retrouvées dans notre série.

Le carcinome basocellulaire :

- Cette tumeur cutanée est classiquement décrite comme étant l'apanage du sujet âgé (âge moyen de survenue : 65 ans), cependant, le diagnostic d'un CBC chez le sujet de moins de 50 ans est loin d'être rare. (17,18)
- Il existe cependant des maladies génétiques rares prédisposant à leur développement comme le xeroderma pigmentosum, lié à une anomalie des enzymes de réparation de l'acide désoxyribonucléique , ou la nævomatose basocellulaire liée à une anomalie d'un gène du développement .(19)

- Le CBC apparaît le plus souvent en zone saine (pas de lésion précancéreuse). Son aspect est polymorphe avec généralement des lésions à type de papules perlées translucides de consistance ferme associées à des télangiectasies. (20)
- Les perles sont de taille variable (mm à quelques centimètres). Elles sont fréquemment associées à d'autres éléments sémiologiques : croûtes, sclérose, ulcération, pigmentation, kératose.
- Les carcinomes basocellulaires sont constitués d'une prolifération de cellules basaloïdes naissant de l'épiderme ou des follicules pileux. Ces éléments ont un noyau ovalaire, un cytoplasme peu abondant. Ils sont relativement réguliers. Les atypies sont peu nombreuses. Ces cellules forment des cordons ou travées avec en périphérie un aspect palissadique des noyaux. Il existe fréquemment des artefacts de rétraction autour des plages tumorales. Le stroma est souvent riche en mucines et élastosique.(21)
- Histologiquement, on distingue quatre formes de carcinomes basocellulaires
 - CBC nodulaire : tumeur ferme, bien limitée, lisse, pouvant simuler une lésion kystique ou s'étendre de manière centrifuge ; forme la plus fréquente ;
 - CBC superficiel : plaque érythémateuse et squameuse, bordée de petites perles parfois à peine visibles à l'œil nu et s'étendant progressivement ; il siège surtout sur le tronc ;
 - CBC sclérodermiforme: il prend l'aspect d'une cicatrice blanchâtre, dure, mal limitée, parfois atrophique.
- Toutes ces formes peuvent s'ulcérer au cours de leur évolution. La pigmentation n'a rien à voir avec l'évolution.(22)

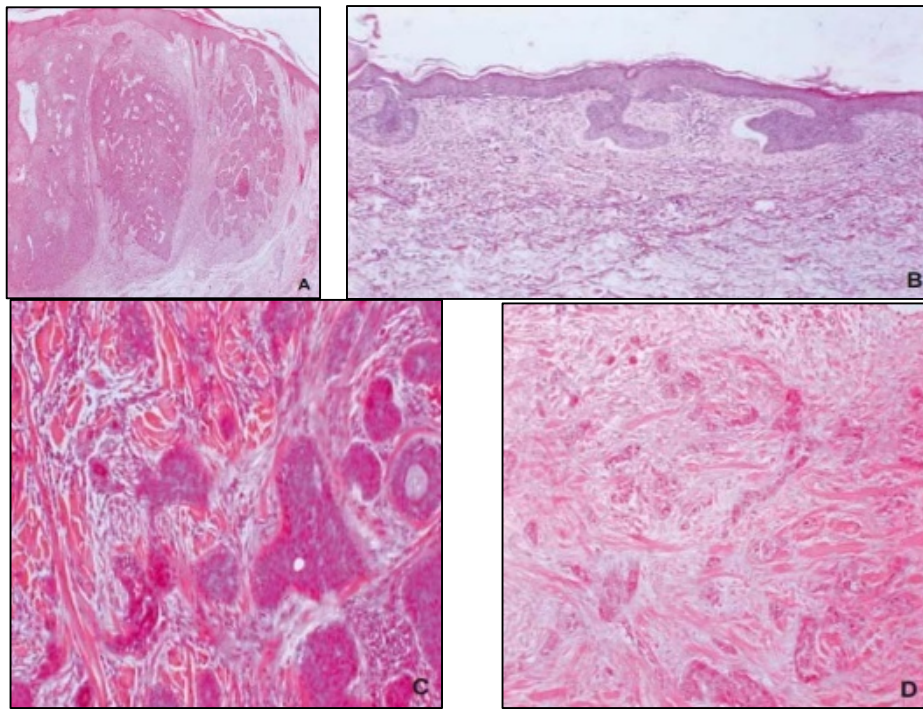


Figure 39 : Aspect histopathologique (21)

- A. Carcinome basocellulaire (CBC) nodulaire. Volumineux boyaux tumoraux formés de cellules basaloïdes bien limités en périphérie. Fente de rétraction entre les boyaux tumoraux et le stroma du derme papillaire et réticulaire.
- B. CBC superficiel : petit boyau tumoral appendu à l'épiderme sus-jacent entouré de peau normale. Noyaux agencés en palissade. Fente de rétraction entre le boyau tumoral et le stroma du derme papillaire
- C. CBC infiltrant : petits boyaux tumoraux mal limités regroupés en amas irréguliers dans le derme. D.CBC sclérodermiforme : cordons cellulaires, voire cellules isolées sans agencement palissadique dans un stroma scléreux, profondément dans le derme.
- Le pronostic des carcinomes basocellulaires est excellent dans la grande majorité des cas lorsque la prise en charge chirurgicale est radicale. Les carcinomes basocellulaires métastasent exceptionnellement bien que des cas soient décrits dans la littérature (estimé entre 0,02% à 0,5%). (23,24)
 - Selon les recommandations de l'ANAES (25), le risque de récurrence pour les CBC dépend de différents facteurs : (26)

a. **Facteurs pronostiques cliniques :**

a.1. ***Localisation :***

Le pronostic est différent selon la localisation :

La pyramide nasale est une zone à haut risque de récurrence par rapport aux autres zones tel le front, la joue, le menton, le cuir chevelu et le cou qui sont à risque intermédiaire de récurrence alors que le tronc et les membres sont des zones à bas risque de récurrence.

a.2. ***Taille :***

La taille (le plus grand diamètre de la tumeur) à partir de laquelle le risque de récurrence peut être considéré comme augmenté varie en fonction de la topographie : pour les zones à haut risque de récurrence si elle dépasse 1 cm.

b. **Facteurs pronostiques histologiques :**

Les facteurs histologiques de mauvais pronostic sont les formes agressives définies comme les sous-types sclérodermiformes et infiltrants et les formes métatypiques.

En cas d'association, le pronostic global dépend de la composante de plus mauvais pronostic.

c. **Groupes pronostiques :**

En pratique, il est proposé de distinguer 3 groupes pronostiques en fonction du risque de récurrence ainsi que du risque d'envahissement local et de la difficulté de prise en charge thérapeutique en cas de récurrence.

Ces groupes pronostiques seront utilisés pour guider les choix thérapeutiques.

Tableau VII: Groupes pronostics du carcinome basocellulaire (27).

Bon pronostic	Pronostic intermédiaire	Mauvais pronostic
-tous les CBC superficiels primaires et la tumeur de	-les CBC superficiels	-les formes cliniques sclérodermiformes ou mal

<p>Pinkus ;</p> <p>-les CBC nodulaires primaires, bien limités, de moins de 1 cm sur la zone à risque intermédiaire de récurrence et de moins de 2 cm sur la zone à bas risque de récurrence.</p>	<p>récidivés.</p> <p>-les CBC nodulaires < 1 cm sur la zone à haut risque de récurrence, > 1 cm sur la zone à risque intermédiaire de récurrence et > 2 cm sur la zone à bas risque de récurrence</p>	<p>limitées et les formes histologiques agressives ;</p> <p>-les formes récidivées (à l'exception des CBC superficiels) ;</p> <p>-les CBC nodulaires de la zone à haut risque de récurrence et de taille supérieure à 1 cm</p>
---	--	--

Tableau VIII : Groupes pronostics du carcinome basocellulaire récidivé (27)

Localisation	Taille (cm)	Sous type histologique	Marges d'exérèses latérales/ Profondes(mm)	Groupe pronostique
Dorsum nasale	8.5 cm	sclérodermiforme	5 /0.8	Mauvais pronostique
Aile du nez gauche	7.5 cm	sclérodermiforme	5.5 /0.6	Mauvais pronostique
Dorsum nasale	8 cm	infiltrant	7 / 1	Mauvais pronostique
Aile du nez + dorsum	8.5 cm	nodulaire	6 /1.2	Mauvais pronostique

Le carcinome épidermoïde :

- Le carcinome épidermoïde survient plus fréquemment chez l'homme que chez la femme.
- L'âge moyen au diagnostic est de 74 ans chez les hommes et 77 ans chez les femmes (17).
- La lésion se présente comme un nodule ferme .
- Contrairement au CBC, le CE survient souvent sur une lésion précancéreuse dont les plus fréquentes sont :
 - les kératoses photo-induites (kératoses actiniques ou solaires ou « séniles ») ;
 - les radiodermites ;
 - les cicatrices de brûlures et autres cicatrices ;
 - les plaies chroniques;
 - le lichen scléreux génital, le lichen érosif buccal ;
 - certaines lésions muqueuses virales à PVH ;
 - les leucoplasies.(19)
- Le diagnostic est suspecté par l'aspect clinique :
 - ✓ évolution chronique lentement progressive,
 - ✓ lésion en général indolore,
 - ✓ résistance à l'application de topiques locaux
 - ✓ modification d'une kératose actinique devenue ulcérée ou indurée.
 - ✓ aspect perlé d'un basocellulaire,
 - ✓ lésion ulcéro-bourgeonnante d'un spinocellulaire.
 - ✓ saignement spontané ou après grattage. (28)
- L'extension est rapide, la lésion devenant ulcérée, pouvant donner des métastases lymphatiques dans la zone de drainage. Le caractère lymphophile varie selon les lésions.(29)
- Sur le plan histopathologique, le carcinome spinocellulaire est un carcinome épidermoïde constitué de travées et de lobules de cellules malpighiennes au cytoplasme souvent

abondant, aux noyaux irréguliers en taille et en forme. La maturation kératosique est variable. Il importe de rechercher un envahissement des filets nerveux (facteur de mauvais pronostic) et des lésions de kératose préépithéliomateuses en périphérie (facteur de meilleur pronostic).(29)

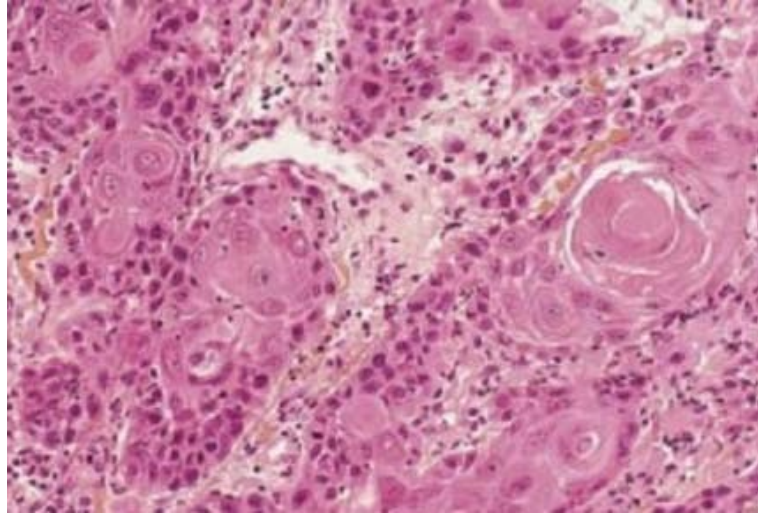


Figure 40 : Aspect histopathologique d'un carcinome spinocellulaire (coloration parhématoxyline-éosine · 200). Lobules de cellules épithéliales éosinophiles avec atypies et globe corné.

- Tous les carcinomes épidermoïdes doivent être considérés comme potentiellement agressifs et traités comme tels. Néanmoins, plusieurs facteurs pronostiques ont été identifiés. Il s'agit de la taille, de la profondeur de l'invasion, de la différenciation histologique, de la croissance rapide, de l'étiologie, du neurotropisme, de la récurrence après traitement et de l'existence d'une immuno-suppression.
- Chez l'immunodéprimé, les carcinomes épidermoïdes peuvent être plus agressifs avec un risque accru de métastases. Le risque de métastases est réel, les carcinomes épidermoïdes métastasent par voie lymphatique
- Une surveillance clinique tous les 3 à 4 mois est recommandée la première année, en particulier pour explorer les aires ganglionnaires. Elle sera ensuite espacée à deux fois par an en moyenne.(27)

II. Caractères épidémiologiques

1. Fréquence :

Les néoplasmes bénins de la peau sont fréquents. Les données de l'enquête 2006 Birmingham Royal College of General Practitioners Weekly Returns Service (WRS) montrent que ces lésions présentent une incidence annuelle de 126 pour 10 000 habitants et un taux de consultation annuel de 171 pour 10 000 habitants. (30) Tandis que les carcinomes cutanés représentent les cancers humains de l'adulte les plus fréquents au monde.

L'Incidence est en augmentation constante (allongement de la durée de vie + exposition solaire répétée) (22) :

- carcinomes baso-cellulaires : > 150 cas/100 000 habitants par an en France,
- carcinomes épidermoïdes : > 30 cas/100 000 habitants par an en France.
- Âge d'apparition : > 40 ans, sauf terrain favorisant (immunodépression, xeroderma pigmentosum — XP —, syndrome de Gorlin)

Le carcinome basocellulaire est la tumeur épithéliale maligne la plus répandue et représente le tiers des cancers dans les pays occidentaux et 75% à 80% des cancers cutanés en dehors du mélanome.(31) Ce cancer dénommé ainsi par Krompecher en 1900, représentent 75 % des cancers cutanés non mélaniques. Ils constituent l'atteinte maligne la plus fréquente au monde et leur incidence croit rapidement(32) . L'atteinte faciale représente entre 65% et 85% des cas et constitue un facteur de risque de récurrence . (18)

Au Maroc, le cancer cutané constitue un des problèmes majeurs de santé publique, car le diagnostic est souvent tardif et la prise en charge est souvent difficile et coûteuse. (33)

Le carcinome basocellulaire (CBC) y constitue 61% des cancers cutanés suivi du carcinome épidermoïde (deuxième tumeur cutanée après les CBC) dont l'incidence s'accroît de façon rapide.

La localisation faciale reste fréquente, alors que l'atteinte de la pyramide nasale est prédominante dans la plupart des séries due au caractère découvert et proéminent de cet organe facilitant son exposition aux différentes irritations, en particulier les radiations solaires. (4)

Pour G Staub et Goldberg 31% d'atteinte nasal sur 844 cas(34) , Rudolph 41% sur 363 cas (35) , une thèse effectuée au service de maxillo-facial à l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech a trouvé un pourcentage d'atteinte nasale de 19% sur 48 cas de tumeur maligne de la face (39).

Pour E.Rio 59% de localisation des lésions de la face au niveau du nez dans une série de 97 patients. (36)

Dans l'étude menée à Nantes sur une série de 87 patients, Catherine Arfi (37)a retrouvé que 62% des lésions siégeaient au niveau du nez et du sillon nasogénien.

Chez M.El haouri 53,3% des 194 patients avaient le nez comme localisation (33).

Dans notre série, 36 cas de tumeurs ont été étudiés, touchant la pyramide nasale, sur une durée de 2 ans avec une fréquence de 18 cas/an.

Tableau IX: le pourcentage de l'atteinte nasale selon les séries.

Les séries	Les pourcentages
G Staub (34)	31%
Rudolph (16)	41%
Yacoubi(38)	40%
Ennouhi Mohammed Amine (18)	53%
Thèse du service (HMA)(39)	19%
Notre série	100%

2. Age :

- L'âge moyen de nos patients était de 68 ans, avec des extrêmes allant de 38 ans à 88 ans, et une prédominance dans la tranche d'âge 50 ans à 60 ans.
- 67% sont âgés de plus de 60 ans ce qui est concordant avec les données de la littérature.

Tableau X : Comparaison entre les différentes moyennes d'âge.

Auteur	Durée d'étude	Nombre de cas	Age moyen
E.Rio et al (france)2006 (36)	10 ans (1992-2002)	97	71
F.R. Ferreira et al (Brazil)2011 (40)	2 ans (2005-2006)	132	68,5
H. Mahfoudi (fes) 2018(8)	7 ans (2010-2017)	40	62
Z Bensliman (rabat) 2020 (41)	4 ans (2016-2020)	15	62
Y. Naji (Marrakech) 2018(7)	7 ans (2010-2016)	20	57
Notre série	2 ans (2021-2022)	36	68

3. Sexe :

- La prédominance masculine est beaucoup plus nette dans notre série représentée par 67 % avec un sexe-ratio de 2 ; elle concorde avec les autres séries.
- Par contre, G. Staub (34) rapporte qu'il n'y'a pas de différence entre les deux sexes.
- En effet, Ceci peut être expliqué par la prédominance du sexe masculin dans le milieu militaire, et aussi par les habitudes vestimentaires de la femme marocaine (Djellaba, foulard...).

Tableau XI : La répartition selon le sexe.

Auteur	Sexe ratio
E.Rio et al(36)	1,7
Flavia Regina Ferreira et al(40)	1,4
Catherine Arfi CHU de Nantes (Dermatologie) (37)	1,02
Yacoubi(38)	2,8
G.Staub(34)	1,02
Mardi(42)	1,78
Notre série	2

4. Origine géographique

- Dans notre série, 83% des patients étudiés habitaient le milieu rural, par contre seul 17 % provenaient du milieu urbain. Cette répartition peut être expliquée par le biais de recrutement, par les conditions de vie assez difficile de la population concernée accentuée par le manque de moyens pour se déplacer et un faible niveau d'éducation vis-à-vis des lésions précancéreuses et de l'exposition solaire.
- Nos résultats rejoignent aussi la majorité des autres études marocaines, maghrébines et africaines.

Tableau XII : La répartition selon l'origine géographique

Origine	Mernissi (43)	M.EL haouri(33)	H.Boukind (74)	Yahya Naji (7)	Hajar mahfoudi(8)	Notre série
Rural	58%	60%	54%	80%	70%	83%
Urbain	40%	35%	46%	20%	30%	17%

5. Facteurs de risque :

a. Facteurs de risque environnementaux :

i. L'exposition solaire :

Le facteur causal le plus fréquemment évoqué est l'exposition solaire.

Le soleil est capable par le biais du rayonnement ultra-violet B et par la génération de radicaux libres d'altérer le génome des cellules épithéliales. Si ces altérations touchent les gènes clés du fonctionnement cellulaire, elles peuvent entraîner sa transformation cancéreuse.

Cette relation étroite entre le soleil et les carcinomes cutanés est illustrée par le fait que 80% d'entre eux siègent au niveau des zones photo-exposées (43).

Expositions chroniques et cumulées reçues tout au cours de la vie favorisant les CE.

Le pourcentage des patients exposés au soleil est estimé à 80 %, cela est dû au travail en plein air sans protection solaire (militaires, agriculteurs, marchands ambulants...) ce qui concorde avec plusieurs études réalisées .

Tableau XIII: La répartition selon la photo exposition.

Etude	Flavia Regina Ferreira et al (40)(Brazil)	Ahmad et Gupta (45)	Pinatell et Mojalla (France) (46)	Yahya naji (7)	Hajar Mahfoudi (8)	Notre série
Taux de patients photoexposés	70,1%	89%	95%	80%	75%	80%

ii. Tabagisme :

- Dans notre série 27 % de nos patients avaient la notion de tabagisme chronique dans leurs antécédents.
- Une association significative entre le tabagisme et le carcinome basocellulaire a été décrite chez la femme, mais pas chez l'homme. (46)
- Cependant une étude récente sur une large cohorte, ne retrouve pas d'association claire entre le tabagisme et le carcinome basocellulaire . (47)
- Concernant le carcinome épidermoïde, Il est essentiellement lié au tabac en particulier les CSC des lèvres surtout au niveau de la zone de contact avec la cigarette. (48)
- En outre le tabagisme est un facteur de risque de complications notamment infectieuses et de cicatrisation dans la chirurgie des cancers (49). Ainsi, tous les auteurs recommandent l'abstinence tabagique avant et après la chirurgie plastique, en effet le taux de complications est significativement plus bas chez les abstinents comparés à ceux qui poursuivent leur tabagisme (50).

b. Facteurs de risque constitutionnels :

iii. Le phototype :

Soumis à une exposition solaire identique, tous les individus n'ont pas le même risque de développer un cancer cutané. Le phototype caractérise la sensibilité de la peau aux rayonnements ultra-violet. Les phototypes clairs sont considérablement plus exposés aux carcinomes cutanés de la tête selon la majorité des études. Ainsi BARRO TRAORE rapporte 65 à 75% des carcinomes basocellulaires des cancers cutanés rencontrés chez les blancs et 3% des carcinomes basocellulaires des cancers cutanés rencontrés chez les noirs (51).

La couleur des cheveux rousse ou blonde, la clarté du teint, les faibles capacités de bronzage et la tendance aux coups de soleil sont les facteurs de risque de carcinomes cutanés (52,53)

Les phototypes III et IV étaient les phototypes prédominants dans notre étude avec 89% des cas suivis du phototype V qui a été retrouvé dans 11%. Dans l'étude réalisée au CHU de Fès par Mernissi (43) le phototype III était le phototype prédominant (57 % des cas), suivi par le phototype IV dans 35 % des cas, ce qui concorde avec nos résultats, donc au bout de 10 ans le morphotype n'a pas changé. Dans l'étude réalisée au Brésil par Flavia Regina Ferreira et al (40), les phototypes I et II étaient les phototypes prédominants (77% des cas), suivis par les phototypes III et IV dans 23% des cas. Samarasinghe et Madan en Angleterre (55) ont trouvé que 80,5% de leurs patients étaient caucasiens, et enfin les patients de Dumas et al en France (56) étaient tous caucasiens. Cette répartition n'est pas la même sur le plan international vu la différence du phototype prédominant dans chaque pays.

Tableau XIV: La comparaison entre les différents phototypes prédominants.

Etude	Phototype prédominant	Pourcentage
Mernissi(43)	III	57%
Flavia regina ferreira et al(40)	I et II	77%
Samarasinghe et Madan(55)	I et III	80%
Dumas et al(56)	II et III	100%
Hajar Mahfoudi(8)	III et IV	85%
Mardi(42)	V	90%
Dahmi(56)	V et VI	63%
Yahya Naji(7)	IV et V	85%

Notre série	III et IV	89%
-------------	-----------	-----

iv. Affections génétiques :

➤ **Xeroderma pigmentosum (XP):**

Maladie héréditaire à transmission autosomique récessive, caractérisée par une sensibilité pathologique aux UV liée à un déficit des systèmes enzymatiques de réparation de l'ADN. Elle se manifeste dès la première exposition où l'enfant va développer des éphélides et des macules brunes sur les zones exposées. Sans protection solaire, se développent alors des kératoses actiniques précoces, puis des carcinomes cutanés avec un décès vers la deuxième décennie. (57,58)

Dans notre série, nous n'avons aucun cas touchant la pyramide nasale sur xeroderma pigmentosum

c. Lésions précancéreuses :

A la différence du CBC, le CSC ou carcinome épidermoïde peut s'associer à une lésion précancéreuse secondaires à l'exposition solaire chronique chez des sujets prédisposés à peau claire.(23)

Dans notre série 4 cas de kératose actiniques faciales soit 11% ont été retrouvés dans notre série, 2 cas de naevus soit 5% et aucun cas de cicatrice instable, d'albinisme , de radiodermite ou de maladie de bowen .

Tableau XV: Fréquence des états précancéreux :

Lésions précancéreuses	Kavoussi et al (60)	M.Elhaouri (33)	DISANT (61)	SMAALI (62)	WAHBI (63)	Hajar Mahfoudi (8)	Notre série
Kératose actinique	40,2%	5,5%	-	-	-	5%	11%
XP	-	-	2%	-	-	5%	-
Naevus	-	-		3%	-	2,5%	5%
ATCD d'épithéliomas de la face	-	-	-	-	9%	10%	-

III. Caractères Cliniques

1. Délai de consultation :

L'analyse de nos résultats a révélé que le délai de consultation était en moyenne de 36 mois.

La majorité des études confirment ce retard important de diagnostic et de prise en charge.

Ce retard de prise en charge est dû probablement à la difficulté d'accessibilité aux soins s'y ajoute la sous-estimation et la négligence des patients des symptômes cutanés, la lenteur d'évolution des lésions en plus de la conservation de l'état général.

On a noté dans notre série quelque cas d'usage de traitement traditionnel à base de plantes, de points de feu et d'automutilation qui a non seulement fait retarder le diagnostic mais qui a aussi entrainer une aggravation loco-régionale décrite notamment par l'apparition d'une surinfection avec coulées de pus et de sérosité.

Tableau XVI: Comparaison du délai de consultation

Etude	Wahbi(63)	Compte(64)	Hajar mahfoudi(8)	EL haouri(33)	El Alami(65)	Felix Boon Bin(66)	Notre série
Durée moyenne d'évolution (en mois)	30	12	62	20	40	15	36

2. Examen clinique :

a. Siège

- La localisation des lésions était répartie comme suit : la face latérale du nez dans 18 cas (50%) , le dorsum dans 8 cas (22%) ,la pointe du nez dans 4 cas (11%) , la racine du nez dans 2 cas (5%) et les formes étendues dans 4 cas (11%).
- Donc la localisation au niveau de la face latérale du nez est la situation la plus fréquente dans notre série avec 50% des cas.

- Bien que dans la majorité de nos cas, il était difficile de localiser le point de départ vu le stade avancé des lésions.
- Par contre les séries de Compte (64) et Wahbi (63) ont trouvées la prédominance de l'atteinte des ailes du nez dans 51% et 20 % des cas. Tandis que l'étude menée par Yahya Naji(7) a mis en évidence la prédominance de l'atteinte du dorsum nasal avec un pourcentage de 45% .
- Ceci laisse supposer qu'il existe une grande vulnérabilité des faces latérales nasales vis-à-vis des facteurs favorisants par rapport aux ailes et au dorsum .

b. Taille :

- Dans notre étude la taille des carcinomes varie entre 10 mm et 50 mm, on remarque que la taille tumorale dans notre étude était plus grande par rapport aux autres études.
- Ceci peut être expliqué par le retard de consultation des patients ainsi que l'utilisation des remèdes traditionnels ayant entraînés la surinfection et la nécrose.
- Alors que les patients ayant consultés à un stade précoce ont été traités à l'hôpital du jour et ont été exclus de l'étude.
- Dans la revue de Rowe (66), les tumeurs de 2 cm de diamètre et plus ont deux fois plus de risque de récidiver localement et trois fois plus de risque de métastaser à distance à 5 ans que les tumeurs de diamètre inférieur à 2 cm. Les taux de récurrence et de métastase à 5 ans de ces dernières sont cependant respectivement de 7,4 et de 9,1 %, ce qui n'est pas négligeable(67). Plusieurs études rétrospectives et une étude prospective plus récentes vont dans le même sens.

Tableau XVII: comparaison entre la taille tumorale.

Etude	M.ELhaouri(33)	G.Staub(69)	Ennouhi Mohammed (18)	Hajar Mahfoudi(8)	Yahya Naji(7)	Notre série
Taille tumorale (en mm)	6 et 60 mm	0,5 et 130 mm	6 et 32 mm	8 et 60 mm	20 et 70 mm	10 et 50 mm

c. Aspects lésionnels :

Dans notre série l'examen des lésions tumorales, a révélé la prédominance de l'aspect bourgeonnant dans 39 % des cas suivie de l'aspect ulcéro-bourgeonnant pour 33 % des cas, puis de l'aspect ulcéreux dans 6 % de nos patients.

Les destructions dans les formes évoluées des tumeurs cutanées de la face sont sources de douleurs, de saignements, de surinfections, de destructions des organes et des structures anatomiques de voisinage.(69)

Dans notre série la lésion était douloureuse dans 28 % des cas, accompagnée de signes inflammatoires dans 28% des cas, saignante au contact chez 11% des cas. Tandis qu'aucun de notre patient n'a présenté une obstruction nasale. Cela concorde avec différentes études similaires.

Tableau XVIII : Comparaison entre l'aspect macroscopique des tumeurs.

Etude	M.ELhaouri(33)	Dakar(70)	Wahbi(63)	Yahya Naji(7)	Mahfoudi Hajar(8)	Notre série
Aspect ulcéro-bourgeonnant	43%	66,3%	-	55%	47%	33%
Aspect Ulcéré	25%	16,3%	45%	20%	18%	6%

IV. Caractères histologiques

La place de l'anatomopathologie est indiscutable dans le diagnostic des carcinomes cutanés. Ce dernier permet un diagnostic exact, un meilleur contrôle de la qualité de l'exérèse et une prise en charge adaptée.

1. La biopsie diagnostique :

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

Elle doit obéir aux recommandations suivantes :

- chaque prélèvement doit être clairement identifié, de façon à ce qu'une cartographie puisse être établie ;
- il est nécessaire d'orienter les marges (fils de suture identifiés par la couleur, le nombre de nœuds ou encrage de différentes couleurs), en cas de biopsie-exérèse ;
- il est indispensable de joindre un schéma comportant la mention des différents repères ;
- éventuellement communiquer des photographies ;
- mode d'acheminement au laboratoire : soit à l'état frais (compresse humectée de sérum physiologique) si le laboratoire est à proximité, soit fixation pour des raisons d'éloignement.(35,63,71)

L'étude histologique a été faite sur une biopsie simple chez 8 patients, la biopsie simple est convenable pour les tumeurs relativement grandes. Alors que 10 patients ont bénéficié d'une biopsie exérèse. Cette technique a été réservée pour les tumeurs de petites tailles, ou aux tumeurs non biopsiable du fait de leur taille, profondeur ou localisation.

Les indications de la biopsie simple : (72)

- Si le diagnostic clinique est incertain :
 - Simple suspicion clinique de tumeur maligne.
 - Lésion chronique évolutive ne répondant pas à un traitement topique courant.
- Si le diagnostic clinique est sûr :
 - le geste thérapeutique discuté n'est pas chirurgical.
 - le geste chirurgical prévu est complexe.
 - la lésion est localisée dans une zone où la rançon chirurgicale cicatricielle ou esthétique est importante.
 - la tumeur est de grande taille ou a des critères cliniques de mauvais pronostic

2. Types histologiques :

- Dans notre série, les carcinomes basocellulaires ont été les lésions les plus fréquentes avec 72 % des cas, pour les carcinomes spinocellulaires quant à eux, ont été retrouvés que dans 28 % des cas.

- Pour les tumeurs bénignes malheureusement on n’a eu aucun cas dans notre série cela peut être expliqué par la négligence des lésions précancéreuses et leurs sous-estimation
- Pour les mélanomes, cela peut être expliqué par sa localisation caudale fréquente dans notre contexte, en particulier la localisation plantaire.
- La prédominance des carcinomes basocellulaires concorde avec la majorité des études de nos séries de référence.

Tableau XIX: Comparaison de la fréquence des différents types histologiques selon la biopsie diagnostique.

Etude	CBC	CEC	MM
Dahmi(56)	80%	16%	4%
H.Boukind(74)	80%	122%	5%
Girich et al (74)	77%	20%	3%
L'étude de Nantes(39)	80%	11%	9%
E.Rio et al(36)	91%	9%	–
Yahya Naji(7)	95%	5%	–
Hajar Mahfoudi (8)	80%	20%	–
Notre série	72%	28%	–

3. Le sous type histologique :

a. Carcinome basocellulaire :

- Histologiquement, on distingue quatre formes de carcinomes basocellulaires : Carcinome basocellulaire nodulaire ; infiltrant ; sclérodermiforme ; superficiel et des formes plus rares : le CBC métatypique et le CBC mixte.
- Dans notre étude les CBC représentent 72% des cas :
 - 56% de ces CBC sont nodulaires
 - 17% sont infiltrants.
- Nos résultats concordaient avec les différentes données de la littérature (Tableau N°19).

- Les CBC infiltrants ont une extension infra clinique plus importante que les formes superficielles et nodulaires.
- Raison pour laquelle ils sont susceptibles d'être l'objet d'exérèses le plus souvent incomplètes.

Tableau XX : les formes histologiques des sous types du CBC.

Etude	Pinatel et Mojallal(46)	Scrivener et al(76)	L.Knani et al (77)	Yahya naji(7)	Hajar Mahfoudi(8)	Notre série
Nodulaire	80%	78,7%	94,2%	78,9%	59,3%	56%
Infiltrant	0%	0%	0%	6%	31,25%	17%
sclerodermiforme	5%	6,2%	5,8%	10,1%	9,3%	-
Superficiel	15%	15,1%	0%	4%	0%	-

b. Carcinome épidermoïde :

- Dans notre étude, on a noté 28% des cas de carcinomes épidermoïdes répartis comme suit :
 - o 16% non infiltrants : bien différenciés dans 11% des cas et moyennement différenciés dans 5% des cas
 - o 12% infiltrants tous moyennement différenciés
- Dans l'étude menée au CHU de Nantes par Anne Defline (77) les CE étaient infiltrants dans 73,3% des cas et non infiltrants dans 26,7%. Mercier(78) rapporte que les carcinomes épidermoïdes étaient tous infiltrants et indifférenciés dans 42% des cas et moyennement différenciés dans 58% des cas.

4. Limites et marges d'exérèses :

a. Carcinome basocellulaire :

- Dans notre série les marges d'exérèses variaient souvent entre 5 mm et 10 mm ce qui rejoint les données de la littérature.
- Staub et al (69) rapportait des marges d'exérèses entre 1 mm et 10 mm, alors que M.A Ennuhi (18) rapportait des marges d'exérèses entre 3 et 10 mm.

- Les limites d'exérèses dans notre série étaient toutes saines, par contre elles étaient atteintes dans 11% pour Staub et al (69) et 13% pour M.A Ennouhi (18) .
- La survenue d'une récurrence est, bien entendu, en étroite relation avec la qualité de l'exérèse, Pascal et al(79) ont étudié la survenue de récurrence en fonction de la distance plan ont étudiés la survenue de récurrence en fonction de la distance [plan d'exérèse – Tumeur] sur une durée de cinq ans, leur étude incluait 143 cas de carcinomes basocellulaires.
- Les résultats ont montré que le taux de récurrence était de 1,2 % lorsque la distance [plan d'exérèse – Tumeur] était supérieure à 0,5 mm. En dessous, le taux de récurrence était dix fois plus important (12 %) lorsque la tumeur arrivait au contact des berges. (79)

b. Carcinome épidermoïde :

- L'exérèse dans notre série était histologiquement complète les marges d'exérèses définitives étaient comprises entre 5 mm et 10 mm.
- L'étude de Brodland et al (80) et l'étude de Rowe et al (66) montrent qu'une marge de 6 mm au moins est nécessaire pour traiter les carcinomes spinocellulaires, quels que soient leur taille et leur degré de différenciation.

V. Bilan d'extension (81-83)

L'examen clinique reste la base du bilan d'extension. On apprécie l'extension en surface par l'inspection attentive de la lésion et des organes de voisinage, et par la palpation de l'induration tumorale et péri-tumorale. Il explore toutes les régions cutanées de voisinage et les aires ganglionnaires.

Il est souhaitable de reporter les constatations de l'examen clinique sur un schéma et même effectuer « un bilan photographique.

1. L'extension aux parties molles :

- L'IRM est l'examen clé pour la détection, le bilan local et le suivi évolutif, grâce à une excellente sensibilité diagnostique dans les parties molles.

- Elle permet d'évaluer de manière objective l'extension en profondeur, pour juger de la possibilité d'une exérèse tumorale et permet de réaliser des mesures cibles reproductibles pour le suivi du patient sous radio-chimiothérapie.
- Dans notre série l'IRM n'a pas été demandée.

2. L'extension osseuse :

- Lorsqu'une extension osseuse sous-jacente est suspectée, il est recommandé de réaliser une TDM avec reconstructions osseuses.
- L'atteinte osseuse sera fortement suspectée devant la présence d'une lyse osseuse et /ou d'une perméation corticale, d'une réaction périostée, d'une ostéo-condensation au contact de la lésion. Cependant, l'envahissement de l'os spongieux est mieux évalué en IRM.
- Dans notre série, la TDM a été réalisée chez 24 patients (soit 67%).

3. L'extension ganglionnaire :

- L'échographie : est plus sensible et plus spécifique que le simple examen clinique. Elle est par ailleurs non invasive, peu coûteuse et facilement reproductible mais dépend de l'opérateur.
- La TDM : visualise les ganglions tout en étant plus facile à interpréter par le clinicien. Il s'agit de l'examen de référence du fait de sa bonne définition.
- L'IRM : présente également une bonne définition et des images facilement interprétables.
- Le PET-TDM au FDG (18 fluoro-désoxy-glucose) : est performant pour le dépistage des métastases à distance, mais ne semble pas supérieur aux trois techniques précédentes pour le diagnostic des métastases ganglionnaires locorégionales.
- Dans notre série l'échographie cervicale n'a pas été faite puisque la majorité de nos patients ont bénéficiés de la TDM .

4. Classification TNM :

Après un bilan clinique et para-clinique la tumeur doit être reportée et définie selon la classification TNM de l'Union Internationale Contre le Cancer (UICC).

La classification TNM développée par l'AJCC/IUAC/UICC est commune à tous les cancers cutanés hors mélanome, et la version de 2009 (7ème édition) qui est désormais en vigueur.

La classification TNM a l'avantage de classer la lésion, mais elle ne prend pas en considération le terrain sur lequel survient la tumeur d'où la nécessité d'un bilan pré thérapeutique.

Elle utilise la taille de la tumeur dans sa plus grande dimension comme seul critère de T1 à T3, et définit le stade T4 par l'envahissement des structures profondes sous hypodermiques : cartilage, muscle strié ou os.

➤ **T – La taille tumorale :**

Tx : Renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive

T0 : pas de tumeur primitive identifiable

Tis : carcinome in situ

T1 : tumeur ≤ 2 cm dans sa plus grande dimension

T2 : tumeur $2 \text{ cm} > T > 5 \text{ cm}$ dans sa plus grande dimension

T3 : tumeur $> 5 \text{ cm}$ dans sa plus grande dimension

T4 : tumeur envahissant les structures profondes : cartilage, os ou muscle strié

➤ **N – Le statut ganglionnaire (N clinique) :**

NX : les ganglions régionaux ne peuvent être évalués

N0 : pas de métastase ganglionnaire régionale

N1 : métastase ganglionnaire régionale ≤ 3 cm dans sa plus grande dimension.

N2 : a) métastase unique dans l'aire homolatérale, de diamètre $> 3 \text{ cm} < 6 \text{ cm}$

b) métastases multiples dans l'aire homolatérale, de diamètre $> 6 \text{ cm}$

c) métastases régionales intra-lymphatiques (en transit ou satellites)

N3 : a) métastase ganglionnaire régionale > 6 cm dans sa plus grande dimension.

b) métastases bilatérales ou controlatérales

c) métastases ganglionnaires avec envahissement du facial ou de la base du crâne

➤ **M- Métastases à distance (M)**

MX : les métastases à distance ne peuvent être évaluées

M0 : pas de métastase à distance

M1 : métastase(s) à distance

Dans notre série, 57% des tumeurs de nos patients étaient classées T2, 33% classées T2 et 11% seulement classées étaient classées T4.

Aucun patient n'avait de métastases ganglionnaires ni de métastases à distance.

Dans la série de M. Szewczyk (84) (15 cas) ,13.3% des tumeurs étaient classé T1 ; 40% étaient classé T2 ; 33.3% étaient classé T3 et 13.3% était classée T4. Ce qui concorde avec les résultats retrouvés dans notre série

VI. Traitement

La chirurgie est le traitement de première intention des tumeurs primitives :

- elle permet un contrôle histologique de la pièce d'exérèse ;
- elle permet ainsi d'affirmer son caractère complet ou non.

1. Buts du traitement :

Le traitement doit répondre à certains objectifs, il doit être :

- Carcinologique : ablation complète de la lésion en respectant les marges d'exérèse relatives à chaque type de tumeur, à fin d'éviter les récives.
- Fonctionnel : assurer une bonne reconstruction des tissus réséqués pour préserver la fonction nasale.
- Esthétique : rétablir la fonction esthétique.

2. Principes du traitement :

- ✓ Information et consentement éclairé du malade,
- ✓ Pluridisciplinarité : décisions prises dans le cadre des réunions de concertation pluridisciplinaire (surtout les formes localement avancés),
- ✓ Respect des règles de la chirurgie réparatrice en allant du plus simple au plus complexe.

3. Opérabilité (85,86):

Les tumeurs cutanées sont l'apanage du sujet âgé (>50 ans) ce qui pose de véritables problèmes spécifiques de prise en charge et qui impose une évaluation complète du terrain tenant compte de tous les tares et comorbidités que présentent ces sujets.

D'un côté, la chirurgie nécessite un environnement adapté, notamment pour l'exérèse et pour la reconstruction.

D'autre côté, les problèmes liés aux fragilités du terrain (pathologies associées) rendent délicate l'anesthésie générale et la gestion des relais médicamenteux (antiagrégants plaquettaires, anticoagulants...),

Dans notre série la majorité de nos patients était des sujets âgés (supérieur à 55 ans) multi-tarés: 33% étaient hypertendus, 22% étaient diabétiques.

- L'exérèse chirurgicale s'est déroulée sous anesthésie générale, avec intubation orotrachéale pour tous nos patients.

4. Moyens thérapeutiques :

4.1. Traitement chirurgical :

a. Geste chirurgical :

a.1. La complexité de l'exérèse :

C'est particulièrement le cas des lésions de la pyramide nasale avec toutes les difficultés qu'elles posent.

Le tracé de l'incision est dessiné avant toute infiltration anesthésique, celle-ci est réalisée en périphérie de la tumeur sans l'infiltrer afin d'éviter une dissémination tumorale.

La technique d'exérèse doit être irréprochable, elle est effectuée dans de bonnes conditions avec un bon éclairage.

En respectant autant que possible les marges de sécurité.

a.2. La complexité de la reconstruction :

Il est important d'avoir établi une stratégie opératoire très rigoureuse :

- ❖ En définissant la chronologie des gestes et des installations, notamment en cas de complexité de la lésion tumorale

- ❖ En s'assurant du caractère complet de l'exérèse tumorale.
- ❖ En choisissant des procédés qui tiennent compte des traitements antérieurs (lésions associées, cicatrice de gestes antérieurs).

La prise en charge doit, (le plus souvent), faire l'objet d'une concertation pluridisciplinaire afin de choisir la meilleure stratégie thérapeutique pour le patient.

– La contre-indication ou l'abstention chirurgicale doit donc être autant documentée que l'indication chirurgicale, les principales contre-indications retenues sont :

- Une maladie proprement inextirpable souvent associée à un contexte polymétastatique.
- Amputation fonctionnelle incompatible avec une vie de relation.
- Patients très âgés avec défaillance poly-viscérale.

b. La chirurgie carcinologique :

– L'exérèse doit être carcinologique, c'est-à-dire, complète d'emblée, pour limiter le risque de récurrence locorégionale et à distance.

– Les lésions tumorales malignes sont enlevées avec une marge de sécurité latérale et profonde en raison de la fréquence de leur extension microscopique, qui est source de récurrence locale.

b.1. Les marges d'exérèses (81,87,88):

– Pour les carcinomes basocellulaires :

- ✓ la marge de sécurité est au minimum de 3 à 4 mm pour les petites lésions, elle peut passer à 10 mm voir 15 mm pour les carcinomes basocellulaires évolués ou sclérodermiformes.
- ✓ En cas d'exérèse incomplète, une reprise chirurgicale s'impose en première intention.

– Pour les carcinomes épidermoïdes :

- ✓ Marges latérales : les recommandations classiques reposent sur le travail de Brodland et Zitelli (80) indiquant qu'une marge de 4 à 6 mm suffit à éradiquer 95 % des CE de moins de 2 cm de diamètre,

- ✓ Tandis qu'une marge $> 6\text{mm}$ est nécessaire pour obtenir le même résultat pour les tumeurs de diamètre $> 2\text{ cm}$, puisque la taille tumorale n'est qu'un reflet approximatif de l'agressivité tumorale.
- ✓ Marge profonde : l'exérèse doit intéresser l'hypoderme en respectant l'aponévrose, le périoste ou le périchondre, à condition que ces structures ne soient ni au contact, ni envahies par la tumeur.

b.2. le curage ganglionnaire (89,90):

En l'absence d'adénopathie clinique et paraclinique, il n'y a pas habituellement pas d'indication à un curage ganglionnaire systématique de l'aire de drainage.

A Limoges (France), l'analyse d'une série rétrospective conduite par BESSEDE et al (91) visant 243 patients présentant des carcinomes épidermoïdes a montré que 13 malades avaient été métastatiques d'emblée ou secondairement (7 parotidiennes, 3 sous-mentales, et 3 spinales).

Dans notre série, on n'a pas noté d'atteinte ganglionnaire.

c. La chirurgie reconstructrice :

Les pertes de substance de la pyramide nasale sont assez fréquentes dans le cadre de la chirurgie carcinologique. Leur réparation pose des problèmes souvent difficiles ; deux situations différentes sont distinguées selon que la perte de substance est superficielle ou interruptrice.

Les pertes de substance superficielles sont réparées selon quatre procédés dont les deux plus fréquents sont soit une autoplastie prise sur le nez lui-même ou à partir d'un site adjacent (front, joue), soit une greffe de peau prélevée dans une région proche . (92)

Les régions de la pointe, de l'aile du nez et de la columelle peuvent être concernées par la nécessité d'une réparation de pleine épaisseur . (93)

L'enjeu est bien évidemment au premier plan esthétique, puisque la pyramide nasale est un élément essentiel de l'équilibre du visage, et que sa déformation entraîne très rapidement un préjudice cosmétique majeur . Au second plan, la restitution d'une bonne perméabilité respiratoire est également importante à prendre en compte . Les reconstructions compte des différents chan de plans et s'attacher à placer les cicatrices en zones peu visibles . (3)

Les interventions de chirurgie reconstructrice ont fait des progrès constants et la notion de reconstruction en trois plans préconisés par Tiersch a été améliorée de façon majeure par Millard, Burget et Menick, qui ont ajouté une dimension esthétique indispensable . (94)

Un certain nombre de considérations peuvent guider ce choix (12,95) :

- Terrain :
 - état général : âge, antécédents.
 - Capital locorégional tissulaire : qualité et quantité de tissus.
- Etat local et locorégionale de la perte de substance.
- Le respect des marges d'exérèses. (96,97)

Dans notre série la réparation était immédiate dans 72% des cas après avoir respecté les marges d'exérèses de chaque type tumoral.

Quatre moyens de couvertures de pertes de substances selon l'importance de l'exérèse sont à la disposition du chirurgien.

c.1. - La suture : (3,45,98-100)

La ligne de suture doit être orientée de façon parallèle aux lignes de faible tension décrites par « Langer » en 1861 correspondant aux plis cutanés naturels que l'on observe chez les sujets âgés vivants.

Toute traction excessive s'accompagne d'une distorsion inesthétique notamment au niveau des zones péri-orificielles ainsi que le risque d'élargissement cicatriciel. C'est pourquoi le décollement des berges de la perte de substance est fondamental et va permettre le glissement de la peau sur le plan profond, ce qui permet à la fois un bon rapprochement du plan dermo-graisseux et une diminution de la tension au niveau dermo-épidermique.

Les sutures se font en deux plans :

- Le plan profond : est suturé par des points séparés inversés, noués en profondeur par un fil résorbable.
- Le plan superficiel : est suturé soit par des points séparés, soit par un surjet intra-dermique par un fil non résorbable.

La suture directe est préférée pour toutes les PDS inférieures à 1 cm (3) et à chaque fois que possible si elle permet de couvrir la perte de substance sans tension excessive, sans distorsion, sans atteinte fonctionnelle des organes de voisinage et permettant d'avoir le meilleur résultat cosmétique . (45)

La fermeture par suture directe de la perte de substance a été réalisée chez 6 patients (soit 17%). Chez Kaya et al(102)la suture directe a été pratiqué chez 16 patients soit 9% des cas.

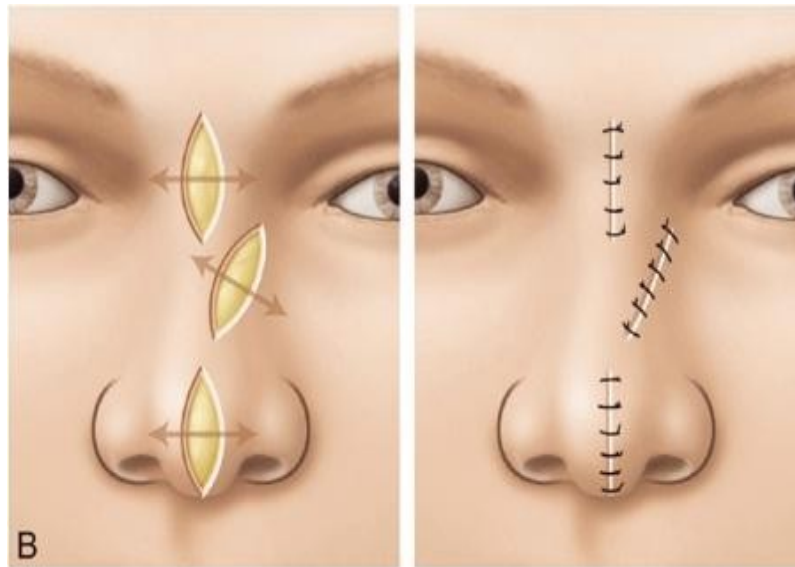


Figure 41 : exérèse - suture simple (81)

c.2-La cicatrisation dirigée : (98,99,102,103)

C'est une technique simple qui peut être proposée comme une préparation à une greffe de seconde intention ou comme solution d'attente le temps d'avoir le résultat histologique avec la certitude d'une résection tumorale totale.

Cette méthode simple n'est possible que sur un sous-sol correctement vascularisé (tissu sous cutané, muscle, périoste, périchondre) avec des bords périphériques de bonne qualité.

Le but de cette technique est d'obtenir à l'aide de pansements adaptés, un bourgeonnement de la perte de substance, qui va être le support de l'épithélialisation spontanée à partir des berges. La qualité du bourgeon est contrôlée en alternant les pansements pro-inflammatoires (avec de la vaseline) qui permettent le bourgeonnement de la perte de substance, et les pansements

antiinflammatoires (avec des corticoïdes) qui vont intervenir lorsque le bourgeon devient hypertrophique et gêne l'épithélialisation permettant ainsi son affaissement.

Dans notre série, On a opté pour la cicatrisation dirigée chez 6 patients (soit 17%) alors que Kaya et al (102) ont opté pour la cicatrisation dirigée chez 4 patients soit 2.2% des cas.

c.3. Les autogreffes :

Elles sont définies comme des portions cutanées détachées de leur site donneur et transférées sur un site receveur distant où la revascularisation sera assurée à partir du sous-sol avant l'autolyse du fragment cutané. On distingue :

La greffe de peau mince : (98,100,102,104)

Elle emporte l'épiderme et le derme papillaire, d'une épaisseur comprise entre 1.5 et 3 dixièmes de millimètre, elle nécessite un sous-sol bien vascularisé. La zone donneuse cicatrise spontanément à partir de la couche basale. Le prélèvement des greffons dermo-épidermiques se fait grâce à des dermatomes. Elle est très peu utilisée vu la rétraction et l'hyperchromie qu'elle induit.

La greffe semi - épaisse :

Elle emporte une partie du derme, mais laisse en profondeur certaines annexes épithéliales, pilaires, sudorales ou sébacées. Elle a 3- 4 à 5- 6 dixièmes de millimètre d'épaisseur. La zone donneuse cicatrise spontanément à partir des annexes épithéliales. Elle est utile chez les XP, chez qui la peau totale prend difficilement.

La greffe de peau totale ou épaisse :

Introduite par Wolfe en 1875. Intéressant l'épiderme, le derme ainsi que le chorion sous-jacent, elle doit être dégraissée pour être correctement revascularisée. Sa texture, sa couleur et l'absence de rétraction la font préférer aux greffes cutanées minces.

Dans notre série, les greffes cutanées ont été utilisées dans 12 cas (soit 33%) ce qui rejoint les résultats de Mardi (42) avec un taux de 49% et de Kaya et al (102) avec un taux de 21%. Alors que L.Knani (77) et A.Ganeval-Stoll et al (106) ont rapporté un taux moindre.

Tableau XXI : Le taux des greffes cutanées.

	A.Ganeval– Stoll et al (106)	L.Kani (77)	F.Mardi (42)	Kaya et al (102)	T. Yoon et al (107)	Notre série
taux de greffes cutanées	7%	4.8%	49%	21%	5.7%	33%

 **Les greffes composites : (91)**

La greffe tarsomarginale (technique de Hübner) est très utilisée. Le prélèvement du greffon se fait par quart de longueur toute épaisseur sur une paupière saine. La peau est ensuite enlevée en respectant une bande de 5 mm sous la bordure ciliaire, ce qui permettra un effet tenon-mortaise favorisant l'assise du greffon. Cette greffe assure la reconstruction de la lamelle postérieure.

c.4. Les lambeaux cutanés : (107,108)

➤ **Définition :**

Un lambeau est un transfert tissulaire incluant sa propre vascularisation qui est le pédicule, ce dernier est gardé définitivement ou temporairement en continuité avec la zone donneuse, ou est immédiatement anastomosé sur des vaisseaux proches de la zone receveuse.

➤ **Classification des lambeaux :**

Avant d'envisager les indications des lambeaux cutanés, il semble nécessaire de préciser d'une manière générale leurs caractéristiques permettant de les classer selon différents types .

❖ **Classification selon le type de tissu prélevé :**

Il s'agit d'une classification basée grossièrement sur l'épaisseur du tissu transposé et l'on distingue :

- Les lambeaux dermiques : n'emportant que la peau.

- Les lambeaux cutané-graisseux : comprenant la peau et la graisse sous-jacente.
- Les lambeaux fascio-cutanés : comprennent la peau, le tissu sous-cutané avec le fascia. Celui-ci constitue une lame porte-vaisseaux qui enrichit l'apport vasculaire.
- Les lambeaux musculo-cutanés : comportent outre la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, le fascia périmusculaire et le muscle. La vascularisation est alors enrichie par des perforantes musculo-cutanées.

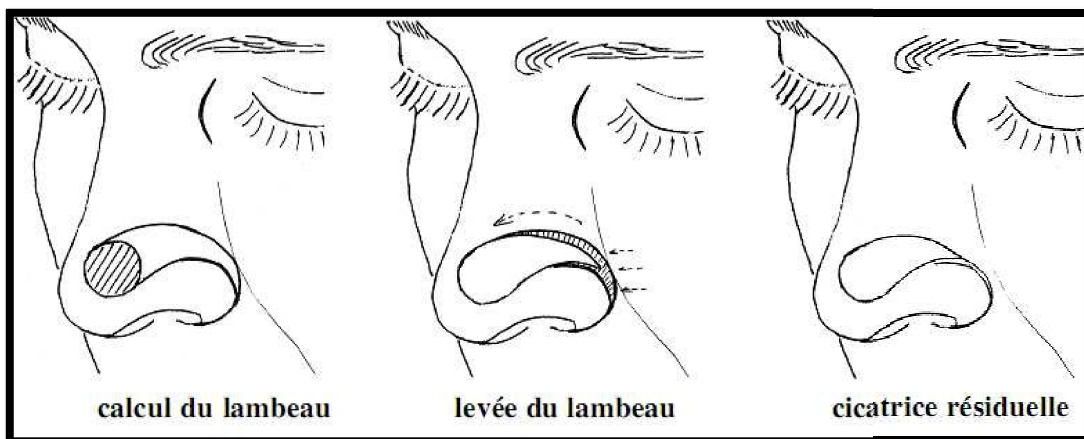


Figure 42 : Lambeau musculo cutané en îlot

❖ **Classification selon le type de pédicule :**

Les lambeaux peuvent tourner autour d'une charnière cutané-graisseuse ou fasciocutanée et on parle alors de lambeaux dits en « péninsule ».

Si l'on soulève une palette cutané-graisseuse sur un pédicule graisseux ou sur une charnière de fascia, on obtient un lambeau en « îlot ».

Enfin le lambeau peut être levé électivement sur un pédicule (artère et veines concomitantes) et on a alors un lambeau en îlot vasculaire pur.

❖ **Classification selon le mode de vascularisation :**

Les lambeaux cutanés taillés au hasard (Random- Flap) : ils sont dessinés sans tenir compte de la vascularisation tégumentaire. Le respect des règles classiques de dimensions est alors capital.

Les lambeaux axiaux « artériel flaps » : Ils contiennent au moins un axe artérioveineux anatomiquement défini dans l'épaisseur du lambeau

Selon la direction des flux, on distingue ainsi : Les lambeaux à apport antérograde (lambeau naso-génien à pédicule supérieur) et à apport rétrograde.

❖ **Classification selon le mode migratoire :**

Les lambeaux locaux ou locorégionaux : où le transfert est basé sur les qualités élastiques de la peau, on en distingue trois types selon la mobilisation des tissus :

- ***Le lambeau d'avancement :***

La perte de substance cutanée est ramenée à un rectangle.

Un lambeau rectangulaire est taillé au contact de la perte de substance.

Le lambeau est décollé à la demande jusqu'à ce que son étirement lui permette de recouvrir la perte de substance.

L'avancement du lambeau est facilité par l'excision de part et d'autre de sa base de deux triangles d'avancement .

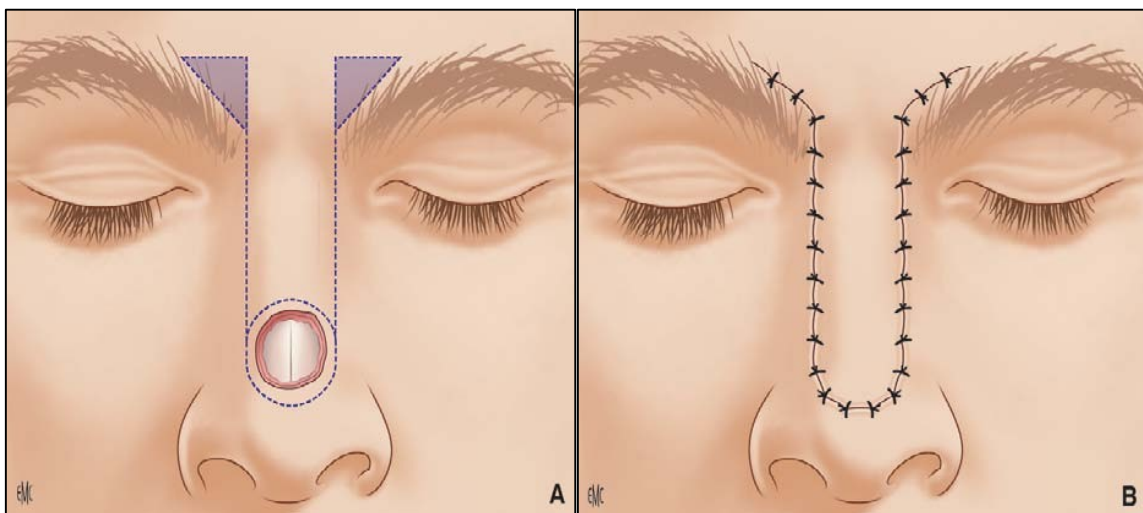


Figure 43 : Lambeau d'avancement du dorsum (A. Dessin du lambeau /B. Mise en place d'un lambeau en fin d'intervention).

- ***Le lambeau de transposition :***

Un lambeau taillé à distance d'une perte de substance, passant lors de sa mobilisation au dessus d'une zone non décollée, appelée, îlot d'arrêt, qu'il enjambe : C'est un lambeau de transposition avec « enjambement »

Lorsque le lambeau est contigu à la perte de substance, et vient directement la recouvrir sans enjambrer d'îlot d'arrêt, on l'appelle alors un « lambeau de translation ».

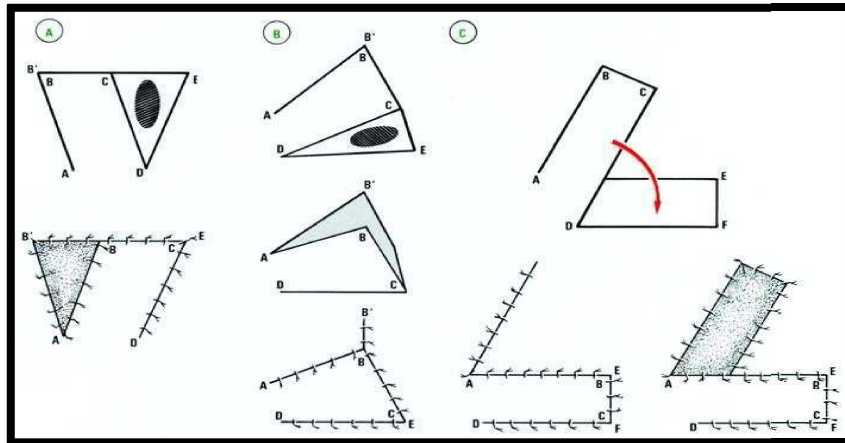


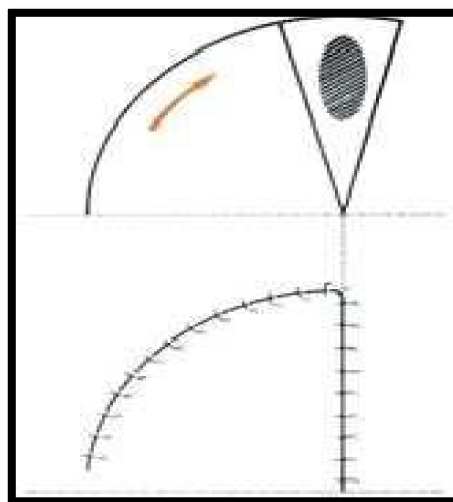
Figure 44 : Lambeaux de translation et de transposition :

(A: Lambeau de Translation avec greffe de la zone donneuse/B: Lambeau de translation avec suture directe du site donneur./C: Lambeau de transposition avec enjambement d'un « îlot d'arrêt » cutané et greffe de la zone donneuse).

- **Le lambeau de rotation :**

La perte substance est ramenée à un triangle.

Une 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 perte de substance.

Figure 45 : Lambeau de rotation simple

- ***Les lambeaux à distance :***

Correspondent à un transfert tissulaire non immédiatement adjacent à la perte de substance et nécessitent au moins deux temps opératoires avec mise en place au niveau du site receveur, puis sevrage du pédicule.

- ***Les lambeaux libres :***

Ce sont des transferts vascularisés au niveau du site receveur par un rebranchement vasculaire microchirurgical.

Dans notre série, nous avons utilisé des lambeaux cutanés pour la réparation des pertes de substances post exérèse tumorale chez 12 patients (soit 33% des cas) .

- Les indications suivant la topographie : (91,95,109,110)

- ❖ **Les pertes de substances de la partie haute du nez :**

La partie haute du nez concerne le nez osseux, les pertes de substance y sont purement cutanées, elle est constituée du dorsum et des faces latérales.

- **Le dorsum :**

- Une suture directe est possible pour une perte de substance de taille inférieure à 1 cm.
- Une greffe de peau totale au niveau du dorsum peut être envisagée et réalisée en unité esthétique à condition d'avoir un sous-sol receveur de bonne qualité.
- Plusieurs types de lambeaux peuvent être utilisés en fonction de la taille de la perte de substance :
 - ✓ Si elle est inférieure à 2cm, on peut utiliser un lambeau de Rieger .
 - ✓ Si elle dépasse 2cm, on préférera un lambeau frontal médian ou un lambeau frontal oblique

▪ **Au niveau de la région canthale :**

- Si la taille de la perte de substance est inférieure à 2 cm on choisira soit une cicatrisation dirigée, soit une greffe de peau totale, soit un lambeau glabellaire .
- S'elle dépasse 2 cm ou étendue aux régions voisines le choix d'un autre lambeau s'impose (lambeau frontal).

▪ **Au niveau de la face latérale :**

- Greffe de peau totale en unité esthétique .
- Lambeau en hachette .
- Lambeau nasogénien .

❖ **Les pertes de substances de la partie basse du nez :**

La partie basse du nez concerne le nez cartilagineux, les pertes de substances peuvent être transfixiantes, imposant une reconstruction multicouche avec un risque de surépaisseur.

La partie basse est constituée de trois parties : l'aile du nez, la pointe et lacolumelle.

▪ **L'aile du nez :**

Si la taille est inférieure à 2 cm : la reconstruction se fera par un lambeau nasogénien à pédicule supérieur .

Si la taille est supérieure à 2 cm : la reconstruction un lambeau frontal oblique .

▪ **La pointe du nez :**

▪ **Pertes de substances superficielles :**

- Greffe de peau totale en unité esthétique

- Si la taille est inférieure à 2 cm : lambeau de Rieger, lambeau d'avancement à pédicule sous cutanée .
- Si la taille est supérieure à 2 cm : lambeau frontal.

▪ **Pertes de substances profondes :**

- Lambeau frontal médian + greffe de cartilage.

▪ **La columelle :**

- Greffe composée si la perte de substance est limitée avec sous-sol conservé.
- Lambeau frontal oblique.

❖ **Les pertes de substances de la partie basse du nez :**

La partie basse du nez concerne le nez cartilagineux, les pertes de substances peuvent être transfixiantes, imposant une reconstruction multicouche avec un risque de surépaisseur.

La partie basse est constituée de trois parties : l'aile du nez, la pointe et la columelle.

▪ **L'aile du nez :**

Si la taille est inférieure à 2 cm : la reconstruction se fera par un lambeau nasogénien à pédicule supérieur .

Si la taille est supérieure à 2 cm : la reconstruction un lambeau frontal oblique.

❖ **Les pertes de substances de la moitié verticale du nez :**

Les pertes de substances d'un héli-nez sont délicates à reconstruire.

Le plus souvent, la perte de substance est transfixiante à la partie basse et impose une reconstruction multicouche avec :

- ✓ Une réfection du plan muqueux par des lambeaux de muqueuse septale
- ✓ Une réfection du plan cartilagineux avec une armature du bord libre de la narine par du cartilage de conque.
- ✓ Une réfection du plan cutané par un lambeau frontal.

D .Évaluation des reconstructions : (39)

Il existe plusieurs critères d'évaluations de la qualité de la reconstruction parmi lesquels on cite selon une étude menée au CHU Nantes :

➤ **La symétrie :**

Les reconstructions qui respectaient le plus souvent la symétrie axiale, sont la GPT, le lambeau bilobé , le lambeau de rotation-avancement et le lambeau en hachette.

À l'inverse, les lambeaux nasogéniens ,frontaux et Rybka sont ceux pour lesquels ce respect est le moins souvent observé .

Dans notre série toutes les techniques ont respecté la symétrie faciale sauf pour les lambeaux frontaux .ce qui concorde avec les données de la littérature .

➤ **La dyschromie :**

Une dyschromie était retrouvée pour les lambeaux frontaux les lambeaux nasogéniens selon l'étude menée au CHU Nantes .

Dans notre série la dyschromie a été observé chez les patients ayants bénéficiés d'une GPT et de lambeaux frontaux ce qui rejoint les données de la littérature

➤ **Contour/Surépaisseur :**

Aucune surépaisseur ou au maximum une surépaisseur modérée était observée pour les lambeaux en hachette selon l'étude menée au CHU Nantes . Par contre dans notre série une surélévation avec surépaisseur a été noté chez les patients ayant bénéficiés de reconstruction par lambeaux frontaux.

➤ **Rétraction :**

Selon l'étude menée au CHU Nantes ,une manifestation de rétraction était le moins fréquemment constaté après réalisation de lambeau en hachette et de lambeaux bilobés .De même, les lambeaux de rotation-avancement latéronasaux engendrent moins de rétraction des téguments. Les lambeaux frontaux sont plus pourvoyeurs de ce phénomène, de même que les lambeaux nasogéniens et les GPT .

Dans notre étude aucun cas de rétraction n'a été noté.

➤ **L'Échelle d'évaluation des cicatrices (VSS)**

Les scores VSS moyens les plus faibles ont été obtenus selon l'étude menée au CHU Nantes pour les lambeaux frontaux (VSS moyen = 1,8 0,9), les lambeaux de rotation-avancement latéronasaux (VSS moyen = 1,8 0,8) et les lambeaux bilobés (VSS moyen = 1,9 1,1). Les GPT et lambeaux de Rybka, avec des VSS moyens respectifs de 5,5 0,7 et 4,0 1,4, étaient les reconstructions avec les scores les plus élevés.

➤ **Le Score esthétique global (SEG)**

Les SEG moyens les plus faibles ont été obtenus pour les lambeaux de rotation-avancement latéronasaux (SEG = 3,6), les lambeaux bilobés (SEG = 4) et les lambeaux en hachette (SEG = 4,13). À l'inverse, les GPT (SEG = 8,5) selon l'étude menée au CHU de Nantes, les lambeaux de Rybka (SEG = 8,5) et nasogénien (SEG = 6,5) étaient à l'origine des SEG les plus élevés.

4.2. Traitement adjuvant : (24,27,111-119)

Actuellement, on admet que la résection chirurgicale avec contrôle des marges de résection est le gold standard de la prise en charge thérapeutique des carcinomes cutanés.

Toutefois, le traitement complémentaire trouve toujours son indication pour les tumeurs inéligibles pour la chirurgie notamment en cas de mauvais état général par exemple, ou lorsque la chirurgie entraîne des conséquences trop lourdes refusées par le patient.

a) **Les moyens :**

a.1. La radiothérapie :

La radiothérapie (RT) est l'utilisation de radiations ionisantes dans le traitement des cancers, selon deux modalités principales : radiothérapie externe et curiethérapie interstitielle.

➤ **La radiothérapie de contact :**

Elle utilise un rayonnement qui s'amortit rapidement dans les couches sous-jacentes. Elle se déroule en plusieurs séances sans hospitalisation. La radiothérapie interstitielle : curiethérapie

Elle utilise des fils d'iridium 192 ou de césium, qui sont placés en position sous-cutanée sur toute la zone d'extension de la tumeur.

Elle nécessite une hospitalisation de quelques jours en secteur protégé.

La radiothérapie est contre-indiquée, en cas de syndromes génétiques prédisposant aux cancers cutanés du type névomatose basocellulaire et Xéroderma pigmentosum.

La radiothérapie n'est pas recommandée :

- _ Chez les sujets de moins de 60 ans.
- _ Comme traitement des CBC sclérodermiformes.

➤ **La radiothérapie interstitielle : La curithérapie**

Elle utilise des fils d'iridium 192 ou de césium, qui sont placés en position sous-cutanée sur toute la zone d'extension de la tumeur. Elle nécessite une hospitalisation de quelques jours en secteur protégé. Dans notre série aucun de nos patient n'a reçu de cure de radiothérapie .Par contre de H.Khlif (24)et L.Kani (76) ont utilisé la radiothérapie pour un taux plus élevé de patients (27,7%) .

a.2. La chimiothérapie :

Elle est essentiellement indiquée lors de l'existence de métastases, plus rarement lors de récives d'un carcinome baso- ou spinocellulaire. Ce traitement général doit être conduit par des médecins oncologues. Dans notre série, aucun patient n'avait reçu une chimiothérapie.

a.3. Autres traitements :

- La Cryochirurgie et le laser peuvent être proposés pour des tumeurs de petites tailles mais leur principal inconvénient comme pour la radiothérapie reste qu'ils ne permettent pas l'analyse des limites.

En effet il n'est pas possible de contrôler la qualité d'exérèse du point de vue carcinologique.

- La thérapie ciblée : le Vismodegib un inhibiteur de la voie de signalisation hedgehog, est une nouvelle option thérapeutique dans les carcinomes basocellulaires localement avancés pour lesquels la chirurgie ou la radiothérapie ne sont pas appropriés. Sa prescription doit faire l'objet d'une décision en réunion de concertation pluridisciplinaire.
- Il a montré une efficacité dans les carcinomes basocellulaires localement avancés (45% à 60 % de bonnes réponses).

b) Les indications :

L'indication thérapeutique varie en fonction du type histologique et l'étendue de la tumeur.

b.1. Carcinome basocellulaire :

- La radiothérapie :

Il faut réserver l'usage de la radiothérapie aux cas dans lesquels la chirurgie n'est pas possible (contre-indication chirurgicale, difficultés chirurgicales, refus du malade).

Dans ce cadre, les meilleures indications retenues sont :

- ✓ les carcinomes basocellulaires avec exérèse incomplète ;
- ✓ les carcinomes basocellulaires récidivants ;
- ✓ les carcinomes basocellulaires nodulaires d'une taille inférieure à 2 cm de l'extrémité céphalique ;

La radiothérapie n'est plus recommandée chez les sujets de moins de 60 ans comme traitement des carcinomes basocellulaires surtout de type sclérodermiformes.

➤ **La chimiothérapie :**

Elle peut trouver son indication dans les formes très avancées imposant un geste trop délabrant, elle permet parfois des remissions ou des réductions de taille avant un traitement chirurgicale.

Elle repose sur l'utilisation de cisplatine et de doxorubicine.

➤ **Autres :**

La cryothérapie : est également efficace sur les lésions de petite taille, mais comme la radiothérapie, souffre de l'absence de contrôle histologique de la qualité du traitement.

Le vismodegib : indiqué dans les carcinomes basocellulaires avancés, il ne permet que rarement d'obtenir une rémission complète et son effet n'étant que suspensif, l'arrêt du traitement expose aux récives.

b.2. Carcinome épidermoïde :

➤ **La radiothérapie :**

Elle ne doit en aucun cas se substituer à la chirurgie en première intention.

Il peut s'agir d'un traitement adjuvant ou dans de rares cas d'un traitement de première intention chez les patients âgés ou à risques (patients inopérables).

➤ **La chimiothérapie :**

Les carcinomes épidermoïdes sont considérés comme peu chimio-sensibles.

La chimiothérapie ne sera donc réservée qu'aux formes inopérables d'emblée (atteinte d'un organe vital), en association éventuellement à la radiothérapie, ou pour les formes métastatiques, la chimio-réduction préopératoire des carcinomes épidermoïdes de grande taille est intéressante

➤ **L'électrocoagulation, la cryochirurgie ou le laser CO2 :**

Ne peuvent s'adresser qu'à des lésions superficielles (kératoses actiniques ou maladie de Bowen) et ont l'inconvénient de ne pas permettre de contrôle histologique du geste thérapeutique.

VII. Pronostic :

Dans notre série, aucun patient n'a présenté de récurrences par contre L.Kani (76) et G.Staub (68) et al ont rapporté un taux moindre de récurrences . Celles-ci ont été notées chez des patients ayant présentés des CBC localement avancés, réunissant des facteurs de mauvais pronostics selon l'ANAES.

VIII. Prévention (28,86,120,121)

Il s'avère nécessaire d'instaurer des mesures de prévention afin :

- ✓ D'éviter la survenue de cette affection en premier lieu en agissant sur les différents facteurs de risque,
- ✓ De guetter les lésions précancéreuses sur un terrain prédisposé
- ✓ Et finalement préconiser une stratégie thérapeutique bien codifiée lorsque la lésion carcinomateuse s'est déjà installée.

Malheureusement et contrairement à toutes les autres localisations tumorales et malgré sa gravité et son coût lourd pour la société, le cancer de peau manque toujours d'un système de lutte solide d'où le rôle primordiale de la prévention .

➤ **La prévention primaire :**

C'est l'ensemble des mesures destinées à éviter la survenue d'une pathologie en agissant sur les principaux facteurs de risque modifiables.

La prévention primaire passe par l'éducation du public sur les risques d'une exposition solaire excessive. Les recommandations sont les suivantes :

- ✓ la protection solaire de la peau pour l'ensemble de la population et plus fortement pour les personnes ayant un phototype à risque,
- ✓ l'exposition progressive au soleil en début de vacances,
- ✓ le port de vêtements légers et de chapeaux,
- ✓ l'application renouvelée de crèmes de protection solaire avec un coefficient de filtration des rayons UV en fonction du phototype,
- ✓ la limitation de l'exposition des enfants, plus particulièrement en milieu de journée et en surface réverbérante (plage, navigation, randonnée et ski de montagne).
- ✓ La prévention primaire passe obligatoirement par la minimisation de l'exposition solaire qui doit commencer dès l'enfance, il existe diverses façons pour se protéger des effets néfastes des UV :

➤ La prévention secondaire :

La prévention secondaire est un aspect essentiel de la prise en charge des cancers cutanés. Elle s'adresse à des individus qui ne présentent pas encore les symptômes de la maladie mais qui présentent déjà un risque de développer la maladie.

Le dépistage consiste à rechercher de façon systématique dans une population en bonne santé les porteurs de symptômes latents.

Il est recommandé au patient traité pour un premier cancer, une auto surveillance et un examen médical périodique de tout le revêtement cutané. Des photographies permettent de surveiller les personnes ayant des kératoses ou des lésions cutanées multiples.

Les kératoses doivent être traitées avant leur transformation en cancers invasifs.

➤ La prévention tertiaire :

Elle concerne :

- Les soins palliatifs ;
- La réadaptation fonctionnelle ;
- La réinsertion sociale et professionnelle ;
- Le soutien psychologique.

IX. Recommandations :

A la lumière des données de notre travail et de ses limites, nous suggérons l'acquisition de nouvelles attitudes dans la prise en charge globale des carcinomes cutanés de la pyramide nasale :

- ✓ Encourager la prévention primaire qui s'adresse au grand public.
- ✓ Sensibiliser la population sur les dommages engendrés par l'exposition solaire.
- ✓ Sensibiliser la population du risque engendré par l'utilisation des traitements traditionnels à base de plantes et par l'automutilation des éruptions cutanés.
- ✓ Informer les patients à risque sur les moyens de protection.
- ✓ Mettre à disposition les moyens de protection solaire dans certaines professions.
- ✓ Proposer un dépistage de masse chez les sujets définis comme à haut risque de survenue de cancer cutané.
- ✓ Etablir un diagnostic précoce pour une prise en charge spécialisée rapide et efficace en raccourcissant les délais de consultation et de chirurgie.
- ✓ Multiplier les centres spécialisés pour mieux prendre en charge cette pathologie.
- ✓ Encourager les concertations multidisciplinaires pour une meilleure prise en charge.
- ✓ Généraliser la couverture médicale pour permettre et faciliter l'accès aux soins de la population.
- ✓ Etablir un calendrier de surveillance pluridisciplinaire pour permettre une réinsertion psychosociale et professionnelle de ces patients.

Ceci ne peut être réalisable que par la volonté et l'implication des autorités de tutelles.



CONCLUSION



Les carcinomes cutanés du nez appartiennent à un cadre nosologique tout à fait particulier. Chaque cas doit être examiné de manière exhaustive sans parti pris.

Dans notre contexte africain en général, ce genre de tumeur représente notre vécu quotidien. Le diagnostic repose essentiellement sur la clinique et l'histologie par exérèse dans la plupart des cas.

Un recours à l'imagerie permet de rechercher une extension aux structures sous-jacente, aux organes nobles et des métastases à distance.

La chirurgie reste la pierre angulaire en matière de traitement des carcinomes cutanés du nez. L'exérèse carcinologique est le seul garant d'un pronostic valable.

La reconstruction immédiate confère un traitement en un seul temps mais au prix d'une incertitude diagnostique, alors que la réparation différée reste plus sûre mais plus astreignante.

Les procédés de reconstruction classiques ne sont pas toujours applicables à ces patients. Il s'agit alors de proposer une réparation sûre et rapide. En une quinzaine d'années, la qualité esthétique des reconstructions nasales a atteint un niveau qui était impensable auparavant. En affinant l'étude de l'anatomie, avec une application rigoureuse du principe des sous-unités esthétiques et leur obstination à faire le maximum en un temps, ils ont apprivoisé les phénomènes de rétraction cicatricielle pour s'en faire des alliés qui magnifient le modelé du nez reconstruit. La sélection des meilleurs lambeaux, non seulement pour leur fiabilité, mais aussi pour leur souplesse, leur texture, leur couleur, le raffinement dans la restauration de la charpente, un meilleur emploi des conformateurs, feront encore progresser cette chirurgie dans les années à venir.

La prise en charge psychologique du patient opéré est un volet important du traitement, elle permet d'aider le patient à supporter le vécu de la défiguration.

Le suivi post-thérapeutique régulier est essentiel afin de détecter et de traiter à temps toute complication ou récurrence tumorale. Une éducation sanitaire est nécessaire afin de sensibiliser les patients sur les lésions précancéreuses et les méfaits de l'exposition solaire. Seul le dépistage, le diagnostic précoce et l'accessibilité aux soins permettront d'éradiquer ces tumeurs historiques.



ANNEXES



Annexe 1 : Fiche d'exploitation

1) Données épidémiologiques :

a) Identité :

- i) Numéro dossier :
- ii) Age :
- iii) Sexe : Féminin Masculin
- iv) Profession :
- v) Phototype selon la classification de FITZPATRICK : Grade I Grade II Grade III Grade IV Grade V Grade VI
- vi) Niveau socio-économique : Bas Moyen Elevé
- vii) Origine géographique : Rural Urbain

b) Antécédents :

- i) Diabète : Oui Non
- ii) HTA : Oui Non
- iii) Tuberculose : Oui Non
- iv) Cancer cutané : Oui Non
- v) Lésion cutanée précancéreuse : Kératose actinique Albinisme
Naevus xeroderma pigmentosum Aucune lésion
- vi) Prise en charge antérieure de lésion précancéreuse (électrocoagulation, exérèse, cryothérapie) : Oui Non
- vii) Tabagisme : Oui Non
- viii) Exposition solaire : intense et intermittente Longue durée
- ix) Cas similaire dans la famille :
- x) Notion d'Infections cutanées : HPV staphylocoque aureus EBV
HIV virus herpétique associé au sarcome de kaposi Bacille de Hansen
- xi) Autre :

2) Motifs de consultation :

3) Circonstances diagnostiques :

- a) Début des symptômes : Aigu Subaigu Chronique
- b) Délai de consultation :
- c) Lésion élémentaire : Nodule papule macule végétation verrucosité
 autre :

d) Localisation initiale :

e) Signes fonctionnels :

- i) Obstruction nasale : Oui Non
- ii) Rhinorrhée : Oui Non
- iii) Epistaxis : Oui Non
- iv) Douleur : Oui Non
- v) Tuméfaction nasale : Oui Non
- vi) Déformation nasale : Oui Non
- vii) Lésions cutanées : Oui Non
- viii) Prurit : Oui Non
- ix) AEG :
- x) Autre :

f) Evolution :

- i) Durée d'évolution :
- ii) Aggravation locale :

4) Examen clinique :

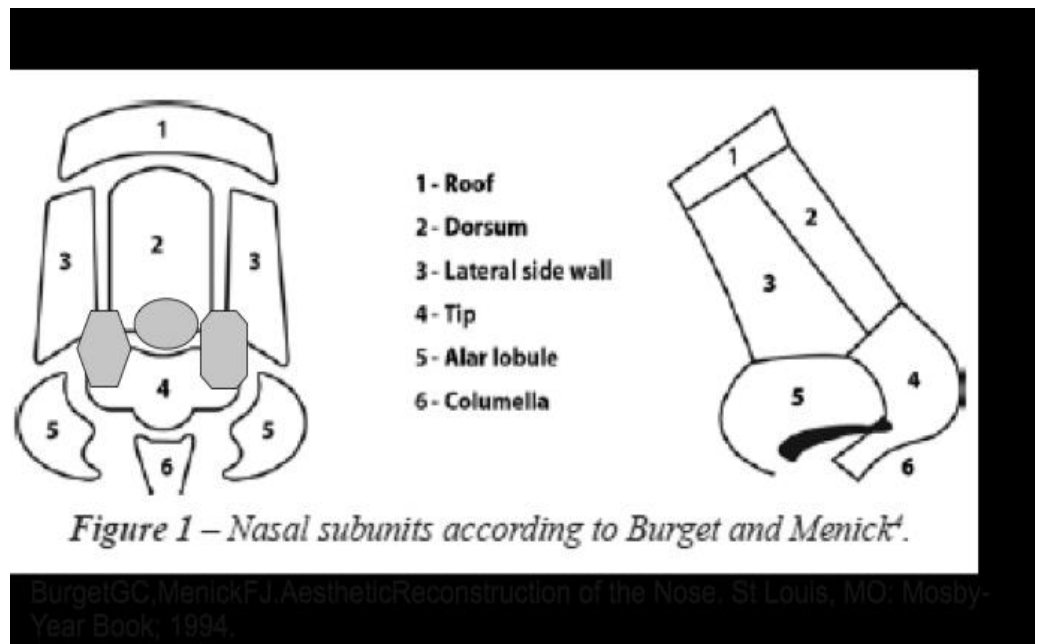
a) Examen général :

- i) Etat de conscience :
- ii) Stabilité HD et respiratoire :
- iii) Autonomie par score OMS :

b) Examen local :

i) *Inspection* :

(1) Siège selon la topographie de BURGET



(2) Nombre : Unique multiple

(3) Morphologie :

(a) Ulcération : Oui Non

(b) Nécrose : Oui Non

(c) Ulcéro-bourgeonnante : Oui Non

(d) Bourgeonnement : Oui Non

(e) Surinfection : Oui Non

(4) Couleur et pigmentation :

ii) Palpation :

(1) Consistance : Ferme Molle Solide

(2) Mobilité en surface et en profondeur :

(3) Saignement au contact :

(4) Ecoulement purulent provoqué :

(5) Extension des lésions et mensurations :

c) Examen locorégional :

i) Examen de la parotide : Normale Nodulaire

ii) Etat cutané aux alentours :

(1) Région frontale :

(2) Région jugale :

d) Examen des aires ganglionnaires (extension)

Groupes ganglionnaires	Homolatéraux (taille en cm)	Controlatéraux (taille en cm)
1. Sous mentonier		
2. Jugulocarotidien		
3. Prétragien		
4. Sus-claviculaire		
5. Spinal		

e) Examen ORL :

- i) Inspection :
- ii) Rhinoscopie :

f) Reste de l'examen clinique à la recherche d'une localisation secondaire :
neurologique

Pulmonaire
Osseux
Abdominal

g) Iconographie :

- i) Schéma daté :
- ii) Photos :

5) Paraclinique :

a) Biopsie avec examen anatomopathologique à but diagnostique :

- i) Type de biopsie : simple biopsie exérèse

- ii) Résultat anatomopathologique :

Type histologique : Spinocellulaire Basocellulaire

Mélanome sarcome Autre :

Sous type histologique :

Degré de différenciation : différencié moyennement différencié indifférencié

b) Préparation du malade :

- i) Bilan préop
- ii) CPA

c) Radiologique :

- i) Extension locale :
TDM faciale reconstruction 3D avec des coupes coronales
- ii) Locorégionale :
TDM cervico-faciale
- iii) À distance : Rx thorax, échographie abdominale , TDM TAP
Systématique
Selon les points d'appels si présence, lequel ?

6) Classification TNM :

T	N	M	2 ^{ème} localisation présente au premier bilan

7) Traitement :

- BUT du traitement :**
- reconstruire
 - Respecter l'unité esthétique
 - Respecter l'unité Fonctionnelle

Moyens thérapeutiques :

a) Traitement chirurgical :

- i) Type d'anesthésie :
Locale générale
- ii) Exérèse tumorale
Complète incomplète
- iii) Marge de sécurité en mm :
- iv) Résultats d'exérèse :
- v) Curage ganglionnaire : De nécessité De principe

- b) Mode de réparation de la perte de substance :** Directe Différée
- i) Suture directe :
- ii) Cicatrisation dirigée : En vue d'une greffe En vue d'une ré-épithétisation
- iii) Greffe cutanée : Type :
- iv) Lambeau : Libre pédiculé type
- c) Traitement carcinologique supplémentaire :** Radiothérapie Chimiothérapie

Indications :

.....

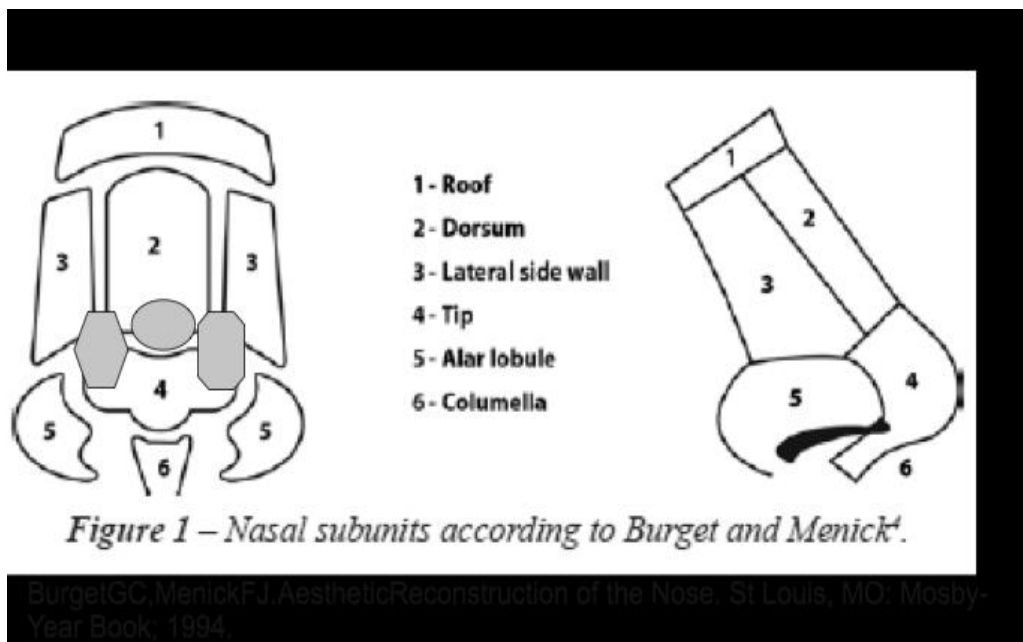
8) Evolution :

- a) Suites opératoires :** simples Complications
- i) Immédiate : saignement hématome infection nécrose cutanée
- ii) Moyen terme :
- Résultat esthétique : mauvais moyen bon
 - Résultat fonctionnel : mauvais moyen bon
 - Résultat carcinologique : mauvais moyen bon
- iii) Long terme : Récidive Reprise thérapeutique
- b) Rythme de surveillance selon le type histologique :** Oui Patient perdu de vue
- i) Rythme de surveillance clinique :
- ii) Rythme de surveillance radiologique :

Annexe 2 : La 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 foncé, cheveux noirs, yeux noirs.
Phototype VI	Peau noire, cheveux noirs, yeux noirs.

Annexe 3 : Les sous unités nasales selon la topographie de BURGET





RÉSUMÉS



Résumé :

Les tumeurs cutanées de la pyramide nasale sont un groupe hétérogène de pathologies disposant d'un polymorphisme clinique et histologique.

L'entité maligne représente la pathologie tégumentaire la plus fréquente dans la pratique quotidienne du chirurgien maxillo-plasticien. La localisation nasale dans les formes évoluées pose un problème de prise en charge tant sur l'exérèse chirurgicale que sur la reconstruction. Cette localisation est pourvoyeuse de préjudices esthétiques, et engage le pronostic fonctionnel et aussi vital dans les formes mutilantes évoluées.

Notre travail est une étude rétrospective, descriptive et analytique sur 2ans, portant sur 36 cas de carcinomes cutanés du nez colligés au service de chirurgie réparatrice , esthétique et des brûlés à l'hôpital Kortobi de Tanger durant la période allant d'octobre 2020 à Octobre 2022.

Cette étude a consisté en une analyse épidémiologique-clinique, histologique, thérapeutique et évolutive de ces tumeurs dans notre structure.

L'âge moyen de nos patients au moment de découverte de la tumeur est de 68 ans avec des extrêmes d'âge allant de 38 ans à 88 ans avec une concentration des cas (50%) dans la tranche d'âge 60-79 ans. Concernant le sexe on trouve une prédominance masculine avec un sexe ratio H/F=2.

Tenant compte de leur âge, la plupart des patients était des militaires en retraite à la date de leur consultation, mais la majorité avait exercé un métier en plein air, donc avaient été régulièrement exposés au soleil. La majorité de nos patients provenaient du milieu rural, soit 83% des cas.

Le phototype prédominant était le phototype III (56%). Le tabagisme a été noté chez 6 patients. L'exposition solaire est retrouvée de façon importante chez 80% dans notre série liée à

une activité professionnelle exercée en plein air. La kératose actinique faciale était l'état précancéreux le plus rencontré (11%) suivis de deux cas de naevus (5%).

La plupart de nos patients se sont présentés pour des lésions nodulaires chronique suspectes (56%) avec des signes inflammatoires (28%), alors que d'autres se sont représentés pour des lésions infectées avec un aspect cellulitique (22%), un aspect de nécrose (11%), la plupart de ces malades se sont directement adressés à notre service. Le délai entre l'apparition de la lésion tumorale et la consultation était compris entre 12 mois et 5 ans (soit 60 mois) avec une moyenne de 36 mois. Toutes les zones de la pyramide nasale ont été concernées avec une concentration des lésions au niveau des faces latérales du nez avec un pourcentage de 50%.

L'aspect microscopique des lésions était bourgeonnant dans la majorité des cas (39%). L'étude histologique a été faite par biopsie préalable à l'exérèse chirurgicale dans 44% le type histologique le plus fréquent était le CBC (72%), suivi par le CEC (28%). Pour le CBC, le sous type histologique le plus fréquent et le CBC nodulaire (78%). Les tumeurs étaient classées T2 dans 55% des cas.

L'exérèse tumorale a été la règle chez tous nos patients en respectant une marge de sécurité adaptée à chaque type histologique et la taille tumorale. Cette exérèse a été réalisée selon un dessin préétabli délimitant les marges de l'exérèse, elle a été faite sous anesthésie générale dans la plupart des cas(67%) . Les marges de l'exérèse étaient saines dans 100% des cas. Le procédé de réparation a été adapté au siège et à l'importance de la perte de substance. La reconstruction a été immédiate chez la plupart de nos cas (72%), elle a fait appel à des greffes cutanées dans 12 cas , à des lambeaux locorégionaux et à distance dans 12 cas , à la cicatrisation dirigée dans 6 cas et enfin à la suture directe dans 6 cas . Pour le traitement complémentaire à base de radiothérapie ou de valorisation n'a pas été retenu.

L'évolution a été généralement favorable. Aucun cas de récurrence n'a été noté.

Le pronostic de ces tumeurs est à la fois fonctionnel, esthétique et psycho social. Il ne peut être amélioré que par le dépistage précoce et des mesures de prévention primaires, secondaires et tertiaires.

ABSTRACT :

Cutaneous tumors of the nasal pyramid are a heterogeneous group of pathologies with clinical and histological polymorphism. The malignant entity represents the most frequent cutaneous pathology in the daily practice of the maxillofacial surgeon. Nasal location in advanced forms poses a problem for management, both in terms of surgical excision and reconstruction. This location is a source of aesthetic prejudice, and it engages functional and vital prognosis in advanced mutilating forms.

Our work is a retrospective, descriptive, and analytical study over two years, covering 36 cases of skin carcinomas of the nose collected at the reconstructive, aesthetic, and burn surgery department at Kortobi Hospital in Tangier during the period from October 2020 to October 2022. This study consisted of an epidemiological, clinical, histological, therapeutic, and evolutionary analysis of these tumors in our structure.

The mean age of our patients at the time of tumor discovery was 68 years with age extremes ranging from 38 to 88 years, with a concentration of cases (50%) in the age group of 60–79 years. Regarding sex, there was a predominance of males with a male/female sex ratio of 2.

Taking into account their age, most of the patients were retired military personnel at the time of their consultation, but the majority had worked in an outdoor environment and had therefore

been regularly exposed to the sun. The majority of our patients came from rural areas, accounting for 83% of the cases.

The predominant phototype was phototype III (56%). Smoking was noted in 6 patients. Sun exposure was found to be significant in 80% of our series linked to outdoor work. Actinic keratosis of the face was the most common precancerous state encountered (11%), followed by two cases of nevi (5%).

Most of our patients presented with chronic nodular lesions (56%) with inflammatory signs (28%), while others presented with infected lesions with a cellulitic aspect (22%) or a necrotic aspect (11%). Most of these patients directly referred themselves to our department. The time between the appearance of the tumor lesion and consultation was between 12 months and 5 years (i.e., 60 months) with an average of 36 months. All areas of the nasal pyramid were affected, with a concentration of lesions on the lateral sides of the nose, accounting for 50% of cases.

The microscopic appearance of the lesions was budding in the majority of cases (39%). Histological analysis was done by prior biopsy before surgical excision in 44%. The most frequent histological type was CBC (72%), followed by SCC (28%). For CBC, the most frequent histological subtype was nodular CBC (78%). The tumors were classified as T2 in 55% of cases.

Tumor excision was the rule for all our patients, respecting a safety margin adapted to each histological type and tumor size. This excision was performed according to a pre-established design defining the excision margins, and it was done under general anesthesia in most cases (67%). The excision margins were healthy in 100% of cases. The repair procedure was adapted to the site and the extent of the tissue loss. Reconstruction was immediate in most of our cases (72%), using skin grafts in 12 cases, local and distant flaps in 12 cases, directed healing in 6 cases, and direct suture in 6 cases. Complementary treatment based on radiotherapy or valorization was not retained.

The evolution was generally favorable. No cases of recurrence were noted. The prognosis of these tumors is both functional, aesthetic, and psychosocial. It can only be improved by early detection and necessary measures.

ملخص :

الأورام الجلدية لهرم الأنف هي مجموعة متنوعة من الأمراض ذات التشخيص السريري والنسجي. تمثل الكيان الخبيث أكثر الأمراض الجلدية شيوعًا في الممارسة اليومية للجراحة الوجهية والفكية. تشكل الموقع الأنفي في الأشكال المتقدمة مشكلة في الإدارة ، سواء من حيث الاستئصال الجراحي أو إعادة البناء. يشكل هذا الموقع مصدرًا للحيف الجمالي ، ويؤثر على النتائج الوظيفية والحيوية في الأشكال المشوهة المتقدمة

هذا العمل هو دراسة استرجاعية ووصفية وتحليلية لمدة عامين ، تغطي 36 حالة من سرطانات الجلد في الأنف تم جمعها في قسم الجراحة التجميلية وإعادة التأهيل والحروق في مستشفى كرطبي بطنجة خلال الفترة من أكتوبر 2020 إلى أكتوبر 2022. تتكون هذه الدراسة من تحليل وبائي وسري ونسجي وعلاجي وتطوري لهذه الأورام في هيكلنا.

كان متوسط عمر المرضى عند اكتشاف الورم هو 68 عامًا مع تقلبات العمر تتراوح بين 38 و 88 عامًا ، وتركز الحالات (50) % (في فئة العمر 60-79 عامًا. بالنسبة للجنس ، كان هناك تفوق للذكور بنسبة الجنس الذكري / الأنثوي. 2. بالنظر إلى عمرهم، كان معظم المرضى من العسكريين المتقاعدين في وقت استشارتهم، ولكن الأغلبية كانوا يعملون في بيئة خارجية وبالتالي تعرضوا بانتظام لأشعة الشمس. وجاء معظم مرضانا من المناطق الريفية، وهم يشكلون 83 % من الحالات.

كان النمط الضوئي السائد هو النمط الضوئي III (56) % . (لوحظ التدخين في 6 مرضى. وجد أن التعرض لأشعة الشمس كان مهما في 80 % من سلسلتنا المرتبطة بالعمل الخارجي. كانت زحاف الشمس في الوجه هي الحالة السرطانية السابقة الأكثر شيوعًا التي واجهتنا 11) %، تليها حالتين من الشامات 5) %).

تقدم معظم مرضانا بأورام خراجية مزمنة 56) % (مع علامات التهاب 28) %، في حين قدم آخرون بأورام مصابة بمظهر سلوليتي ملتهب 22) % (أو مظهر نخري 11) % . (معظم هؤلاء المرضى وجهوا أنفسهم مباشرة إلى قسمنا. كان الوقت بين ظهور الورم والاستشارة بين 12 شهرًا و 5 سنوات) أي 60 شهرًا (بمتوسط 36 شهرًا. تأثرت جميع مناطق هرم الأنف، مع تركيز الأورام على الجوانب الجانبية للأنف، والتي تشكل 50 % من الحالات.

كان مظهر الأورام المجهري يتألف بشكل رئيسي من نمو البزل في معظم الحالات. (39%) تم إجراء التحليل النسيجي بواسطة الخزعة السابقة للإستئصال الجراحي في 44% كان النوع النسيجي الأكثر شيوعاً هو الخلطي الباثولوجي الخلايا البلازمية(72%) ، تليه سرطان الخلايا الحشوية (28%) بالنسبة للخلطي الباثولوجي الخلايا البلازمية، كان النوع النسيجي الأكثر شيوعاً هو الخلطي الناعم. (78%) تم تصنيف الأورام على أنها T2 في 55% من الحالات.

كان إستئصال الورم هي القاعدة لجميع مرضانا، مع الالتزام بحافة أمان متكيفة مع كل نوع نسيجي وحجم الورم. تم إجراء هذا الاستئصال وفقاً لتصميم محدد مسبقاً يحدد حدود الاستئصال، وتم إجراؤه تحت التخدير العام في معظم الحالات (67%) كانت حدود الاستئصال سليمة في 100% من الحالات. تم تكيف إجراء الإصلاح للموقع ونطاق فقدان الأنسجة. تم إجراء إعادة البناء على الفور في معظم حالاتنا(72%) ، باستخدام زرع الجلد في 12 حالة، وشظايا محلية وبعيدة في 12 حالة، والتئام موجه في 6 حالات، وخياطة مباشرة في 6 حالات. لم يتم الاحتفاظ بالعلاج المكمل القائم على العلاج الإشعاعي أو التثمين.

كان التطور عمومًا إيجابيًا، حيث لم يتم رصد أي حالات تكرر. تتعلق توقعات هذه الأورام بالوظيفة والجمال والنفسية الاجتماعية. يمكن تحسينها فقط من خلال الكشف المبكر واتخاذ التدابير اللازمة



BIBLIOGRAPHIE



1. **A Lahlaïdi. ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE TRILINGUE VOL : 2. Disponible sur:**
<http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/ebooks/ATT-VOL2/mobile/html5forwebkit.html>
2. **Chaput B, Lauwers F, Lopez R, Saboye J, André A, Grolleau JL, et al.**
L'anatomie chirurgicale du nez en six sous-unités esthétiques. *Ann Chir Plast Esthét.* 2013;58(2):132-45.
3. **Jean-Pierre Bessède Avec la collaboration de :, J.-P. Adenis, S. Albert, C. Bach, B. Baujat, C. Beauvillain de Montreuil, I. Bernat, et al.**
Chirurgie plastique réparatrice de la face et du cou – Volume 1 | Livre + Compl. Elsevier Masson SAS. Disponible sur: <https://www.elsevier-masson.fr/chirurgie-plastique-reparatrice-de-la-face-et-du-cou-volume-1-9782294772610.html>
4. **Beauvillain C, Desson P, Litoux P, Stadler J, Legent F.**
[Surgical treatment of dermatologic epithelioma of the nose. *J Fr Otorhinolaryngol Audiophonol Chir Maxillofac.* 1 oct 1982;31(8):583-8.
5. **BEAUVILLAIN DE MONTREUIL C, DARSONVAL V, JOURDAIN V.**
Chirurgie réparatrice de la pyramide nasale *Encycl Méd Chir, Techniques chirurgicales – Tête et cou.* 2003. In.
6. **Patel R.**
Nasal Anatomy and Function. *Facial Plast Surg.* févr 2017;33(01):003-8.
7. **Yahya Naji.**
Les tumeurs malignes de la pyramide nasale.
8. **Mme MAHFOUDI Hajar MM.**
LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES CARCINOMES CUTANÉS DU NEZ (à propos de 40 cas).
9. **Ann dermatol et venereol 2005**
Histologie et histophysiologie de la peau et de ses annexes.pdf.
10. **Guichard S.**
Chirurgie des tumeurs cutanées. :17.
11. **Martin II RCG, Edwards MJ, Cawte TG, Sewell CL, McMasters KM.**
Basosquamous carcinoma. *Cancer.* 2000;88(6):1365-9.
12. **LACOUR J.P.**
Tumeurs cutanées : Carcinome basocellulaire . *La revue du praticien.* 1999 ; VOL. 49.
13. **ALLOUA Z, LAMSYAH H, FRIKH R, OUMAKHIR S, SEDRALI O.**
Prévention des cancers cutanés : Les tumeurs cutanées. *Prév Cancers Cutanés Tumeurs Cutanées.* 2007;14(140):340-2.
14. **MOULON GUET MICAUI.**
Carcinome basocellulaire *Annales de dermatologie et de vénéréologie.* 2003 ; VOL.130. In.
15. **LODDE J.P, GRANGRIER Y, LE ROUX P, FABRE E, PERI G.**

- Le carcinome basocellulaire sclérodermiforme : a propos d'une étude de 83 cas Annales de chirurgie plastique et esthétique. 1998 ; VOL.43. In.
16. **Dept. of Clinical Social Medicine (Univ. of Heidelberg) and the Dept. of Dermatology (Univ. of Erlangen)** <http://www.dermis.net>.
 17. **Pr Bernard Guillot, Dr Aurélie Du–Thanh.**
TUMEURS MALIGNES CUTANÉES ÉPITHÉLIALES ET MÉLANIQUES. LA REVUE DU PRATICIEN VOL. 62 Février 2012.
 18. **Ennouhi MA, Moussaoui A.**
[Basal cell basal cell epithelioma of the face: surgical management, about 45 cases and review of the literature]. Pan Afr Med J. 1 janv 2014;19:80.
 19. **Ann dermatol venereol 2005 tumeurs cutanée epitheliales et melaniques.**
 20. **COLLEGE DES ENSEIGNANTS DE DERMATOLOGIE DE FRANCE (CEDEF). LiSA n° 302**
Tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques.
 21. **N. Basset–Séguin, V. Chaussade, C. Vilmer.**
Carcinomes basocellulaires. 2011Elsevier Masson SAS.
 22. **N. Dupin et al.**
Item 299 – UE 9 Tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques. Ann Dermatol Vénéréologie. 2018;145:S165-85.
 23. **N. Basset–Séguin, V. Chaussade, C. Vilmer.**
Carcinomes basocellulaires. EMC 98–620–A–10. 2011 Elsevier Masson SAS.
 24. **Khelif H, Levy C, Gabriel, Dendale R, L.Lumbroso, Le. Rouic, X. Sastre, S. Morax. Desjardins.**
Carcinome basocellulaire palpébral : expérience de l'institut Curie. Journal Français d'Ophtalmologie vol30 supplément 2012.pages2S248. In.
 25. **Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.**
Prise en charge diagnostique et thérapeutique du carcinome basocellulaire de l'adulte , France Text des recommandations, mars 2004.
 26. **Kovarick CL, Stewart D, Barnard JJ.**
Lethal basal cell carcinoma secondary to cerebral invasion. J Am Acad Dermatol 2011;52(1):149–51.
 27. **Stanley J, Alan L, Kenneth G, Thomas O.**
Basal cell and squamous cell skin cancers. NCCN clinical practice Guidelines in oncology(NCCN GUIDELINES). Version 2.2012. NCCN.org.
 28. **E. Cabarrot.**
Tumeurs cutanées, épithéliales et mélaniques (149) Mai 2006 (Mise à jour mai 2006).
 29. **S Guichard**

ENCYCLOPÉDIE, MÉDICO-CHIRURGICALE 45-140. Chirurgie des tumeurs cutanées. © 1999, Elsevier, Paris;

30. **Schofield J.**
Benign skin tumours. *Medicine (Baltimore)*. 1 juin 2009;37(6):309-11.
31. **Banza MI, Tshiamala IB, Kapessa ND.**
Carcinome basocellulaire kystique à localisation bilatérale chez un albinos: à propos d'un cas. *Pan Afr Med J*. 24 sept 2019;34:43.
32. **Garnier B, Simon E, Dumont T, Sellal S, Stricker M, Chassagne JF.**
Les carcinomes cutanés basocellulaires méritent-ils leur réputation de tumeurs à faible malignité? *Rev Stomatol Chir Maxillofac*. févr 2005;106(1):16-21.
33. **M. Elhaouri et al.**
Les cancers de peau (A propos de 194 cas) - Centre Hospitalier Universitaire Hassan II [Internet]. [cité 20 nov 2022].
Disponible sur: <http://www.chu-fes.ma/les-cancers-de-peau-a-propos-de-194-cas/>
34. **Staub G, Revol M, May P, Bayol JC, Verola O, Servant JM.**
Marges d'exérèse chirurgicale et taux de récurrence des carcinomes cutanés. *Ann Chir Plast Esthét*. oct 2008;53(5):389-98.
35. **Rudolph R, Miller SH.**
Reconstruction after Mohs cancer excision. *Clin Plast Surg*. janv 1993;20(1):157-65.
36. **Rio E, Bardet E, Ferron C, Peuvrel P, Supiot S, Campion L, et al.**
Curiothérapie interstitielle des cancers cutanés des zones péri-orificielles de la face. *Cancer/Radiothérapie*. 1 mai 2006;10(3):101-6.
37. **Catherine CA.**
Exérèse en deux temps des carcinomes cutanés étendus de la face : Etude rétrospective de 87 patients. [S. l.]: [s. n.]; 1994. 37-[5] f. p.
38. **YACOUBI.**
Principes chirurgicaux des cancers cutanés de la face : 65cas. Thèse. Med. Casablanca. 1999, N° : 44.
39. **Grandpierre a,* , J.Y. Sartre a,b, F. Duteille.**
Reconstruction des pertes de substance superficielles du carrefour des sous-unités de la pointe, de l'aile et de la face latérale du nez : étude sur 36 patients . Service de chirurgie plastique et brûlés, CHU de Nantes.
40. **Ferreira FR, Costa Nascimento LF, Rotta O.**

- Risk factors for non-melanoma skin cancer in Taubaté, São Paulo, Brazil: a case-control study. *Rev Assoc Médica Bras Engl Ed.* juill 2011;57(4):424-30.
41. **Zainab Benslimane.**
Traitement chirurgical des tumeurs nasales a propos de 15 cas .Thèse soutenue en 2020 à Rabat.
42. **MARDI.**
Traitement chirurgical des cancers cutanés de la face : 65 cas. Thèse. Med. Casablanca. 2003, N° : 167.
43. **Mernissi et al.**
Les tumeurs cutanées malignes (à propos de 115 cas) – Centre Hospitalier Universitaire Hassan II [Internet]. [cité 22 déc 2022]. Disponible sur: <http://www.chu-fes.ma/les-tumeurs-cutanees-malignes-a-propos-de-115-cas/>
44. **PHILIPPE B.**
Carcinomes épithéliaux : Tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques.
45. **Ahmad I, Gupta ARD.**
Epidemiology of basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma of the pinna. *J Laryngol Otol.* févr 2001;115(2):85-6.
46. **Pinatel B, Mojallal A.**
Prise en charge diagnostique et thérapeutique du carcinome cutané basocellulaire – Analyse des recommandations. *Ann Chir Plast Esthét.* avr 2012;57(2):92-105.
47. **Wojno TH.**
The association between cigarette smoking and basal cell carcinoma of the eyelids in women.
48. **Feedman DM, Sigurdson A, Doody MM, Mabuchi K, Linet MS.**
Risk of basal cell carcinoma in relation to alcohol intake and smoking. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2003;12:1540-3.
49. **L. Ben Slama.**
Carcinoma of the lips. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2009;110:278-283.
50. **Manassa EH, Herti CH, Olbrisch RR.**
Wound healing problems in smokers and non smokers afterabdominoplasties. *Plast Reconstr Surg* 2003;111:2082-7.
51. **Sorensen LT, Karlsmark T, Gottrup F.**
Abstinence from smoking reduces incisional wound infection randomized controlled trial. *Ann Surg* 2003;238:1-5.
52. **BANO TRAORE F.**
Carcinome basocellulaire sur une zone photo exposée chez une africaine mélanoderme. *Annales de dermatologie et de vénéréologie.* 2001 ; vol. 128.

53. **THOMAS L.**
Tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques. La revue du praticien. 2002 ; vol. 52.
54. **GRANT W.**
The effect of solar UVB doses. European journal of cancer. 2008 ; no. 44.
55. **Samarasinghe V, Madan V.**
Nonmelanoma skin cancer. J Cutan Aesthetic Surg. 2012;5(1):3.
56. **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. Ann Chir Plast Esthét. avr 2012;57(2):118-24.
57. **DAHMI.**
Les tumeurs cutanées de la face Thèse de Médecine Casablanca. 2006 ; N° 137.
58. **FAZAA B, KAMOU M.R.**
Xeroderma pigmentosum . Annales de dermatologie et de venereologie. 2003 ; vol.130.
59. **ZGHAL M, FAZAA B, KAMOUN M.R.**
Xeroderma pigmentosum. Encycl med chir, dermatologie. 2006 ; 98–660–A–10. In.
60. **Kavoussi H, Rezaei M, Ebrahimi A, Hosseini S.**
Epidemiological indices of non–melanoma skin cancers in Kermanshah, Iran. J Pak Assoc Dermatol. 1 déc 2013;22.
61. **Disant F, Leblond J, Gutiérrez F, Morgon A.**
A propos de 100 tumeurs cutanées de la face. In 1993 [cité 22 déc 2022].
Disponible sur: <https://www.semanticscholar.org/paper/A-propos-de-100-tumeurs-cutan%C3%A9es-de-la-face-Disant-Leblond/cdb741ef8e2e73e9325842f2220fb3cb0832335b>
62. **SMAALI.**
Les carcinomes cutanés de la face (À propos de 102 cas) Thèse de Médecine Casablanca. 2005 ; N° 383.
63. **WAHBI.**
Chirurgie des tumeurs malignes cutanées de la pyramide nasale (À propos de 80 cas) Thèse de Médecine Casablanca. 1993 ; N° 297.
64. **COMPTE D.**
Traitement des tumeurs malignes du revêtement cutané du nez Thèse Méd. Lyon. 1988 ; N°223.
65. **Elalami Elaminemohamednour–Dine.**
Carcinomes avancés du cuir chevelu. (A propos de 09cas). Thèse de médecine. 2015.
66. **Felix Boon Bin ,.**

Les carcinomes cutanés basocellulaires méritent-ils leur réputation de tumeurs à faible malignité? Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac., 2005; 106, 1, 16–21.

67. **Rowe DE, Carroll RJ, Day Jr CL.**

Prognostic factors for local recurrence, metastasis, and survival rates in squamous cell carcinoma of the skin, ear, and lip. Implications for treatment modality selection. J Am Acad Dermatol 1992 Jun;26(6): 976—90.

68. **Nolan RC, Chan MT, Heenan PJ.**

A clinicopathologic review of lethal nonmelanoma skin cancers in Western Australia. J Am Acad Dermatol 2005;52:101–8.

69. **Staub G, Revol M, May P, Bayol JC, Verola O, Servant JM.**

Marges d'exérèse chirurgicale et taux de récurrence des carcinomes cutanés: Étude prospective de 844 cas. Ann Chir Plast Esthét. 1 oct 2008;53(5):389-98.

70. **Annales de dermatologie et de vénéréologie (2012) 139, A135—A143.**

Tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques : carcinomes cutanés.

71. **Papa Toure.**

Carcinomes épidermoïdes cutanés à propos de 80 cas colligés à la Clinique dermatologique de l'hôpital Aristide Le Dantec de Dakar. Thèse de médecine 2001.

72. **MOULY R, PAPADOPOULOS O.**

Traitement chirurgical des épithéliomas baso-cellulaires du nez Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac. 1980 ; 81, 2 : 91–101. In.

73. **ONCOMIP : Réseau de cancérologie de Midi-Pyrénées. Oncodermatologie :**

Référentiel régional de prise en charge, mélanome cutané. Actualisation septembre 2015.

74. **H.Boukind. Dahmi, Fatima Ezzahra.**

Cancer cutané de la face. Thèse de médecine. Université Hassan II, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Casablanca 2010.

75. **Girish BK, Boyd V, Hollier L.**

BASAL CELL AND SQUAMOUS CELL CARCINOMA. INTEGUMENT; 2000. Traitement chirurgical des tumeurs cutanées malignes de la face – 116.

76. **Scrivener Y, Grosshans E, Cribier B.**

Variations of basal cell carcinomas according to gender, age, location and histopathologic subtype. Br J Dermatol 2002;147:1–7.

77. **L. Knani.O. Romdhane , N. Ben Rayana ,H. Mahjoub , F. Ben Hadj Hamida.**

- Étude clinique et facteurs de risque de récurrence des carcinomes basocellulaires des paupières: résultats d'une série tunisienne et revue de la littérature. *Journal français d'ophtalmologie* (2014) 37, 107—114.
78. **Anne Defline, 87cas.**
Chirurgie d'exérèse en deux temps des carcinomes cutanés du nez CHU de Nantes 2014, thèse.
79. **MERCIER H.**
Epithéliomas cutanés de la région nasale (À propos de 120 cas) Thèse Nantes. 1978 ; N°48.
80. **Pascal RR, Hobby LW, Lattes R, Crikelair GF.**
Prognosis of "incompletely excised " versus "completely excised" basal cell carcinoma. *Plast Reconstr Surg* 1968 Apr;41(4):328—32.
81. **Brodland DG, Zitelli JA. .**
Surgical margins for excision of primary cutaneous squamous cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol* 1992 Aug;27(2 Pt 1):241—8. Les tumeurs malignes de la pyramide nasale - 116 -.
82. **Duquennoy-Martinot.**
Chirurgie des tumeurs cutanées. 2009 Elsevier Masson SAS. In.
83. **Eigentler TK, Radny P, Kamin A, Weide B, Caroli UM, GarbeC.**
Experiences with the new American Joint Committee on Cancer (AJCC) classification of cutaneous tumors. *JDtsch Dermatol Ges* 2005;3(8):592- 8. In.
84. **Annales de dermatologie et de vénéréologie (2016).**
85. **Mateusz Szewczyk, Jakub Pazdrowski, Paweł Golusiński, Aleksandra Dańczak- Pazdrowska, Sławomir Marszałek, and Wojciech Golusiński.**
Analysis of selected risk factors for nodal metastases in head and neck cutaneous squamous cell carcinoma.(15cases) Department of Head and Neck Surgery, Greater Poland Cancer Centre. received 2014 Apr 23; Accepted 2014 Aug 28.
86. **A. Lavie, Desouches c, Casanova D, Grob J.-J , Legre R , Magalon G.**
Surgical management of cutaneous malignant tumors. Review. *Annales de chirurgie plastique esthétique* 52 (2007) 1 -13.
87. **CEDEF : collège des enseignants en dermatologie de France.**
Annales de dermatologie et de vénéréologie (2015) 142S, S201—S224 Item 299—UE 9—
Tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques.
88. **M.Zanaret,J.Paris,S.Duflo.**
Évidements ganglionnaire cervicaux.
89. **Dassonville O, Falka.-T. , Poissonet G.**

- Ganglions cervicaux : point de vue du chirurgien. *Cancer Radiother* (2014),.
90. **JOL J.A.D, VAN VELTHUYSEN M.L.F.**
Treatment results of regional metastasis from cutaneous head and neck squamous cell carcinoma *European Journal of surgical oncology*. 2002 ; 29 : 81–86. In.
 91. **BROWN R, OSGUTHROPE J.**
Management of the neck in nonmelanocytic cutaneous carcinomas *Otolaryngo clin of north Am*. 1998 ; 31 : 841–856.
 92. **BESSEDE J–P, VINH D, KHALIFA N, et al.**
Métastases ganglionnaires des carcinomes épidermoïdes cutanés cervico– faciaux. Facteurs pronostiques et modalités thérapeutiques. *Rev laryngol otol Rhinol* 2001, 111–117.
 93. **Beauvillain de Montreuil C, Darsonval V, Jourdain A.**
Chirurgie réparatrice de la pyramide nasale. *EMC – Tech Chir – Tête Cou*. janv 2006;1(1):1-24.
 94. **O. Malarda*, J. Lanhouet b, G. Michel a, B. Drenoc, F. Espitalier a, E. Rio d.**
Pertes de substance étendues de la pyramide nasale : rôle de l'épithèse. In.
 95. **V. Darsonval a, D. Arnaud a, J.–B. Duron b, J. Bardot c, P. Rousseau a.**
Reconstruction de pleine épaisseur de la pyramide nasale. In.
 96. **MARTIN D, BARTHELEMY I, MONDIE J.M, GRANGRIER Y.**
Les epitheliomas faciaux : Considérations générales, moyens et indications Chirurgicales ; *Annales de chirurgie plastique et esthétique ; Les tumeurs cutanées et leur stratégie thérapeutique*. 1998 ; VOL. 43. In.
 97. **Lau CK, H uang S, Cormack G.**
Minimising the risk of ectropion when full thickness skin grafting lower eyelid defects. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*. déc 2008;61(12):1562– 1564.
 98. **Morley AMS, deSousa J –L, Selva D, Malhotra R.**
Techniques of Upper Eyelid Reconstruction. *Survey of Ophthalmology*. Mai 2010;55(3):256–271.
 99. **DIVARIS M.**
A propos de la reconstruction du nez. Analyse de 542 reconstructions. Thèse. Paris, 12, juin 1989.
 100. **BECKER G.D, ADAMS L.A, LEVIN B.C.**
Non surgical repair of perinasal skin defects. *Plast. Reconstr. Surg*. 1991 ; 88 : 768–778. In.
 101. **Heenen M, Khaled E.**

Carcinome basocellulaire sclérodermiforme. Université libre de Bruxelles. Service Iconothèque.2006. In.

102. **I. Kaya, M.Uslu, F. Apaydin.**

Defect Reconstruction of the Nose After Surgery for Nonmelanoma Skin Cancer Rec 2017 Apr 16; Acc 2017 Jul 17. (180cases).

103. **TESSIER P.**

Aesthetic aspects of bone grafting to the face. Clin. Plast. Surg. 1981 ; 8 : 279–301.

104. **REYNAUD J.P.**

Le lambeau en hachette dans la réparation des exérèses cutanées de la pyramide nasale: à propos de 30 cas. Ann. Chir. Plast. 1983, 28, 4, 369–375.

105. **S.Ayachi .**

La réparation des pertes de substance chirurgicales transfixiantes des lèvres (a propos de 48 cas) service de chirurgie maxillo faciale et plastique, CHU Sahloul Tunisie. Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale 2005 ; 106 :17–18.

106. **A. Ganeval–Stoll, C. Bruant–Rodier, C. Dissaux,J.C. Lutz, A. Wilk, F., Bodin.**

Carcinomes spinocellulaires de l'oreille :facteurs de gravité et traitement chirurgical, à propos de 30 cas. Annales de chirurgie plastique esthétique (2014).

107. **T. Yoon, J. Benito–Ruiz, E. Garcia–Díez, J.M. Serra–Renom.**

Our algorithm for nasal reconstruction (35cases) Department of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery, Hospital Clinic, Barcelona, Spain Rec 24 March 2005; acc 20 September 2005. In.

108. **Ginstet G, Freziers H, Dupuy H, Pons J.**

Chirurgie plastique et reconstruction de la face. Editions Médicales, Flammarion, 2011 , Paris.

109. **Shan R. Baker. Advancement flaps.**

Local flaps in facial reconstruction.2012 Elsevier Masson SA.

110. **A. Jourdain, T. Vimont, D. Arnaud, V. Darsonval, V. Huguier, P. Rousseau.**

Reconstruction des pertes de substance superficielles du nez. Annales de chirurgie plastique esthétique (2013) 58, 515—543.

111. **BEAUVILLAIN DE MONTREUIL C, BESSEDE J.P, JOURDAIN A.**

Chirurgie des tumeurs cutanées de la face Rapport de la Société Française d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou. 2009.

112. **David McDermott, Celeste Lebbé, F.Stephen Hodi, Michele Maio, Jeffrey S, Weber et al.**

Durable benefit and the potential for long-term survival with immunotherapy in advanced melanoma. Cancer Treatment Reviews 40 (2014) 1056–1065.

113. **Krishna Reddy MD, PhD, Tobin Strom MD, Changhu Cen MD.**

Primary radiotherapy for locally advanced skin cancer near the eye. *Practical radiation oncology* (2012) 2, 63–72.

114. **Amici J-M, Beylot-Barry M.**

Carcinomes basocellulaires localement avancés: intérêt de traitements combinés, alternatifs à la chirurgie. *Ann Chir Plast Esthet* (2015).

115. **Chang ALS, Solomon JA, Hainsworth JD, Goldberg L, Mc Kenna E, Day B, et al.**

Expanded access study of patients with advanced basal cell carcinoma treated with the Hedgehog pathway inhibitor, vismodegib. *J Am Acad Dermatol* 2014;70(1):60–9.

116. **Dreno B, Basset-Seguin N, Caro I, Yue H, Schadedorf D. .**

Clinical benefit assessment of Vismodegib therapy in patients with advanced basal cell carcinoma. *Oncologist* 2014;19(8):790 —6.

117. **M. Delannes, E. Rio, X. Mirabel, T. Brun, A. Ducassou, J. David.**

Curiethérapie des carcinomes cutanés et de la lèvre. *Cancer/Radiothérapie* 17 (2013) 136–139.

118. **Marianne Laforest, B.Pharm., M.Sc.**

«Le traitement pharmacologique du mélanome cutané métastatique». *Pharmactuel* 2013; 46 (2).

119. **Chapman PB, Hauschild A, Robert C, et al.**

Improved survival with vemurafenib in melanoma with BRAF V600E mutation. *N Engl J Med* 364 (26): 2507– 16, 2011.

120. **American Society of Clinical Oncology (ASCO) meeting Callahan, Michael Andrew Postow. 2014. Sznol M, Kluger HM, Callahan MK,**

Survival, response duration, and activity by BRAF mutation (MT) status of nivolumab (NIVO, anti – PD– 1, BMS–936558, ONO – 4538) and ipilimumab (I PI) concurrent therapy in advanced melanoma (MEL). 2014.

121. **J.-J. Bonerandi, S. Monestier.**

Carcinome épidermoïde (spinocellulaire) et ses précurseurs. EMC 98–625–A–10. 2011 Elsevier Masson SAS.

122. **Harris R.B, Albert D.S.**

Strategies for skin cancer prevention. *Int J Dermatol* 2015; 43 : 243–251.

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

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

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

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

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

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

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سرّي وعلانيّتي، نقيّة مما يشينها تجاه
الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد

أطروحة رقم : 227

سنة 2023

أورام الهرم الأنفي: تجربة قسم الجراحة التجميلية بمستشفى القرطبي طنجة

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2023/06/16
من طرف

الانسة **إيمان شعود**

المزداة في 1998/01/23 بمراكش
لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

أورام- الهرم الأنفي -سرطان الخلايا القاعدية – ترميم الأنف -وقاية

اللجنة

الرئيس	السيد	ي.بنشمخة
المشرف	السيد	استاذ في جراحة التجميل والترميم م. ا. العمراني
الحكام	السيد	استاذ في جراحة التجميل والترميم ي. رشدي
	السيدة	استاذ جراحة الانف و الاذن و الحنجرة ح. الرايس
عضو مشارك	السيد	استاذة في التشريح المرضي ع. دهاز
		استاذ في جراحة التجميل والترميم

