



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

Année 2023

Thèse N° 245

Les principes de la prise en charge des tumeurs cutanées malignes de la face. Etude prospective à l'Hôpital Militaire Oued Dahab

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 14/06/2023

PAR

Mr. Mohamed Amine AOUZAL

Né Le 25/05/1997 a OULED TEIMA

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Tumeurs cutanées malignes – La face – Exérèse – Chirurgie réparatrice

JURY

Mr. A. ABOUCHADI

PRESIDENT

Professeur de Stomatologie et chirurgie maxillo faciale

Mr. T. NASSIM SABAH

RAPPORTEUR

Professeur de Chirurgie Plastique et Réparatrice

Mme. H. RAIS

Professeur d'Anatomie Pathologique

Mr. D. EL AMRANI

Professeur d'Anatomie

JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"رب أوزعني أن أشكر نعمتك التي
أنعمت عليّ وعلى والديّ وأن أعمل
صالحاً ترضاه وأصلح لي في ذريّتي إني
تبت إليك وإني من المسلمين"



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 Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

LISTE NOMINATIVE DU PERSONNEL ENSEIGNANTS CHERCHEURS PERMANANT

N°	Nom et Prénom	Cadre	Spécialité
01	BOUSKRAOUI Mohammed (Doyen)	P.E.S	Pédiatrie
02	CHOULLI Mohamed Khaled	P.E.S	Neuro pharmacologie
03	KHATOURI Ali	P.E.S	Cardiologie
04	NIAMANE Radouane	P.E.S	Rhumatologie
05	AIT BENALI Said	P.E.S	Neurochirurgie
06	KRATI Khadija	P.E.S	Gastro-entérologie
07	SOUMMANI Abderraouf	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
08	RAJI Abdelaziz	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
09	KISSANI Najib	P.E.S	Neurologie
10	SARF Ismail	P.E.S	Urologie
11	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	P.E.S	Ophtalmologie

12	AMAL Said	P.E.S	Dermatologie
13	ESSAADOUNI Lamiaa	P.E.S	Médecine interne
14	MANSOURI Nadia	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
15	MOUTAJ Redouane	P.E.S	Parasitologie
16	AMMAR Haddou	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
17	ZOUHAIR Said	P.E.S	Microbiologie
18	CHAKOUR Mohammed	P.E.S	Hématologie biologique
19	EL FEZZAZI Redouane	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
20	YOUNOUS Said	P.E.S	Anesthésie-réanimation
21	BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	P.E.S	Chirurgie générale
22	ASMOUKI Hamid	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
23	BOUMZEBRA Drissi	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
24	CHELLAK Saliha	P.E.S	Biochimie-chimie
25	LOUZI Abdelouahed	P.E.S	Chirurgie-générale
26	AIT-SAB Imane	P.E.S	Pédiatrie
27	GHANNANE Houssine	P.E.S	Neurochirurgie
28	ABOULFALAH Abderrahim	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
29	OULAD SAIAD Mohamed	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
30	DAHAMI Zakaria	P.E.S	Urologie
31	EL HATTAOUI Mustapha	P.E.S	Cardiologie
32	ELFIKRI Abdelghani	P.E.S	Radiologie
33	KAMILI El Ouafi El Aouni	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
34	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	P.E.S	Pédiatrie (Néonatalogie)
35	MATRANE Aboubakr	P.E.S	Médecine nucléaire
36	AIT AMEUR Mustapha	P.E.S	Hématologie biologique
37	AMINE Mohamed	P.E.S	Epidémiologie clinique

38	EL ADIB Ahmed Rhassane	P.E.S	Anesthésie-réanimation
39	MANOUDI Fatiha	P.E.S	Psychiatrie
40	CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	P.E.S	Radiologie
41	BOURROUS Monir	P.E.S	Pédiatrie
42	ADMOU Brahim	P.E.S	Immunologie
43	TASSI Noura	P.E.S	Maladies infectieuses
44	NEJMI Hicham	P.E.S	Anesthésie-réanimation
45	LAOUAD Inass	P.E.S	Néphrologie
46	EL HOUDZI Jamila	P.E.S	Pédiatrie
47	FOURAJI Karima	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
48	ARSALANE Lamiae	P.E.S	Microbiologie-virologie
49	BOUKHIRA Abderrahman	P.E.S	Biochimie-chimie
50	KHALLOUKI Mohammed	P.E.S	Anesthésie-réanimation
51	BSISS Mohammed Aziz	P.E.S	Biophysique
52	EL OMRANI Abdelhamid	P.E.S	Radiothérapie
53	SORAA Nabila	P.E.S	Microbiologie-virologie
54	KHOUCHANI Mouna	P.E.S	Radiothérapie
55	JALAL Hicham	P.E.S	Radiologie
56	OUALI IDRISSE Mariem	P.E.S	Radiologie
57	ZAHLANE Mouna	P.E.S	Médecine interne
58	BENJILALI Laila	P.E.S	Médecine interne
59	NARJIS Youssef	P.E.S	Chirurgie générale
60	RABBANI Khalid	P.E.S	Chirurgie générale
61	HAJJI Ibtissam	P.E.S	Ophtalmologie
62	EL ANSARI Nawal	P.E.S	Endocrinologie et maladies métabolique
63	ABOU EL HASSAN Taoufik	P.E.S	Anesthésie-réanimation

64	SAMLANI Zouhour	P.E.S	Gastro-entérologie
65	LAGHMARI Mehdi	P.E.S	Neurochirurgie
66	ABOUSSAIR Nisrine	P.E.S	Génétique
67	BENCHAMKHA Yassine	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
68	CHAFIK Rachid	P.E.S	Traumato-orthopédie
69	MADHAR Si Mohamed	P.E.S	Traumato-orthopédie
70	EL HAOURY Hanane	P.E.S	Traumato-orthopédie
71	ABKARI Imad	P.E.S	Traumato-orthopédie
72	EL BOUIHI Mohamed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
73	LAKMICHI Mohamed Amine	P.E.S	Urologie
74	AGHOUTANE El Mouhtadi	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
75	HOCAR Ouafa	P.E.S	Dermatologie
76	EL KARIMI Saloua	P.E.S	Cardiologie
77	EL BOUCHTI Imane	P.E.S	Rhumatologie
78	AMRO Lamyae	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
79	ZYANI Mohammad	P.E.S	Médecine interne
80	GHOUNDALE Omar	P.E.S	Urologie
81	QACIF Hassan	P.E.S	Médecine interne
82	BEN DRISS Laila	P.E.S	Cardiologie
83	MOUFID Kamal	P.E.S	Urologie
84	QAMOUSS Youssef	P.E.S	Anesthésie réanimation
85	EL BARNI Rachid	P.E.S	Chirurgie générale
86	KRIET Mohamed	P.E.S	Ophtalmologie
87	BOUCHENTOUF Rachid	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
88	ABOUCHADI Abdeljalil	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
89	BASRAOUI Dounia	P.E.S	Radiologie

90	RAIS Hanane	P.E.S	Anatomie Pathologique
91	BELKHOU Ahlam	P.E.S	Rhumatologie
92	ZAOUI Sanaa	P.E.S	Pharmacologie
93	MSOUGAR Yassine	P.E.S	Chirurgie thoracique
94	EL MGHARI TABIB Ghizlane	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
95	DRAISS Ghizlane	P.E.S	Pédiatrie
96	EL IDRISSE SLITINE Nadia	P.E.S	Pédiatrie
97	RADA Nouredine	P.E.S	Pédiatrie
98	BOURRAHOUE Aicha	P.E.S	Pédiatrie
99	MOUAFFAK Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
100	ZIADI Amra	P.E.S	Anesthésie-réanimation
101	ANIBA Khalid	P.E.S	Neurochirurgie
102	TAZI Mohamed Illias	P.E.S	Hématologie clinique
103	ROCHDI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
104	FADILI Wafaa	P.E.S	Néphrologie
105	ADALI Imane	P.E.S	Psychiatrie
106	ZAHLANE Kawtar	P.E.S	Microbiologie- virologie
107	LOUHAB Nisrine	P.E.S	Neurologie
108	HAROU Karam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
109	BASSIR Ahlam	P.E.S	Gynécologie obstétrique
110	BOUKHANNI Lahcen	P.E.S	Gynécologie obstétrique
111	FAKHIR Bouchra	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
112	BENHIMA Mohamed Amine	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
113	HACHIMI Abdelhamid	P.E.S	Réanimation médicale
114	EL KHAYARI Mina	P.E.S	Réanimation médicale
115	AISSAOUI Younes	P.E.S	Anesthésie-réanimation

116	BAIZRI Hicham	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
117	ATMANE El Mehdi	P.E.S	Radiologie
118	EL AMRANI Moulay Driss	P.E.S	Anatomie
119	BELBARAKA Rhizlane	P.E.S	Oncologie médicale
120	ALJ Soumaya	P.E.S	Radiologie
121	OUBAHA Sofia	P.E.S	Physiologie
122	EL HAOUATI Rachid	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
123	BENALI Abdeslam	P.E.S	Psychiatrie
124	MLIHA TOUATI Mohammed	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
125	MARGAD Omar	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
126	KADDOURI Said	P.E.S	Médecine interne
127	ZEMRAOUI Nadir	P.E.S	Néphrologie
128	EL KHADER Ahmed	P.E.S	Chirurgie générale
129	LAKOUICHMI Mohammed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
130	DAROUASSI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
131	BENJELLOUN HARZIMI Amine	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
132	FAKHRI Anass	P.E.S	Histologie-embryologie cytogénétique
133	SALAMA Tarik	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
134	CHRAA Mohamed	P.E.S	Physiologie
135	ZARROUKI Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
136	AIT BATAHAR Salma	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
137	ADARMOUCH Latifa	P.E.S	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
138	BELBACHIR Anass	P.E.S	Anatomie pathologique
139	HAZMIRI Fatima Ezzahra	P.E.S	Histologie-embryologie cytogénétique
140	EL KAMOUNI Youssef	P.E.S	Microbiologie-virologie
141	SERGHINI Issam	P.E.S	Anesthésie-réanimation

142	EL MEZOUARI El Mostafa	P.E.S	Parasitologie mycologie
143	ABIR Badreddine	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
144	GHAZI Mirieme	P.E.S	Rhumatologie
145	ZIDANE Moulay Abdelfettah	P.E.S	Chirurgie thoracique
146	LAHKIM Mohammed	P.E.S	Chirurgie générale
147	MOUHSINE Abdelilah	P.E.S	Radiologie
148	TOURABI Khalid	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
149	NADER Youssef	Pr Ag	Traumatologie-orthopédie
150	SEDDIKI Rachid	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
151	ARABI Hafid	Pr Ag	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle
152	BELHADJ Ayoub	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
153	BOUZERDA Abdelmajid	Pr Ag	Cardiologie
154	ARSALANE Adil	Pr Ag	Chirurgie thoracique
155	ABDELFETTAH Youness	Pr Ag	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle
156	REBAHI Houssam	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
157	BENNAOUI Fatiha	Pr Ag	Pédiatrie
158	ZOUIZRA Zahira	Pr Ag	Chirurgie Cardio-vasculaire
159	SEBBANI Majda	Pr Ag	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
160	ABDOU Abdessamad	Pr Ag	Chirurgie Cardio-vasculaire
161	HAMMOUNE Nabil	Pr Ag	Radiologie
162	ESSADI Ismail	Pr Ag	Oncologie médicale
163	MESSAOUDI Redouane	Pr Ag	Ophtalmologie
164	ALJALIL Abdelfattah	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
165	LAFFINTI Mahmoud Amine	Pr Ag	Psychiatrie
166	RHARRASSI Issam	Pr Ag	Anatomie-pathologique

167	ASSERRAJI Mohammed	Pr Ag	Néphrologie
168	JANAH Hicham	Pr Ag	Pneumo-phtisiologie
169	NASSIM SABAH Taoufik	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique
170	ELBAZ Meriem	Pr Ag	Pédiatrie
171	BELGHMAIDI Sarah	Pr Ag	Ophtalmologie
172	FENANE Hicham	Pr Ag	Chirurgie thoracique
173	GEBRATI Lhoucine	Pr Hab	Chimie
174	FDIL Naima	Pr Hab	Chimie de coordination bio-organique
175	LOQMAN Souad	Pr Ass	Microbiologie et toxicologie environnementale
176	BAALLAL Hassan	Pr Ag	Neurochirurgie
177	BELFQUIH Hatim	Pr Ag	Neurochirurgie
178	MILOUDI Mouhcine	Pr Ag	Microbiologie-virologie
179	AKKA Rachid	Pr Ag	Gastro-entérologie
180	BABA Hicham	Pr Ag	Chirurgie générale
181	MAOUJOURD Omar	Pr Ag	Néphrologie
182	SIRBOU Rachid	Pr Ag	Médecine d'urgence et de catastrophe
183	EL FILALI Oualid	Pr Ag	Chirurgie Vasculaire périphérique
184	EL- AKHIRI Mohammed	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
185	HAJJI Fouad	Pr Ag	Urologie
186	OUMERZOUK Jawad	Pr Ag	Neurologie
187	JALLAL Hamid	Pr Ag	Cardiologie
188	ZBITOU Mohamed Anas	Pr Ag	Cardiologie
189	RAISSI Abderrahim	Pr Ag	Hématologie clinique
190	BELLASRI Salah	Pr Ag	Radiologie
191	DAMI Abdallah	Pr Ass	Médecine Légale
192	AZIZ Zakaria	Pr Ass	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale

193	ELOUARDI Youssef	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
194	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Pr Ag	Hématologie clinique
195	EL FAKIRI Karima	Pr Ass	Pédiatrie
196	NASSIH Houda	Pr Ag	Pédiatrie
197	LAHMINI Widad	Pr Ag	Pédiatrie
198	BENANTAR Lamia	Pr Ag	Neurochirurgie
199	EL FADLI Mohammed	Pr Ag	Oncologie médicale
200	AIT ERRAMI Adil	Pr Ag	Gastro-entérologie
201	CHETTATI Mariam	Pr Ag	Néphrologie
202	SAYAGH Sanae	Pr Ass	Hématologie
203	BOUTAKIOUTE Badr	Pr Ag	Radiologie
204	DOUIREK Fouzia	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
205	EL HAKKOUNI Awatif	Pr Ass	Parasitologie mycologie
206	BELARBI Marouane	Pr Ass	Néphrologie
207	AMINE Abdellah	Pr Ass	Cardiologie
208	CHETOUI Abdelkhalek	Pr Ass	Cardiologie
209	WARDA Karima	Pr Ass	Microbiologie
210	EL AMIRI My Ahmed	Pr Ass	Chimie de Coordination bio-organique
211	CHAHBI Zakaria	Pr Ass	Maladies infectieuses
212	MEFTAH Azzelarab	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
213	ROUKHSI Redouane	Pr Ass	Radiologie
214	EL GAMRANI Younes	Pr Ass	Gastro-entérologie
215	ARROB Adil	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique
216	SALLAHI Hicham	Pr Ass	Traumatologie-orthopédie
217	ACHKOUN Abdessalam	Pr Ass	Anatomie
218	DARFAOUI Mouna	Pr Ass	Radiothérapie

219	EL-QADIRY Rabi	Pr Ass	Pédiatrie
220	ELJAMILI Mohammed	Pr Ass	Cardiologie
221	HAMRI Asma	Pr Ass	Chirurgie Générale
222	ELATIQUI Oumkeltoum	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique
223	BENZALIM Meriam	Pr Ass	Radiologie
224	ABOULMAKARIM Siham	Pr Ass	Biochimie
225	LAMRANI HANCHI Asmae	Pr Ass	Microbiologie-virologie
226	HAJHOUI Farouk	Pr Ass	Neurochirurgie
227	EL KHASSOUI Amine	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
228	SBAAI Mohammed	Pr Ass	Parasitologie-mycologie
229	FASSI Fihri Mohamed jawad	Pr Ass	Chirurgie générale
230	BENCHAFAI Ilias	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
231	SLIOUI Badr	Pr Ass	Radiologie
232	ELJADI Hamza	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
233	AZAMI Mohamed Amine	Pr Ass	Anatomie pathologique
234	YAHYAOUI Hicham	Pr Ass	Hématologie
235	ABALLA Najoua	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
236	MOUGUI Ahmed	Pr Ass	Rhumatologie
237	SAHRAOUI Houssam Eddine	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
238	AABBASSI Bouchra	Pr Ass	Pédopsychiatrie
239	SBAI Asma	Pr Ass	Informatique
240	HAZIME Raja	Pr Ass	Immunologie
241	CHEGGOUR Mouna	Pr Ass	Biochimie
242	RHEZALI Manal	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
243	ZOUIITA Btissam	Pr Ass	Radiologie
244	MOULINE Souhail	Pr Ass	Microbiologie-virologie

245	AZIZI Mounia	Pr Ass	Néphrologie
246	BENYASS Youssef	Pr Ass	Traumato-orthopédie
247	BOUHAMIDI Ahmed	Pr Ass	Dermatologie
248	YANISSE Siham	Pr Ass	Pharmacie galénique
249	DOULHOUSNE Hassan	Pr Ass	Radiologie
250	KHALLIKANE Said	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
251	BENAMEUR Yassir	Pr Ass	Médecine nucléaire
252	ZIRAOUI Oualid	Pr Ass	Chimie thérapeutique
253	IDALENE Malika	Pr Ass	Maladies infectieuses
254	LACHHAB Zineb	Pr Ass	Pharmacognosie
255	ABOUDOURIB Maryem	Pr Ass	Dermatologie
256	AHBALA Tariq	Pr Ass	Chirurgie générale
257	LALAOUI Abdessamad	Pr Ass	Pédiatrie
258	ESSAFTI Meryem	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
259	RACHIDI Hind	Pr Ass	Anatomie pathologique
260	FIKRI Oussama	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie
261	EL HAMD AOUI Omar	Pr Ass	Toxicologie
262	EL HAJJAMI Ayoub	Pr Ass	Radiologie
263	BOUMEDIANE El Mehdi	Pr Ass	Traumato-orthopédie
264	RAFI Sana	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
265	JEBRANE Ilham	Pr Ass	Pharmacologie
266	LAKHDAR Youssef	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
267	LGHABI Majida	Pr Ass	Médecine du Travail
268	AIT LHAJ El Houssaine	Pr Ass	Ophtalmologie
269	RAMRAOUI Mohammed-Es-said	Pr Ass	Chirurgie générale
270	EL MOUHAFID Faisal	Pr Ass	Chirurgie générale

LISTE ARRETEE LE 06/09/2023



DEDICACES



*S'il faut beaucoup de motivation, de rigueur
et d'enthousiasme pour mener à bien ce
travail, alors, ce travail a eu besoin de la
contribution de plusieurs personnes, que je
tiens à remercier !*

A ma chère mère ZINEB SAGUER

Chère maman, je tiens à te remercier du fond du cœur pour ton amour et ton dévouement inconditionnels tout au long de ma vie. Tu as toujours été là pour moi, dans les moments de joie et de tristesse, pour me guider, m'encourager et me soutenir.

Tu es une source d'inspiration pour moi et je suis fier d'être ton enfant. Je suis reconnaissant pour tous les sacrifices que tu as faits pour moi, ta patience et ton soutien émotionnel.

Je suis également reconnaissant pour tout ce que tu as fait pour moi. Tu es une personne extraordinaire, avec un cœur en or.

Merci d'être la meilleure mère du monde, je t'aime plus que tout.

A mon cher père MOHAMED AOUZAL

Merci papa, pour tout ce que tu as fait pour moi. Je te remercie pour ton soutien, tes prières et ta bénédiction qui m'ont toujours servi.

Tu as toujours été là pour moi, prêt à m'écouter, à me conseiller et à me soutenir dans toutes les situations. Ta patience, ta bienveillance et ta gentillesse ont été une source constante d'inspiration pour moi.

La vie ne vient pas avec un manuel, elle vient avec un papa.

Puisse Dieu, le tout puissant, te préserver et t'accorder santé et longue vie.

A mes sœurs IMANE, JIHANE, WISAL, WIAM

Je vous dédie ce travail en témoignage de mon amour, en vous souhaitant beaucoup de bonheur, de santé et de réussite. Puisse Dieu protéger, garder et renforcer notre fraternité et notre amour.

À la mémoire de mon grand-père BLAID SAGUER

Je tiens à te dédier ces mots pour te rendre hommage et te remercier pour tout ce que tu as fait pour moi. Tu as été un pilier de force et de sagesse dans ma vie, et ta présence me manque chaque jour.

Je me souviendrai toujours de tes histoires merveilleuses, de tes sages conseils et de ta bienveillance sans faille. Tu as été un exemple de courage, de dignité et de bonté pour moi.

Je sais que tu veilles sur moi de là-haut, et je promets de continuer à honorer ta mémoire en vivant ma vie avec la même force, la même sagesse et la même bonté que toi. Tu resteras toujours dans mon cœur et dans mes pensées.

Merci pour tout, mon cher grand-père. Repose en paix.

À la mémoire de mon oncle abderrahím Saguer

Je voulais prendre un moment pour te rendre hommage. Tu as été un membre très cher de ma famille, et ta présence dans ma vie me manque chaque jour.

Tu étais un homme admirable, rempli d'une grande bonté, d'une sagesse incroyable et d'un humour contagieux. Tu as laissé une marque indélébile dans ma vie

Je me souviendrai toujours de nos conversations inspirantes, de tes histoires fascinantes, de ta bienveillance et de ta générosité. Tu as été un exemple de courage, de résilience et d'amour pour moi.

Repose en paix, cher oncle.

A ma grande mère Zahra Loutfi

Merci pour ton amour, pour tout le soutien dont tu as toujours fait preuve à mon égard. Que ces mots soient un témoignage de mon affection et de ma reconnaissance.

Que Dieu, tout puissant, te préserve la santé et t'accorde une longue vie.

A mes grands parents el Houssine Aouzal et Iijja Wardi

Affables, honorables, aimables, vous représentez pour moi le symbole de la bonté par excellence, la source de tendresse et l'exemple du dévouement qui n'ont pas cessé de m'encourager et de prier pour moi.

Dieu vous accorde santé et longue vie.

A mes chers oncles et Tantes

A tous mes chers cousins et cousines

J'aurai aimé rendre hommage à tout un chacun d'entre vous en témoignage de mon attachement et de ma grande considération.

Vous aviez toujours su rendre, les moments les plus difficiles, plus joyeux. J'ai une chance inestimable d'être née dans une famille si aimante et si généreuse.

Pour tous les moments de folies qu'on a passés ensemble, je vous dédie ma chère famille ce travail avec tous mes vœux de bonheur, de santé et de réussite.

Merci pour les valeurs que vous m'avez transmises, vos encouragements, votre amour, votre patience et votre soutien quotidien tout au long de ces années.

A mon ami Aïssam Rakiz

À tous les bons moments passés ensemble, à tous nos éclats de rire, à nos souvenirs, je te souhaite une longue vie pleine de bonheur et de prospérité. Je te dédie ce travail en témoignage de ma reconnaissance et de mon respect.

Merci pour tous les moments formidables qu'on a partagés.

A mes amis OUADDAR : Othman, Imane, Títima, Omar, Nada, Yassine, Manal, Youssef, Zineb, Abdelali, Lamia, Anass, Oumaima, Meriem et Nizar
Vous êtes pour moi plus que des amies. Je ne trouve pas une expression qui illustre ma reconnaissance les sentiments de fraternité que je vous porte. Je suis honorée de vous avoir dans ma vie et je vous souhaite tout le bonheur et le succès que vous méritez. En hommage à notre belle amitié et aux années à venir.

A mon amie Sokayna Safadi
Ton amitié m'est très précieuse. Que Dieu te procure bonheur, santé et réussite.
Je te remercie infiniment d'avoir répondu présent quand j'en avais le plus besoin, et de m'avoir tant soutenue et encouragée

A mon amie Salma Aouaq
Un grand merci pour ton soutien, tes encouragements et ton aide
je te souhaite beaucoup de réussite et de bonheur

A mon amie Oussama Badredine
Merci pour ton amitié, pour les bons moments qu'on a passé ensemble, pour votre soutien et votre serviabilité.

A Sofia Aghiouss
Pour ton soutien, pour ton sens du sacrifice et ton encouragement.
Je te dédie ce travail, parce qu'il est aussi le tien, parce que tu m'as soutenu et épaulé tout au long de ce travail, parce que tu m'a guidé vers la bonne voie, et parce qu'on peut toujours compter sur toi.
En te souhaitant le brillant avenir que tu mérites.



REMERCIEMENTS



*A notre maître et président de thèse :
Professeur Abdeljalil ABOUCHADI
Professeur de Stomatologie et chirurgie Maxillo-faciale
A l'Hôpital militaire Avicenne de Marrakech*

*Je suis très sensible à l'honneur que vous m'avez fait en acceptant aimablement
de présider mon jury de thèse.*

*Nous avons eu le grand privilège de bénéficier de votre enseignement lumineux
durant nos années d'étude.*

*Veillez cher maître, trouver dans ce travail, le témoignage de ma gratitude,
ma haute considération et mon profond respect.*

*A notre Maître et Rapporteur de thèse
Professeur Taoufik NASSIM SABAH
Professeur de chirurgie plastique et esthétique à l'hôpital militaire Avicenne de
Marrakech*

*Vous m'avez accordé un grand honneur en me confiant la réalisation de ce
travail.*

*Je vous remercie pour la gentillesse et la bien vaillance avec les quelles vous
avez bien voulu diriger ce travail*

*J'ai eu le grand plaisir de travailler sous votre direction et j'ai trouvé au près de
vous le conseiller et le guide qui m'a reçu en toute circonstance avec sympathie
et sourire*

*Veillez trouver ici, cher maître, l'expression de ma sincère reconnaissance et
mon profond respect*

A notre maître et juge de thèse :

Professeur Hanane RAIS

Professeur d'anatomie pathologique

Nous vous remercions vivement pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Nous avons pu apprécier tout au long de notre parcours vos grandes qualités humaines et professionnelles, la richesse et la clarté de vos connaissances qui font de vous un maître estimé par tous.

Veillez recevoir chère maître, l'expression de notre respect et de notre considération

À notre maître et juge de thèse :

Professeur EL AMRANI Moulay Driss

Professeur d'anatomie

Nous vous remercions vivement pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Nous sommes très sensibles à votre gentillesse et à votre accueil très aimable. Que ce travail soit pour nous l'occasion de vous exprimer notre admiration ainsi que notre gratitude. Veillez croire, cher maître, en nos sentiments les plus respectueux



ABBREVIATIONS



liste des abréviations

ADN	: L'acide désoxyribonucléique
AJCC	: American joint committee of cancer
ATCD	: Antécédent
BHE	: Bilan hydro-électrolytique
CAM	: Carcinoma annexiels microkystique
CBC	: Carcinome basocellulaire
CE	: Les carcinomes épidermoïdes
CSC	: Carcinome spinocellulaire
ECG	: Électrocardiogramme
FGF	: Fibroblast Growth Factor
HAS	: Haute autorité de santé
HGF	: Hepatocyte Growth Factor
HIV	: Le virus de l'immunodéficience humaine
LEC	: Le lupus érythémateux chronique
NFS	: Numération formule sanguine
PDGF	: Platelet Derived Growth Factor
PDS	: Perte de substance
PEC	: Prise en charge
RCP	: Réunions de concertation pluridisciplinaire
TDM	: Tomodensitométrie
TNM	: Tumor nodes metastasis
VEGF	: Vascular Endothelial Growth Factor
UV	: Les ultraviolets



PLAN



INTRODUCTION	1
MATERIEL ET METHODES	3
I. Matériel :.....	4
1. Type et période de l'étude :.....	4
2. population de l'étude :.....	4
II. Méthodes :.....	5
1. Données anamnestiques :.....	5
2. Données cliniques :.....	5
3. Données anatomopathologique :.....	6
4. Les données thérapeutiques :.....	6
RÉSULTATS	7
I. Profil épidémiologique :.....	8
1. Age :.....	8
2. sexe :.....	8
3. Les facteurs de risque.....	9
4. Autres antécédents médicaux :.....	11
II. Le profil clinique :.....	12
1. Le délai de consultation.....	12
2. Motif de consultation.....	12
3. Le siège :.....	12
4. Traitement entretenu:.....	13
5. Evolution :.....	13
III. Examen clinique :.....	13
1. L'état général :.....	13
2. Lésion élémentaire :.....	14
3. Limites.....	15
4. Formes.....	16
5. Taille.....	16
6. Examen ganglionnaire :.....	16
IV. Le bilan d'extension :.....	16
1. Examen clinique :.....	16
2. Examen para-clinique :.....	17
V. Les aspects anatomopathologiques :.....	17
1. Les types de biopsie diagnostique :.....	17
2. Les résultats de l'examen anatomopathologique :.....	18
VI. Profil thérapeutique :.....	18
1. Anesthésie :.....	18
2. Chirurgie :.....	19
3. Le traitement adjuvant.....	25
4. Evolution :.....	25
VII. Cas cliniques:.....	26

1. Cas clinique 1 :.....	26
2. Cas clinique 2:.....	28
3. Cas clinique 3:.....	30
4. Cas clinique 4:.....	32
5. Cas clinique 5:.....	33
6. Cas clinique 6:.....	35
DISCUSSION	36
Partie 1: Revue bibliographique	37
I. Rappel épidémiologique :.....	37
1. Fréquence :.....	37
2. Facteurs de risque des tumeurs cutanées malignes de la face :.....	38
II. Anatomie et particularités anatomiques de la face :.....	42
1. Anatomie topographique de la face:.....	42
2. Concept d'unités esthétiques de la face :.....	43
3. Les lignes de tension cutanées :.....	44
4. Phototype cutané :.....	45
5. Le système musculo-aponévrotique superficiel:.....	46
6. Vascularisation et innervation de la face:.....	47
III. Anatomopathologie :.....	55
1. Structure de la peau:.....	55
2. Carcinogenèse de la peau :.....	58
IV. Diagnostic des cancers cutanés de la face :.....	61
1. Circonstance de diagnostic :.....	61
2. Démarche diagnostic :.....	61
VI. Traitement des cancers cutanés de la face :.....	75
1. But:.....	75
2. Moyens :.....	76
3. Indications (80)(81).....	108
4. Evolution (81)(82).....	110
5. Prévention (80) (82) (83).....	112
Partie 2: Discussion des résultats	115
I. l'analyse épidémiologique.....	115
1. Âge :.....	115
2. Sexe :.....	116
3. les facteurs de risque:.....	117
II. L'analyse clinique :.....	120
1. Le délai de consultation:.....	120
2. Les caractéristiques de la tumeur:.....	121
3. L'extension ganglionnaire:.....	122
III. L'analyse anatomo-pathologique :.....	123
IV. L'analyse thérapeutique.....	124
1. La chirurgie :.....	124

2. Mode de reconstruction.....	125
3. Traitement adjuvant :.....	127
V. Les complications :.....	128
1. La récurrence tumorale:.....	128
2. Décès ;.....	128
Partie 3: Recommandations	129
CONCLUSION	131
ANNEXES	133
RÉSUMÉS	141
BIBLIOGRAPHIE	145



INTRODUCTION



Les tumeurs cutanées malignes de la face se définissent comme une néoprolifération tissulaire de cellules de la peau situées entre la ligne capillaire en haut et la tangente à la pointe du menton en bas.

Les cancers cutanés de la face sont fréquents et d'étiologies multiples. Leur gravité revêt plusieurs aspects tels que la morbi-mortalité, l'atteinte des structures nobles de la face ainsi que d'éventuelles séquelles esthétiques. La position proéminente et l'exposition solaire expliquent l'incidence plus élevée des tumeurs cutanées au niveau de la face.

Une prise en charge optimale de la pathologie tumorale cutanée de la face impose un examen clinique minutieux, un bilan lésionnel précis et un dépistage précoce.

Elle repose principalement sur une prise en charge multidisciplinaire visant à éviter l'aggravation de la maladie cancéreuse. La chirurgie reste la technique de référence. Néanmoins, la prévention reste le meilleur traitement.

Notre travail a pour but de définir les différents principes de prise en charge des tumeurs cutanées malignes de la face, à travers une étude prospective à propos de 56 cas, des patients colligés au service de Chirurgie Plastique réparatrice et Esthétique de l'Hôpital Militaire OUED EDDAHAB d'Agadir entre août 2021 et août 2022.



MATERIELS
ET
METHODES



I. Matériel

1. Type et période de l'étude

Il s'agit d'une étude prospective réalisée au service de Chirurgie Plastique et réparatrice à l'Hôpital Militaire Oued Eddahab d'Agadir, étalée sur une période de 12 mois, de août 2021 à août 2022, portant sur 56 patients pris en charge pour tumeurs cutanées malignes de la face.

2. population de l'étude

Notre population générale est constituée de patients porteurs de tumeurs cutanées malignes de la face. Nous avons inclus dans l'étude 56 cas.

2.1. Critères d'inclusion

Les patients opérés pour tout type de tumeur cutanée maligne de la face avec preuve anatomopathologique.

2.2. Critères d'exclusion :

- Autres localisations que la face.
- Les lésions précancéreuses.

2.3. Échantillon de l'étude :

Le tirage aléatoire simple était notre technique d'échantillonnage, car tous les patients admis étaient recrutés avec les mêmes chances. En fonction de nos critères d'inclusions, l'échantillon de notre étude a été constitué de 56 patients.

II. Méthodes

Nous avons recueilli les données de chaque patient à l'aide d'une fiche d'exploitation (annexe 1), contenant plusieurs paramètres.

L'ensemble des 56 cas a été analysé selon le plan suivant :

1. Données anamnestiques :

- L'âge et le sexe du patient
- Les antécédents médico-chirurgicaux
- Les facteurs de risque du cancer cutané
- Les habitudes alcool-tabagiques
- Le motif de consultation
- Les circonstances de survenue

2. Données cliniques :

Tous les patients ont bénéficié d'un examen clinique complet comportant:

- L'évaluation de l'état général
- L'examen de la tumeur qui permet de déterminer ses caractéristiques : le siège, la lésion élémentaire, les limites, la consistance, la forme, la mobilité et la taille
- L'examen locorégional, l'examen des aires ganglionnaires, et l'examen somatique complet
- Le bilan d'extension.

3. Les données anatomopathologiques :

- La biopsie
- Les résultats de l'étude anatomopathologique

4. Les données thérapeutiques :

- Les marges d'exérèse
- Le curage ganglionnaire
- Le type de reconstruction
- Les éventuels traitements non chirurgicaux complémentaires : la chimiothérapie et la radiothérapie.
- L'évolution et les résultats à court et à moyen terme.



RÉSULTATS



I. Profil épidémiologique :

1. Age :

L'âge moyen de nos patients au moment de la découverte de la tumeur était de 59 ans avec des extrêmes allant de 25 ans à 88 ans et une prédominance des cas dans la tranche d'âge 50 ans à 70 ans. (Figure 1)

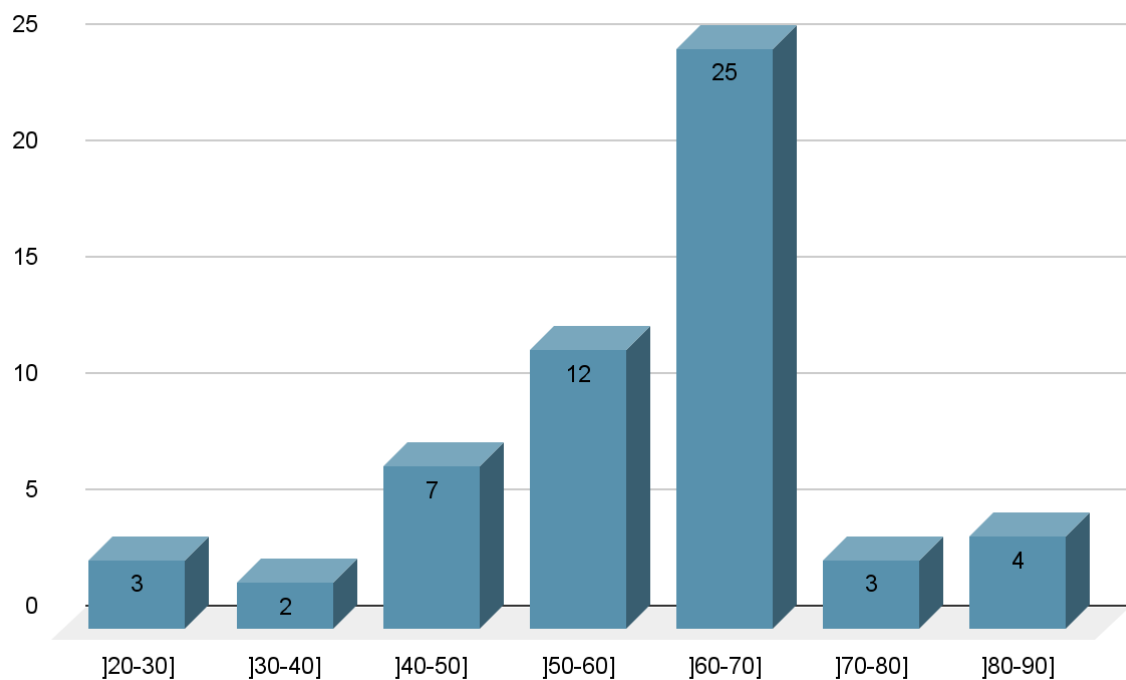


Figure 1 : répartition des patients par tranches d'âge

2. Sexe :

Notre série a été caractérisée par une prédominance masculine. Pour 56 cas de patients porteurs de tumeur cutanée maligne de la face, nous avons retrouvé 42 patients de sexe masculin soit 75% des cas et 14 patients de sexe féminin soit 25% des cas, avec un sexe ratio M/F de 3 (Figure 2)

Le sexe

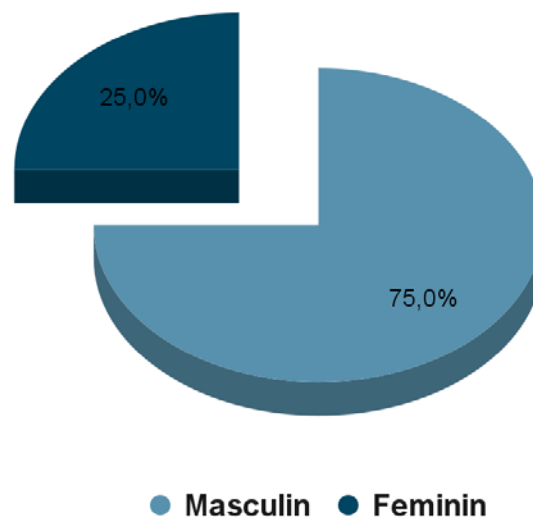


Figure 2: La répartition des patients selon le sexe

3. Les facteurs de risque

3.1. Phototype:

Dans notre série, 26 patients étaient de phototype II (46.4%), 26 patients étaient de phototype III (46.4%) et 4 patients étaient de phototype I (7.1%), selon la classification de Fitzpatrick et al. (1) (Figure 3)

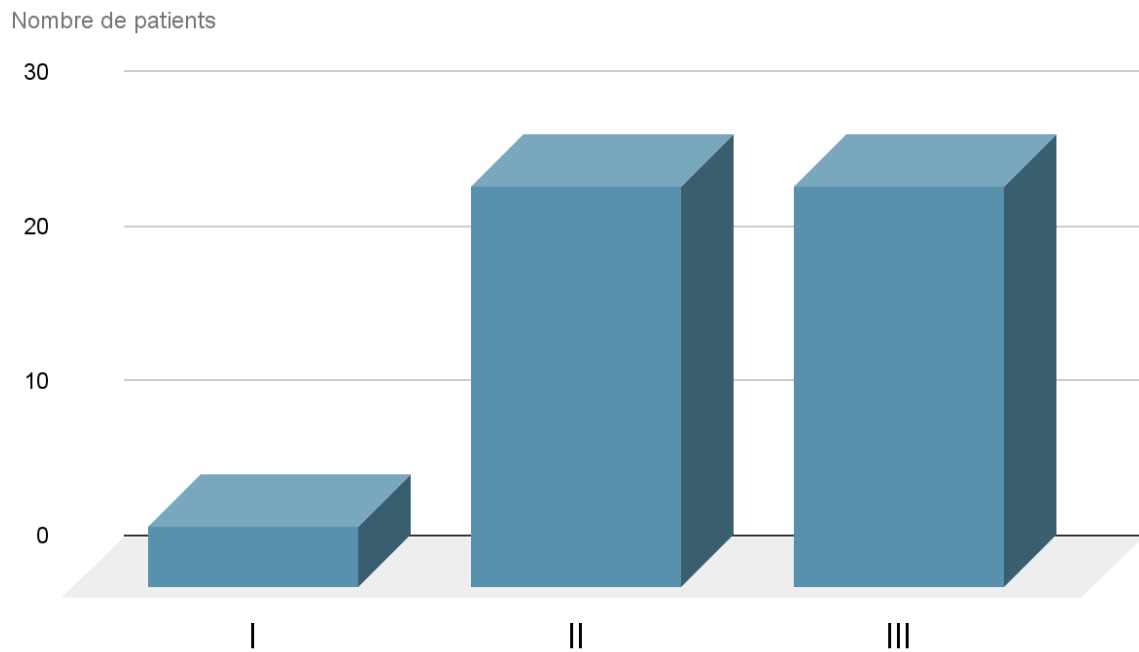


Figure 3 : La répartition des patients en fonction du phototype

3.2. Exposition solaire :

Tous nos patients étaient exposés au soleil durant leur enfance et leur adolescence, sans protection notable. Néanmoins, elle est retrouvée de façon importante chez 87 % de nos patients, liée à une activité professionnelle exercée en plein air. (Figure 4)

La protection solaire a été notée chez 10 patients.

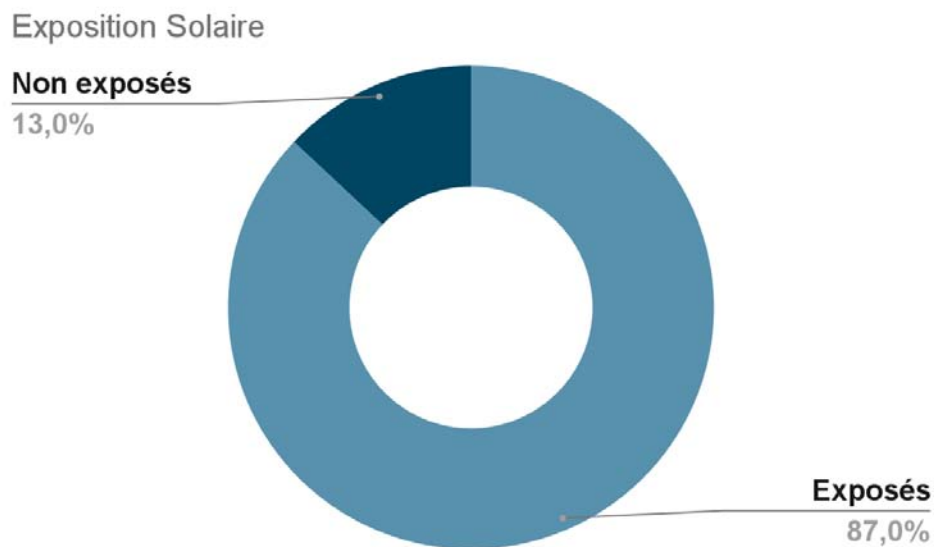


Figure 4 : Répartition des patients selon la photoexposition

3.3. Les antécédents :

a. Antécédents dermatologiques

- Dans 17 cas, des cancers ont été diagnostiqués sur des lésions préexistantes. Parmi ces 17 cas, seize patients avaient une kératose actinique et un seul patient avait une cicatrice de brûlure.
- Une patiente avait une rosacée, et un patient présentait des cicatrices d'acné.

b. Tabagisme :

La notion de tabagisme chronique a été retrouvée chez 39% de nos patients.

4. Autres antécédents médicaux : (Tableau N° I)

- Treize patients (23.2%) étaient diabétiques, avec des taux de glycémie dans les normes au moment de la prise en charge.

- Huit patients étaient hypertendus (14.2%). Ils étaient tous sous traitement antihypertenseur.
- Un seul patient (1.7%), était asthmatique sous traitement
- Un seul patient était suivi pour une dépression
- Un autre patient était suivi pour une hyper-uricémie

Tableau N° I: Les différentes tares associées chez nos patients.

	Nombre de cas	Pourcentage
Diabète	13	23.2
Hypertension artérielle	8	14.2
Asthme	1	1.7
Dépression	1	1.7
Goutte	1	1.7

II. Le profil clinique :

1. Le délai de consultation

Le temps moyen entre la découverte de la lésion tumorale et la consultation était de 4 mois, avec un délai variant entre 1 mois et 3 ans.

2. Motif de consultation

Il est à noter que 98% des patients ont consulté devant l'apparition d'une lésion augmentant progressivement de volume, tandis que 2% se sont présentés pour récives de lésions déjà traitées.

3. Le siège :

Chez nos patients les lésions tumorales retrouvées intéressaient toute la région faciale et prédominaient au niveau médio faciale. On a défini plusieurs unités anatomiques (Tableau II).

Tableau N° II : Répartition des lésions selon le siège.

siège	nombre de tumeur (n=56)	pourcentage
Jugal	19	33.93
Nasal	15	26.79
Temporal	7	12.5
Frontal	6	10.71
Palpébrale inférieure	3	5.36
Canthal	1	1.8
Labial inférieure	1	1.8
Labial supérieure	1	1.8
Naso-labial	1	1.8
Naso-labio-génien	1	1.8
Jugo-palpebral inférieure	1	1.8

4. Traitement entretenu:

Dans notre série, 91 % des patients n'ont suivi aucun traitement avant de consulter, alors que 7 % des patients ont utilisé un traitement antibiotique local et 2% ont essayé des produits naturels.

5. Evolution :

Chez 80.36% des patients, l'évolution était stationnaire, tandis que 19.64% des patients ont remarqué une augmentation progressive de la taille tumorale.

III. Examen clinique :

1. L'état général:

Au moment de la consultation : (Tableau N°III)

- 43 patients (76.8%) avaient une activité normale sans restriction (OMS 0)

- 4 patients (7.1%) présentaient une restriction pour les activités physiques importantes mais demeuraient autonomes et capables de travail léger durant la journée. (OMS 1)
- 6 patients (10.7%) étaient autonomes, mais incapable de soutenir un travail et alités pendant moins de 50% de leur temps (OMS 2)
- 3 patients (5.4%) avaient une capacité de prise en charge propre beaucoup plus limitée, et passaient plus de 50 % de leur temps au lit ou dans une chaise. (OMS 3)

Tableau N°III : Répartition des patients selon le score OMS de l'état général

OMS	PATIENTS	POURCENTAGE
0	43	76.8
1	4	7.1
2	6	10.7
3	3	5.4
4	0	0

2. Lésion élémentaire :

La lésion élémentaire prédominante était la papule, présente dans 26.79% des cas(Figure 5), suivie du nodule qui est présent dans 21.43% des cas. Le tableau suivant représente les différentes lésions élémentaires et leurs répartitions chez nos patients. (Tableau IV)

Lésions élémentaires

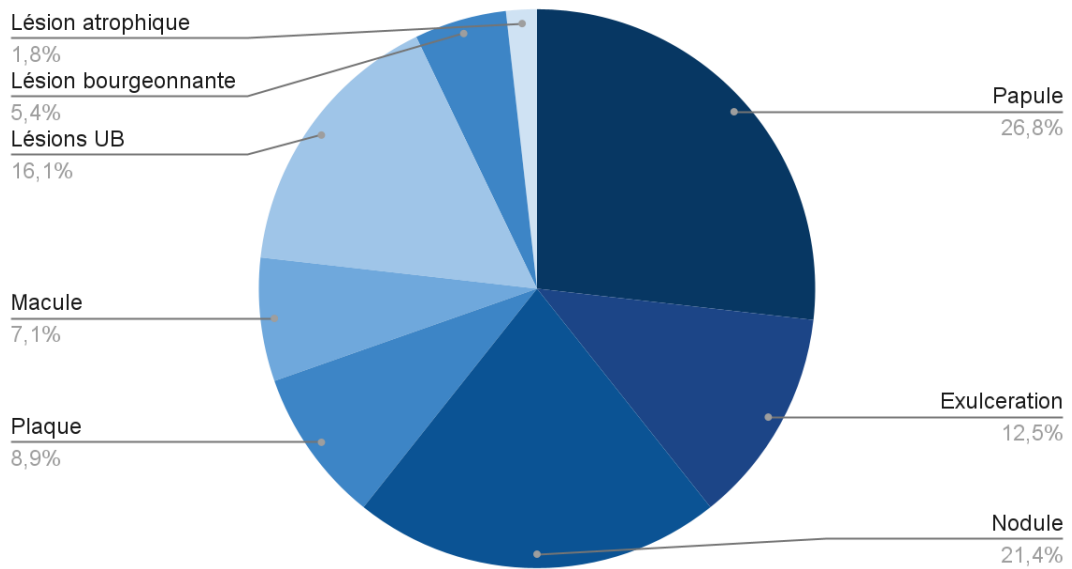


Figure 5: Répartition des lésions élémentaires.

Tableau N°IV : Répartition des lésions élémentaires.

Lésion élémentaire	Patients	Pourcentage
Papule	15	26.79 %
Ulcération	7	12.5 %
Nodule	12	21.43 %
Plaque	5	8.93 %
Macule	4	7.14 %
Lésion ulcéro-bourgeonnante (UB)	9	16.07 %
Lésion bourgeonnante	3	5.36 %
Lésion atrophique	1	1.79 %

3. Limites

Dans tous les cas, 2 tumeurs avaient des limites floues, tandis que 54 avaient des limites nettes.

4. Formes

Dans notre série, 27 tumeurs avaient une forme ovale et 24 tumeurs avaient une forme ronde, alors que 5 tumeurs n'avaient pas de forme typique.

5. Taille

La taille moyenne des tumeurs de notre série était 23mm en longueur sur 15 mm en largeur avec des extrêmes allant de 3mm x 2mm à 10cm x 9.5cm.

6. Examen ganglionnaire :

Dans notre étude, l'atteinte ganglionnaire était cliniquement objectivée chez deux patients atteints d'un carcinome épidermoïde.

IV. Le bilan d'extension :

1. Examen clinique :

- Tous nos patients ont bénéficié d'un examen clinique minutieux pour préciser l'extension locale et à distance de la tumeur.
- Aucun patient n'a des signes cliniques d'extension locorégionale
- Des adénopathies cervicales ont été retrouvées chez 2 patients présentant des carcinomes épidermoïdes.
- L'examen clinique n'a pas montré de signe d'extension à distance.
- l'état général de tous nos patients était conservé.

2. Examen para-clinique :

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

Une tomodensitométrie cervico-faciale a été demandée chez 47 patients :

Ce bilan avait objectivé une extension ganglionnaire chez les 2 patients sans signe d'envahissement locorégional ou à distance.

Nous avons demandé une TDM cervico-faciale plutôt qu'une échographie cervicale afin de réduire le délai de prise en charge.

Une Tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne a été demandée chez un seul patient, n'objectivant pas de signes d'envahissement.

V. Les aspects anatomopathologiques :

1. Les types de biopsie diagnostique :

Dans notre série, tous nos patients ont bénéficié d'une biopsie, avec une biopsie exérèse dans 75% des cas et une biopsie simple dans 25% des cas. (Figure 6)

Type de biopsie

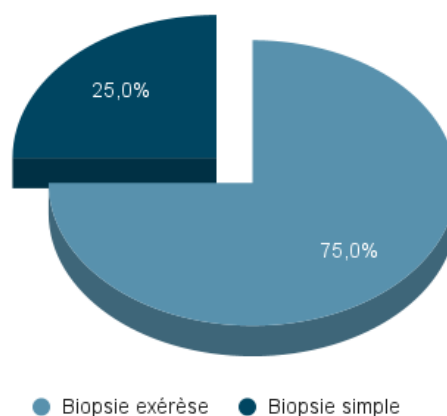


Figure 6 : la répartition des types de biopsie

2. Les résultats de l'examen anatomopathologique :

Les résultats de l'examen anatomopathologique étaient les suivants:

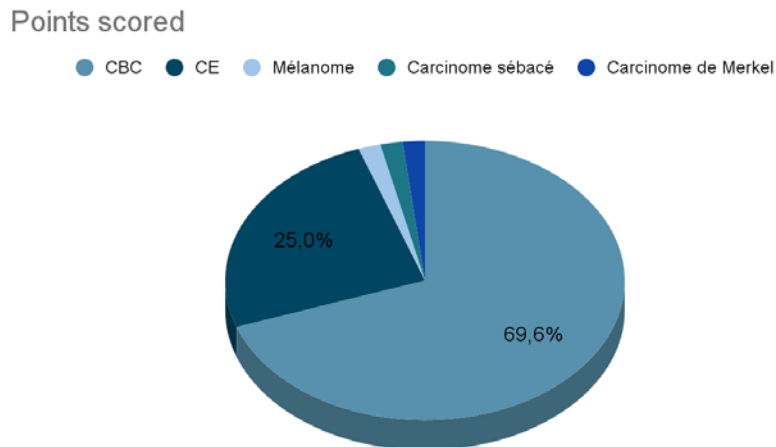


Figure 7 : la répartition des lésions selon le type histologique

Tableau N° V : la répartition des lésions selon le type histologique

TYPE HISTOLOGIQUE	nombre de cas (n=56)	pourcentage
Carcinome basocellulaire	39	69.6
Carcinome épidermoïde	14	25.0
Mélanome	1	1.8
Carcinome sébacé	1	1.8
Carcinome de Merkel	1	1.8

VI. Profil thérapeutique :

1. Anesthésie :

Dans notre étude, le geste opératoire était sous anesthésie générale chez 23 patients (41.1%) alors que 33 patients (58.9%) ont été opérés sous anesthésie locale. (Figure 8)

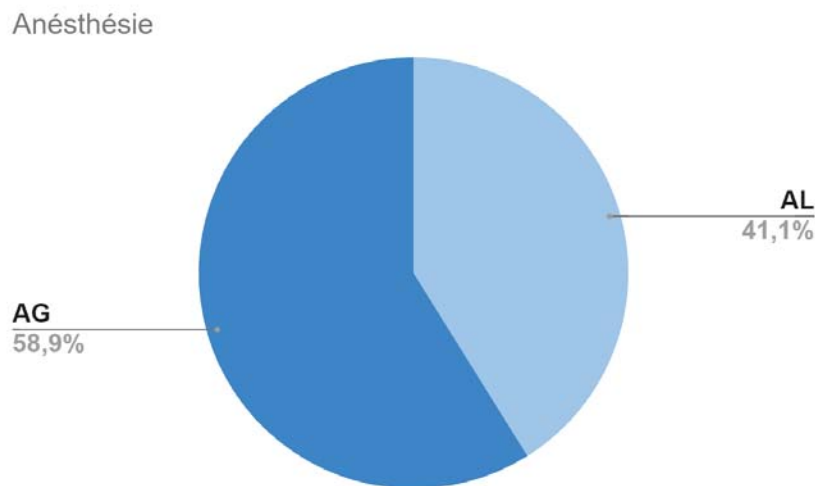


Figure 8 : Répartition des patients selon le type d'anesthésie

2. Chirurgie :

2.1. L'exérèse de la tumeur

Dans notre étude, tous nos patients ont été traités chirurgicalement.

L'acte chirurgical a consisté en une exérèse de la tumeur avec des marges d'exérèse avec des marges latérales de 0.3 cm à 1 cm en emportant en profondeur une barrière anatomique saine.

La résection tumorale était complète chez 51 patients (91% des cas) et incomplète chez 5 patients (9 % des cas)

2.2. Le curage ganglionnaire cervical

Dans notre série, le curage ganglionnaire a été réalisé chez 2 patients devant la présence d'adénopathies cervicales.

2.3. La reconstruction de la perte de substance

a. La suture directe

La fermeture par suture directe de la perte de substance a été réalisée chez 16 patients.

b. La cicatrisation dirigée

Dans notre série, aucune cicatrisation dirigée n'a été utilisée en tant que technique de reconstruction, sauf un seul patient en attente de greffe.

c. Les greffes de peau

Les greffes cutanées ont été utilisées chez 3 patients. Il s'agissait d'une greffe de peau totale dans le cas d'un CBC du canthus interne. Cette technique a été aussi utilisée dans le cas d'un CE de l'aile droit, et d'un carcinome sébacé jugal.

Chez les 3 patients, le site donneur de la greffe de peau était la région sus-claviculaire. Ces greffes ont été mises en place immédiatement après l'exérèse tumorale chez 2 patients et en temps différé chez un autre patient. (Tableau N°VI)

Tableau N°VI : les patients ayant bénéficié d'une reconstruction par greffe de peau

Diagnostic	Diamètre de la lésion	Site donneur
CBC du canthus interne	10 mm	Prélèvement sus claviculaire
CE de l'aile droit du nez	20 mm	Prélèvement sus claviculaire
carcinome sébacé jugal	40 mm	Prélèvement sus claviculaire

d. Les lambeaux

d.1. La reconstruction labiale

Dans notre série, nous relevons 2 cas d'atteintes labiales dont un cas avec atteinte de la lèvre inférieure et un cas avec atteinte de la lèvre supérieure.

❖ Lambeau de Webster

Ce type de lambeau a été utilisé chez un patient atteint d'un CBC de la lèvre supérieure.

❖ Lambeau d'Eslander

Le lambeau d'Eslander a été indiqué pour couverture de la perte de substance dans le cas d'un CE de la lèvre inférieure

d.2. La reconstruction nasale

Le carcinome du nez a été retrouvé chez 17 patients.

❖ **Lambeau frontal**

Ce procédé a été indiqué chez un patient qui présentait de large perte de substance. Sa fiabilité est excellente grâce à sa vascularisation axiale basée sur la ou les artères frontales internes.

❖ **Lambeau jugal de Mustardé**

Ce lambeau a été utilisé chez un seul patient présentant une atteinte tumorale étendue du dorsum nasal.

❖ **Lambeau de Rybka**

Cette technique a été utilisée chez 5 patients présentant des pertes de substance nasales médianes ou paramédianes.

❖ **Lambeau bilobé**

Ce procédé a été adopté chez 2 patients pour réparer la perte de substance de substance au niveau de la pointe du nez.

❖ **Lambeau naso-génien :**

Ce lambeau a été utilisé chez 5 patients présentant des tumeurs au niveau de l'aile nasale.

❖ **Lambeau glabellaire**

Ce lambeau a été utilisé chez un seul patient présentant une atteinte tumorale nasale.

d.3. La reconstruction jugale :

Dans notre étude, nous révélons 10 cas d'atteinte tumorale de la joue pour lesquelles différentes techniques de réparation par lambeau ont été adoptées.

❖ **Lambeau temporo-jugal de mustardé :**

Ce procédé a été utilisé chez 5 patients pour réparation des pertes de substance de la joue.

❖ **Lambeau en cerf-volant :**

Ce lambeau a été confectionné chez un patient pour combler une perte de substance de la joue non étendue

❖ **Lambeau LLL:**

Ce procédé a été adopté chez un patient pour réparer une perte de substance losangique de la joue

d.4. La reconstruction palpébrale

Dans notre étude, nous avons relevé 4 cas d'atteinte oculaire dont 3 cas siégeaient niveau de la paupière inférieure, 1 cas au niveau de l'angle interne de l'œil.

Un seul cas de CBC du canthus interne a bénéficié d'une reconstruction par greffe de peau, et un cas de CBC de la paupière inférieure a bénéficié d'une suture directe.

❖ **Lambeau Tenzel :**

Cette technique a été indiquée chez un seul patient pour réparer une perte de substance intéressant la paupière inférieure .

❖ **Lambeau temporo-jugal de Mustardé**

Ce lambeau a été confectionné dans un seul cas pour combler une perte de substance de la paupière inférieure.

d.5. La reconstruction frontale

Dans notre série 6 patients ont été atteints de tumeurs frontales, dont un cas chez qui la reconstruction a été faite par suture directe.

❖ **Lambeau au hasard**

Ce procédé a été utilisé chez 5 patients présentant des tumeurs de la région frontale, dont un patient qui a bénéficié d'une plastie en H après résection d'un CBC frontal non étendu

d.6. La reconstruction temporale

Les tumeurs temporales ont été observées chez 7 patients, dont 2 cas chez qui la reconstruction été faite par suture directe.

❖ **Lambeau temporo-jugal de Mustardé**

Ce lambeau a été utilisé dans un seul cas d'un patient atteint d'un CE temporal.

**TABLEAU VII : Résumé des indications de procédés de réparation des PDS selon
 le siège dans notre série :**

Siège	Procédé de réparation	Nombre de cas
Nasal	Lambeau frontal	1
	Lambeau de Mustardé	1
	Lambeau de Rybka	5
	Lambeau bilobé	2
	Lambeau naso-génien	5
	lambeau glabellaire	1
Jugal	Lambeau de Mustardé	5
	Lambeau en Cerf-volant	1
	Lambeau LLL	1
	Structure directe	8
	Greffe de peau	2
Labial	Lambeau de Webster	1
	Lambeau d'Eslander	1
Palpébral	Lambeau de Tenzel	1
	Lambeau de Mustardé	1
	Suture directe	1
	Greffe de peau	1
Frontal	lambeau au hasard	5
	Suture directe	1
Temporal	Lambeau de Mustardé	1
	Suture directe	2

3. Le traitement adjuvant

3.1. La radiothérapie

Dans notre série 10 de nos patients ont bénéficié d'une radiothérapie comme traitement adjuvant:

- 4 patients atteints des CBC de la région jugale.
- 3 patients atteints des CBC de la région nasale.
- un patient avec CBC de la paupière inférieure.
- un patient avec CBC frontal.
- un patient présentant un CE de la joue étendu à la paupière inférieure.

3.2. La chimiothérapie :

Aucune chimiothérapie n'a été administrée pour nos patients.

4. Evolution :

- Les suites postopératoires immédiates étaient simples, sans incident notable
- Tous les lambeaux et les greffes de peau ont survécu
- Le résultat esthétique était satisfaisant chez tous nos patients
- Deux patients ayant un ATCD de CBC, ont présenté une récurrence tumorale du même type au niveau de la face.
- Un seul patient a présenté une tentative de suicide à J8 postopératoire, le patient était suivi pour dépression, et une intervention psychiatrique était demandée.
- Un seul patient est décédé à J10 postopératoire à la suite d' une décompensation de tares, le patient était suivi pour un CE étendu au niveau temporal.

VII. Cas cliniques:

1. Cas clinique 1:

Il s'agit du patient O.N. âgé de 61 ans, de phototype IV, Non tabagique, avec antécédent d'exposition solaire fréquente sans application de l'écran solaire, et sans autres antécédents particuliers.

Il s'est présenté pour une lésion cutanée au niveau de l'aile droite du nez apparue il y a 6 mois.

L'examen clinique avait objectivé une lésion érythémato-squameuse déprimée, mal limitée de 2cm/1,5cm, saignante au contact. Le reste de l'examen clinique, notamment celui des aires ganglionnaires est sans anomalie

Le patient a bénéficié d'une exérèse totale de la lésion avec des marges d'exérèse de 6 mm.

Le résultat anatomopathologique a objectivé un CE infiltrant moyennement différencié.

La reconstruction a été réalisée par une greffe de peau totale, prélevée de la région sus-claviculaire.

Les suites postopératoires étaient simples. L'évolution a été marquée par une survie de la greffe.

Le résultat esthétique était satisfaisant.



2. Cas clinique 2:

Il s'agit du patient R.E. âgé de 58 ans, de phototype IV, Non tabagique, avec antécédent d'exposition solaire fréquente sans application de l'écran solaire, et un diabète type 2 sous antidiabétiques oraux.

Il s'est présenté pour une lésion cutanée au niveau de la région génienne gauche apparue il y a 11 mois.

L'examen clinique avait objectivé une lésion ulcéro-bourgeonnante, bien limitée de 1,5 cm / 1 cm, saignante au contact. Le reste de l'examen clinique, notamment celui des aires ganglionnaires est sans anomalie

Le patient a bénéficié d'une exérèse totale de la lésion avec des marges d'exérèse de 5 mm.

Le résultat anatomopathologique a objectivé un CBC nodulaire.

La reconstruction a été réalisée par un lambeau d'avancement jugal.

Les suites post-op étaient simples. L'évolution à court et à moyen terme était sans particularité, et le résultat esthétique était satisfaisant.



3. Cas clinique 3:

Il s'agit du patient B.A. âgé de 80 ans, de phototype III, tabagique, avec antécédent d'exposition solaire fréquente sans application de l'écran solaire, un diabète type 2 sous antidiabétique oraux et une hypertension artérielle sous traitement.

Il se présente pour une lésion cutanée au niveau du sillon naso-génien gauche apparue il y a 2 ans.

L'examen clinique avait objectivé une lésion ulcéreuse, mal limitée de 1 cm / 7 mm, non saignante au contact.

L'examen des aires ganglionnaire: RAS

Le reste de l'examen clinique est sans anomalie.

Le patient a bénéficié d'une exérèse totale de la lésion avec des marges d'exérèse de 6 mm.

Le résultat anatomopathologique a objectivé un CE bien différencié.

La reconstruction a été réalisée par une plastie locale.

Les suites post-op étaient simples. L'évolution à court et à moyen terme était sans particularité, et le résultat esthétique était satisfaisant.



4. Cas clinique 4:

Il s'agit de la patiente S. A. âgée de 56 ans, de phototype II , avec antécédent d'exposition solaire fréquente ,et notion application de l'écran solaire.

Elle s'est présentée en consultation pour une lésion cutanée au niveau de la face latérale du nez apparue il y'a 5 mois (figure).

L'examen clinique avait objectivé une papule, bien limitée de 1,5 cm / 1 cm , non saignante au contact. Le reste de l'examen clinique, notamment celui des aires ganglionnaires est sans anomalie.

La patiente a bénéficié d'une exérèse totale de la lésion avec des marges d'exérèse de 5 mm.

Le résultat anatomopathologique a objectivé un CBC nodulaire.

La reconstruction a été réalisée par un lambeau frontal oblique.

Les suites post-opératoires étaient simples. L'évolution à court et à moyen terme était sans particularité, et le résultat esthétique était satisfaisant.



5. Cas clinique 5:

Il s'agit du patient H.R. âgé de 48 ans, de phototype III, tabagique, avec antécédent d'exposition solaire fréquente sans application de l'écran solaire, et sans autres antécédents particuliers.

Il se présente pour une lésion cutanée au niveau de la région jugale droite apparue il y a 2 mois.

L'examen clinique avait objectivé une papule perlée, bien limitée de 1 cm / 5 mm , non saignante au contact. Le reste de l'examen clinique, notamment celui des aires ganglionnaires est sans anomalie.

Le patient a bénéficié d'une exérèse totale de la lésion avec des marges d'exérèse de 5 mm.

Le résultat anatomopathologique a objectivé un CBC nodulaire.

La reconstruction a été réalisée par une suture simple.

Les suites post-op étaient simples. L'évolution à court et à moyen terme était sans particularité, et le résultat esthétique était satisfaisant.



6. Cas clinique 6:

Il s'agit de la patiente A.E. âgée de 32 ans, de phototype II, avec Antécédent d'exposition solaire fréquente sans application de l'écran solaire.

Elle s'est présentée en consultation pour une lésion cutanée au niveau du dorsum nasal apparue il y'a 4 mois.

L'examen clinique avait objectivé une papule perlée, bien limitée de 2 cm / 2.5 cm, non saignante au contact. Le reste de l'examen clinique, notamment celui des aires ganglionnaires est sans anomalie.

La patiente a bénéficié d'une exérèse totale de la lésion avec des marges d'exérèse de 5 mm.

Le résultat anatomopathologique a objectivé un CBC nodulaire.

La reconstruction a été réalisée par un lambeau glabellaire.

Les suites post-op étaient simples. L'évolution à court et à moyen terme était sans particularité, et le résultat esthétique était satisfaisant.





DISCUSSION



Partie 1: Revue bibliographique

I. Rappel épidémiologique

1. Fréquence

Les cancers de la peau sont les tumeurs malignes les plus fréquentes dans le monde, avec environ 2 à 3 millions de cas de cancers de la peau kératinocytaires et 132 000 cas de mélanome survenant chaque année. (2)

Carcinome basocellulaire (CBC):

Le CBC est le cancer cutané le plus fréquent chez l'homme. L'incidence du CBC est supérieure à 150 cas pour 100 000 habitants par an en France. Son incidence augmente régulièrement du fait de l'augmentation de l'espérance de vie et de l'exposition croissante aux rayonnements solaires. Le nombre de CBC a doublé entre 1970 et 1986.

Son incidence croît régulièrement avec l'âge. L'âge moyen des patients est de 64 ans . Auparavant le CBC était essentiellement retrouvé chez les patients âgés, mais touche maintenant également les personnes de moins de 40 ans, chez des personnes avec exposition fréquente et prolongée aux ultraviolettes (UV) (3)

Carcinome épidermoïde (CE):

Les carcinomes épidermoïdes cutanés ou spinocellulaires (CSC) regroupent des tumeurs épithéliales malignes cutanées primitives qui expriment une différenciation malpighienne et sont distinctes des carcinomes basocellulaires. L'incidence annuelle du CEC en France est estimée à 30/ 100 000 dans la population générale. L'âge moyen de découverte est de 76 ans. La prévalence et l'incidence du CEC augmentent, du fait du vieillissement de la population et des habitudes d'exposition solaire. (4)

Mélanome:

Le mélanome représente un petit pourcentage de l'ensemble des cancers de la peau diagnostiqués chaque année (3 %) mais il est responsable d'un taux de mortalité important (65 %)(5).

L'incidence du mélanome augmente dans le monde entier dans les populations blanches, en particulier là où il y a une exposition excessive au soleil. En Europe, le taux d'incidence est de 10–25 nouveaux cas de mélanome pour 100 000 habitants ; aux USA 20–30 pour 100 000 ; et en Australie, où une incidence très élevée est observée, 50–60 pour 100 000.(6)

Les tumeurs annexielles:

Les tumeurs annexielles cutanées sont des tumeurs primitives cutanées à la fois rares et hétérogènes. La classification de l'OMS de 2006 distingue 21 sous types de tumeurs bénignes et 15 sous types de tumeurs malignes. Le pic de fréquence est situé entre 30 et 40 ans avec une prédominance masculine (63,5%). La région de la tête et du cou est le siège de prédilection.(7)

2. Facteurs de risque des tumeurs cutanées malignes de la face :

De multiples facteurs de risque existent pour tous les types de cancer de la peau. Ceux-ci comprennent des facteurs endogènes et des facteurs exogènes. (8)

2.1. Les dermatoses prénéoplasiques acquises:

a. Le lupus érythémateux disséminé: (9) (10)

Le lupus érythémateux disséminé (LES), défini comme une maladie auto-immune inflammatoire complexe et chronique, se caractérise par la production d'auto-anticorps, l'activation du complément et le dépôt de complexes immuns, qui peuvent être dirigés contre presque tous les systèmes organiques dans un éventail hétérogène de manifestations cliniques.

Le lupus érythémateux discoïde est la forme la plus courante de lupus érythémateux cutané. Il se caractérise par des lésions cicatricielles avec des changements pigmentaires

principalement sur les zones photo-exposées. Des carcinomes épidermoïdes cutanés ont été rapportés avec une incidence allant jusqu'à 3 % des patients atteints de lupus érythémateux disséminé.

b. La kératose actinique : (11) (12)

Les kératoses actiniques sont définies comme des macules, des papules ou des plaques kératosiques présentant des squames superficielles à fond érythémateux, apparaissant sur des zones exposées au soleil. Elles doivent être classées comme des carcinomes épidermoïdes in situ. Sur le plan histopathologique, une prolifération intra épidermique de kératinocytes atypiques peut être observée. 10 % des kératoses actiniques évoluent vers des CE invasifs, la progression prend environ 2 ans.

c. Les cicatrices chroniques : (13) (14) (2)

L'étiologie des cancers survenant sur des cicatrices n'est pas entièrement claire, bien que les hypothèses dominantes incluent une prolifération prolongée due à une inflammation et une irritation chroniques des tissus, une exposition continue des tissus aux toxines et aux co-cancérogènes après la blessure et une mauvaise vascularisation du tissu cicatriciel. La cicatrice de brûlure est l'un des facteurs de risque pouvant se transformer en un type agressif de tumeur maligne cutanée. Environ 2 % des cicatrices de brûlures subissent une transformation maligne en CE, tandis que 0,3 % à 0,5 % en BCC.

2.2. Les dermatoses prénéoplasiques congénitales:

a. Xeroderma pigmentosum: (15) (16) (17)

Xeroderma pigmentosum est une génodermatose qui se manifeste par des altérations cutanées et oculaires photo-induites et des cancers cutanés, c'est un trouble rare de la réparation défectueuse des dommages induits par les rayons UV.

Les incidences estimées varient de 1 sur 20 000 au Japon à 1 sur 250 000 aux États-Unis, et environ 2,3 par million de naissances vivantes en Europe occidentale. L'incidence en Afrique du Nord et au Moyen-Orient, où le niveau de consanguinité est élevé, est nettement plus élevée.

Il a été estimé que les patients atteints de xeroderma pigmentosum ont un risque 10 000 fois plus élevé de cancer cutané non-mélanique et un risque 2 000 fois plus élevé de mélanome avant l'âge de 20 ans.

b. L'albinisme: (18) (19)

L'albinisme est un groupe de troubles héréditaires autosomique récessif de la biosynthèse de la mélanine caractérisés par une réduction généralisée de la pigmentation des cheveux, de la peau et des yeux. En raison de cette réduction, les patients sont très sensibles aux effets nocifs des rayons ultraviolets et ont un risque accru de lésions actiniques et de cancer de la peau.

c. L'épidermodysplasie verruciforme de lewandowsky-lutz : (20) (21)

L'épidermodysplasie verruciforme de Lewandowsky-Lutz est une génodermatose rare, elle se caractérise par une sensibilité anormale du revêtement cutané aux papillomavirus humains. Elle se traduit par l'apparition de macules squameuses et de papules d'évolution parfois exubérante, pseudo-tumorale. Les patients présentent un risque élevé de développer un carcinome in situ et un carcinome spinocellulaire dans les zones exposées aux rayons UV. Le papillomavirus humain de type 5 et type 8 étaient associés avec la conversion maligne.

d. Le naevus sébacé de jadassohn : (22) (23)

Le naevus sébacé, aussi appelé naevus sébacé de Jadassohn, est un hamartome congénital de l'épiderme, du derme et des phanères. Les néoplasies malignes surviennent dans 2,5 % des cas et sont considérées comme rares, avec le carcinome basocellulaire (1,1 %), le carcinome épidermoïde (0,57 %) et le carcinome sébacé. Des études étiopathogéniques récentes indiquent une association avec le virus du papillome humain (VPH) et des mutations génétiques.

e. Les porokératoses : (24)

Les porokératoses sont un groupe de dermatoses héréditaires, caractérisées par un trouble de la kératinisation. Plusieurs variantes cliniques ont été décrites, avec des caractéristiques spécifiques de morphologie, de distribution et d'évolution clinique. De nombreux auteurs les considèrent comme des entités pré-malignes compte tenu de la dégénérescence néoplasique potentielle en carcinome épidermoïde ou basocellulaire avec un risque de transformation maligne de 7,5 à 11 %.

f. Le syndrome de Gorlin : (25) (26)

Le syndrome de Gorlin ou syndrome de carcinome basocellulaire névoïde est une maladie génétique autosomique dominante, qui se caractérise par le développement de CBC cutanés dès le plus jeune âge, généralement la puberté, bien que dans certains cas survenant plus tôt dans l'enfance. Les carcinomes basocellulaires rencontrés par un individu affecté peuvent être au nombre de 500 au cours d'une vie et sont souvent cliniquement agressifs.

g. Le syndrome de Bazex : (27) (28)

Acrokératose paranéoplasique de Bazex est une affection dermatologique héréditaire rare. La concomitance du carcinome basocellulaire (CBC), de l'hypotrichose et de hypohidrose est une triade bien établie observée dans le syndrome de Bazex.

2.3. L'exposition solaire: (29) (30) (31)

Le rayonnement solaire est la principale source d'exposition humaine aux rayons ultraviolets (UV), qui se subdivisent en UVA, UVB et UVC. La composante ultraviolette qui atteint la surface de la Terre est d'environ 95 % d'UVA et 5 % d'UVB ; les UVC sont bloqués par l'ozone stratosphérique.

L'effet cumulatif du rayonnement solaire ultraviolet est responsable de l'augmentation mondiale du cancer de la peau, incluant le carcinome épidermoïde et ses précurseurs (les kératoses actiniques) ainsi que le carcinome basocellulaire et le mélanome. Les effets négatifs

des rayons ultraviolet sur la peau dépendent du type, de la durée et de l'intensité de l'exposition aux ultraviolets.

2.4. L'immunosuppression: (32) (33) (34)

Le système immunitaire joue un rôle essentiel dans la prévention, le développement et la progression du cancer. Sa capacité à reconnaître les antigènes sur les cellules malignes et à les cibler pour les détruire constitue la base de l'immunothérapie. L'immunosuppression primaire et secondaire est associée à un risque accru de tumeurs malignes notamment cutanées par rapport à la population générale.

Bien que les taux de survie s'améliorent pour les patients atteints d'états d'immunodépresseurs tels que le VIH, la leucémie lymphoïde chronique et la post-transplantation, l'incidence du cancer de la peau dans ces populations continue d'augmenter.

II. Anatomie et particularités anatomiques de la face :

1. Anatomie topographique de la face: (35)

La face est anatomiquement décrite entre la ligne capillaire en haut et la tangente à la pointe du menton en bas. Elle se divise en trois étages : Supérieur, Moyen, Inférieur.

La face est une structure complexe constituée d'une charpente ostéocartilagineuse couverte par les téguments.

De la superficie en profondeur, la face est faite de : la peau, le tissu gras sous-cutané, le système musculo-aponévrotique superficiel (SMAS), l'espace sous-SMAS qui peut être graisseux ou simplement cellulaire décollable et finalement la région viscérale recouverte du fascia facial profond ou du périoste selon les régions puis du squelette ostéo cartilagineux. Elle est traversée par une multitude de vaisseaux et nerfs et constitue le point de départ des voies aéro-digestives supérieures. (Figure 9)

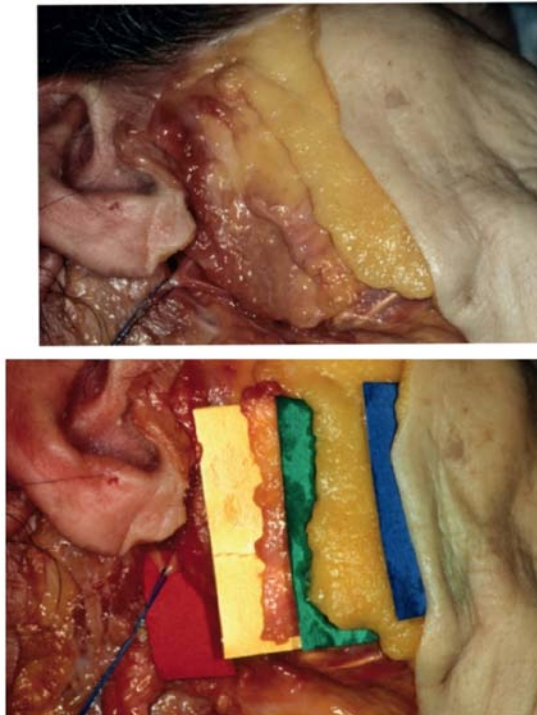


Figure 9: Les différents plans de la face

2. Concept d'unités esthétiques de la face: (35)

On distingue sept unités esthétiques de la face (Figure 10) : front, paupières, nez, joues, oreilles, lèvres et menton. Certaines de ces unités sont subdivisées en sous-unités esthétiques. Chacune de ces unités esthétiques est individualisée par sa peau, ses reliefs et ses zones d'ombre qui la séparent des autres unités.

Au niveau du pavillon de l'oreille et du nez, la peau se moule intimement à l'armature cartilagineuse sous-jacente, la rendant exposée à la mutilation si elle est atteinte.

La reconstruction après résection d'une tumeur cutanée faciale nécessite une analyse de l'étendue de la perte de substance et de l'unité ou sous-unité esthétique d'intérêt. Les résections impliquant deux unités anatomiques peuvent nécessiter des approches différentes pour reconstruire chaque unité. Et la résection tumorale peut être étendue à l'ensemble de l'unité ou des sous-unités esthétiques pour une restauration plus esthétique.

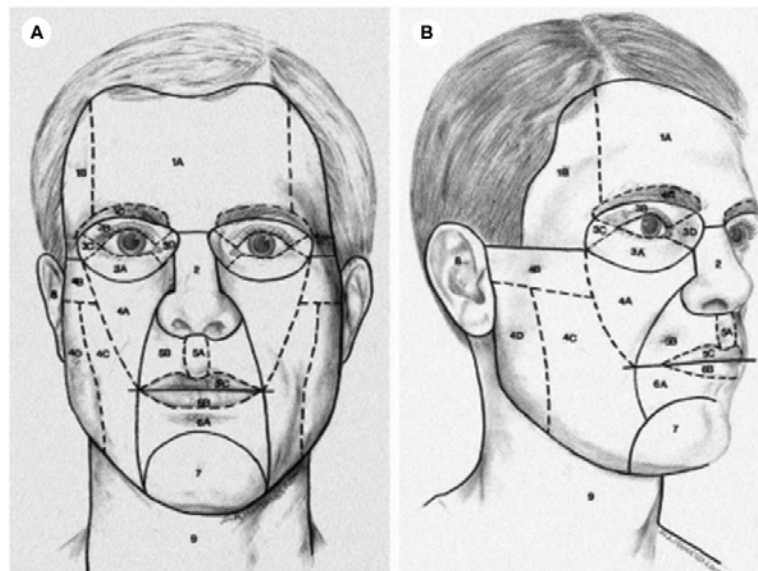


Figure 10 : Les unités et sous-unités esthétiques de la face (35)

3. les lignes de tension cutanées :

Lignes de moindre extensibilité cutanée. Il s'agit de notions récentes portant sur l'orientation des fibres de collagène : elles sont parallèles aux rides d'expression et perpendiculaires aux muscles peauciers sous-jacents. (36) Les incisions cutanées doivent suivre ces lignes. Les plaies qui suivent ces lignes de tension cutanée ont un meilleur pronostic esthétique. (37) Au niveau du visage, d'autres paramètres interviennent, comme les possibilités de dissimulation dans un pli ou dans un sillon. (Figure 11)

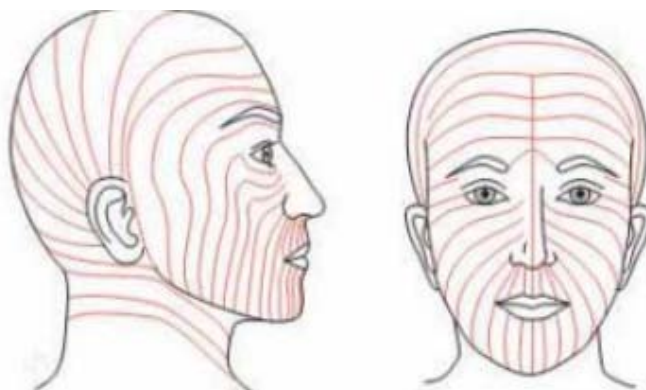


Figure 11: Lignes de moindre tension selon Langer (38)

4. Phototype cutané:

L'échelle Fitzpatrick (également connue sous le nom de test de typage cutané Fitzpatrick ou échelle de phototype Fitzpatrick) a été développée en 1975 par le dermatologue Thomas Fitzpatrick de la Harvard Medical School pour classer le teint d'une personne en fonction de sa tolérance au soleil. C'est une classification simple par phototypes en analysant la réactivité de la peau 24 heures après une exposition à trois doses érythémateuses minimales (DEM). Initialement établi comme une échelle à quatre points et a été modifiée en 1988 pour inclure les teintes de peau plus foncées (types V et VI) (Annexe 3). (39)

La validité et la fiabilité de cette échelle bien connue sont largement acceptées et elle a été appliquée dans de nombreuses études de recherche. Elle est le critère standard pour la classification des types de peau et peut être un utile pour prédire la réaction de la peau au soleil.

Selon cette échelle, plus le phototype est bas, moins l'adaptation aux rayonnements solaires est importante et plus rapidement surviendra un coup de soleil. Les peaux claires sont plus sensibles au soleil, elles ont besoin d'une protection plus élevée contre les UV que les peaux foncées. La couleur de la peau est liée à la quantité de mélanine présente dans la peau. Plus il y a de mélanine, meilleure est la protection contre les rayons UV, et la peau est moins susceptible de brûler. (40)

La protection UV est une nécessité quel que soit le phototype cutané. (41)

Cette évaluation du type de peau est facile à utiliser dans la pratique clinique, mais elle n'est pas toujours appliquée telle qu'elle a été décrite initialement, ni pratiquée de manière standardisée. Cela peut avoir des conséquences sur les résultats des études dermatologiques épidémiologiques pertinentes. (39)

Classification de Fitzpatrick

		Caractéristiques	Réaction au soleil
Phototype 1		<ul style="list-style-type: none"> † Peau très claire † Cheveux roux ou blonds † Yeux bleus/verts † Souvent des taches de rousseur 	<ul style="list-style-type: none"> † Coups de soleil systématiques † Ne bronze jamais, rougit toujours
Phototype 2		<ul style="list-style-type: none"> † Peau claire † Cheveux blonds-roux à châains † Yeux clairs à bruns † Parfois apparition de taches de rousseur au soleil 	<ul style="list-style-type: none"> † Coups de soleil fréquents † Bronze difficilement ou très lentement
Phototype 3		<ul style="list-style-type: none"> † Peau intermédiaire † Cheveux châains à bruns 	<ul style="list-style-type: none"> † Coups de soleil occasionnels † Bronze progressivement
Phototype 4		<ul style="list-style-type: none"> † Peau mate † Cheveux châains/bruns † Yeux foncés 	<ul style="list-style-type: none"> † Coups de soleil occasionnels lors d'expositions intenses † Bronze bien
Phototype 5		<ul style="list-style-type: none"> † Peau brun foncé † Cheveux noirs † Yeux noirs 	<ul style="list-style-type: none"> † Coups de soleil rares † Bronze facilement
Phototype 6		<ul style="list-style-type: none"> † Peau noire † Cheveux noirs † Yeux noirs 	<ul style="list-style-type: none"> † Coups de soleil très exceptionnels

Figure 12 : L'échelle Fitzpatrick

5. Le système musculo-aponévrotique superficiel:

Le système musculo-aponévrotique superficiel (SMAS) est une lame fibromusculaire qui contient les muscles peauciers du visage, reliés entre eux par une lame aponévrotique et graisseuse.

Certaines parties sont essentiellement fibreuses et dépourvues de muscles. Dans ces zones, le SMAS est constitué de multiples couches de fibres conjonctives et de fibres élastiques, constituant un maillage d'épaisseur variable. Il est lacunaire, notamment dans la région périnasale.

Le SMAS possède de nombreuses structures fibreuses qui constituent des points d'ancrage du SMAS en profondeur au périoste, et en superficie au derme.

La peau est mobilisée par l'action des muscles peauciers qui définit les lignes de tension et lignes de moindre tension. Ainsi, toute cicatrice parallèle à ces lignes de tension sera a priori discrète et toute cicatrice perpendiculaire à ces lignes de tension risque de s'élargir



Figure 13 : Les muscles peauciers: 1 temporalis, 2 frontalis, 3 corrugator supercilii, 4 orbicularis oculi, 5 procerus, 6 nasalis, 7 levator labii superioris aequae nasi, 8 levator labii superioris, 9 zygomaticus minor, 10 zygomaticus major, 11 orbicularis oris, 12 masseter, 13 buccinator, 14 risorius, 15 modiolus, 16 depressor anguli oris, 17 depressor labii inferioris, 18 mentalis, 19 platysma, 20 sternocleidomastoid, 21 occipitalis. (42)

6. Vascularisation et innervation de la face:

6.1. vascularisation artérielle:

La vascularisation artérielle de la face est alimentée par deux réseaux distincts, l'un superficiel et principal dépendant de l'artère carotide externe, l'autre profond dépendant de l'artère carotide interne ; ces deux systèmes s'anastomosent largement ce qui explique la grande vitalité de la peau de la face et la diversité des procédés de réparation utilisables après exérèse des tumeurs cutanées.

La vascularisation artérielle de la face est alimentée par deux réseaux distincts, l'un superficiel et principal dépendant de l'artère carotide externe, l'autre profond dépendant de l'artère carotide interne.

Cette vascularisation est disposée en système anastomotique et en arcades au niveau du nez, des paupières et des lèvres. ce qui explique d'un côté le risque de dissémination tumorale

au niveau de la face et d'un autre, la grande vitalité de la peau de la face et la diversité des procédés de réparation utilisables après exérèse des tumeurs cutanées.

a. Artère faciale :

Elle naît de la face antérieure de la carotide externe.

Elle donne naissance à de nombreuses branches collatérales qui assurent l'apport artériel dominant pour les deux tiers inférieurs du visage, régions nasogéniens et labio-mentonnière.

Dans son trajet facial elle suit généralement le sillon naso-génien et chemine en dessinant les sinuosités entre les plans musculaires à la face profonde des muscles platysma et zygomatiques. Elle donne en chemin les branches labiales et alaires qui vont s'anastomoser sur la ligne médiane avec les artères controlatérales.

Elle se termine par l'artère angulaire qui vient s'anastomoser de façon inconstante avec l'artère ophtalmique.

b. Artère temporale superficielle :

C'est l'une des deux branches terminales de l'artère carotide externe. Elle participe à la vascularisation de la glande parotide et de la partie latérale de la face et du scalp.

c. Artère maxillaire :

Seconde branche terminale de la carotide externe, elle vascularise surtout les structures profondes de la face.

d. Les branches de l'artère ophtalmique :

Branche de l'artère carotide interne l'artère ophtalmique gagne la face après un trajet intra orbitaire et participe à sa vascularisation par ses branches de division : artères supra-orbitaire, supra trochléaire, infra-trochléaire et artère du dos du nez.

Ces branches s'anastomosent entre elles et avec l'artère angulaire, branche terminale de l'artère faciale.

e. Les systèmes anastomotiques :

Ils sont au nombre de trois :

- Le réseau médian Centro facial inférieur : entre les artères faciales droite et gauche par l'intermédiaire de leurs branches labiales et alaires.
- Le réseau médian fronto-palpébral : anastomose les systèmes carotidiens externe, interne par les branches de l'artère faciale et l'artère ophtalmique.
- Le réseau latéral temporo- pariétal avec les anastomoses entre les branches de l'artère temporale superficielle, de l'artère auriculaire postérieure et de l'artère occipitale.

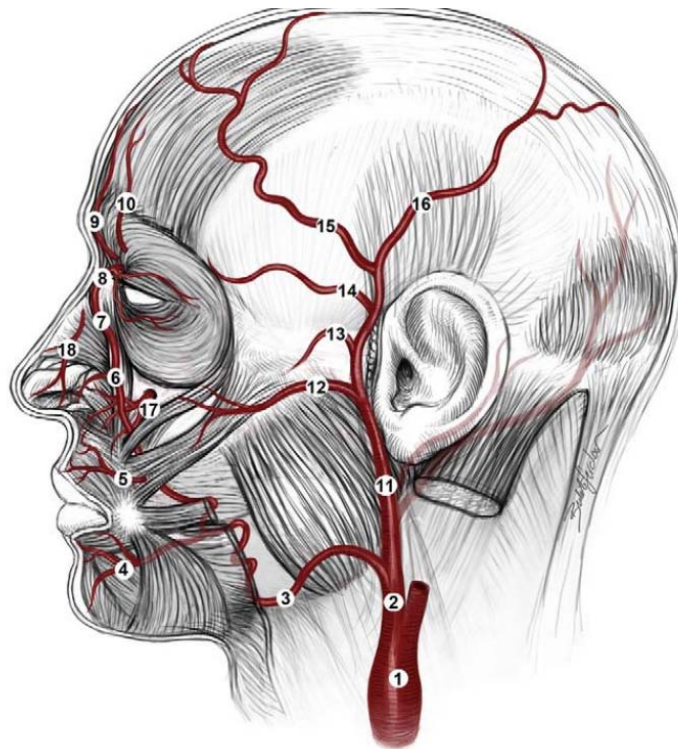


Figure 14 : branches collatérales de la carotide externe (42)

6.2. Le drainage veineux :

Les structures superficielles de la face sont drainées par quatre systèmes reliés entre eux par des arcades anastomotiques :

- Le système occipito-auriculaire postérieur qui se jette dans la veine jugulaire externe
- Le système temporal superficiel qui se jette aussi dans la veine jugulaire externe
- Le système de la veine faciale qui se draine vers la jugulaire interne
- Le système labiale inférieur et mentonnier a terminaison jugulaire antérieure.

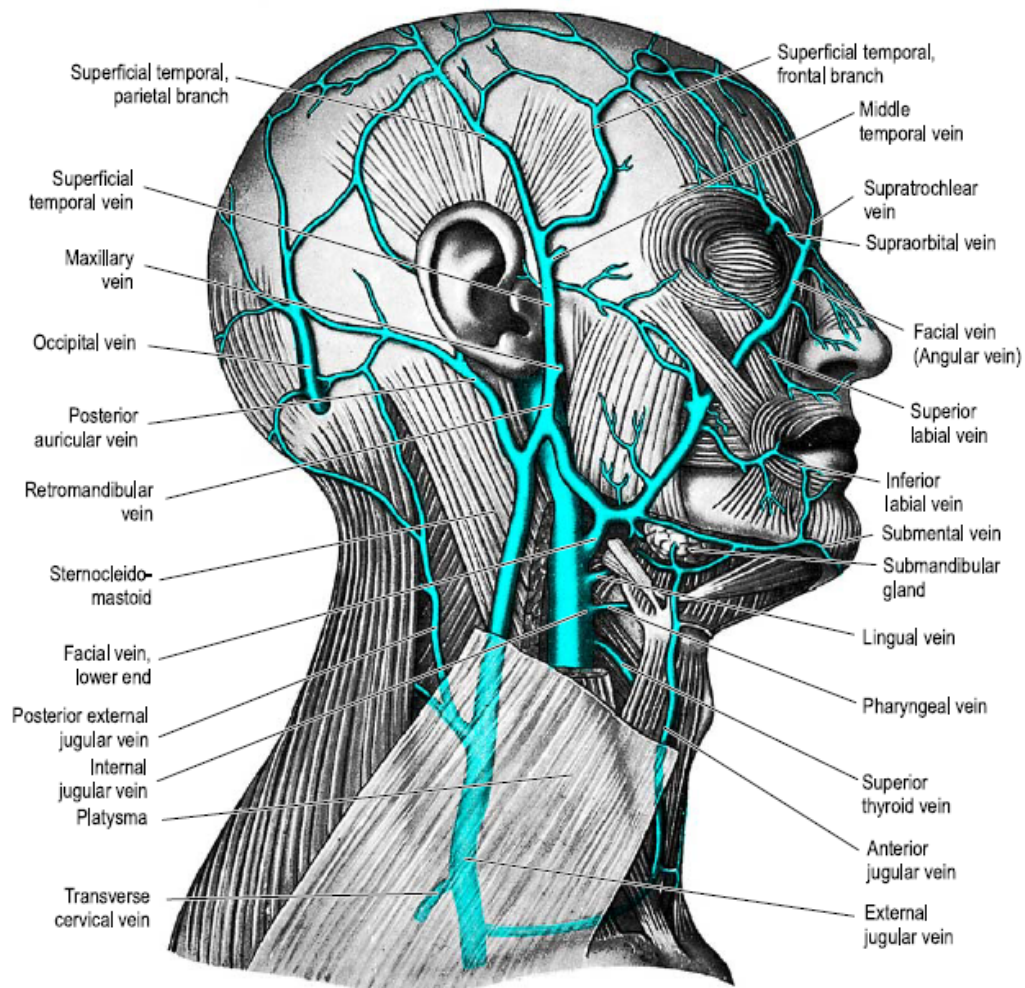


Figure 15 : Veines du côté droit de la face et du cou (43)

6.3. Drainage lymphatique des structures superficielles de la face:

La connaissance parfaite du système lymphatique permet de mieux comprendre la diffusion des processus néoplasiques. La découverte d'une tumeur cervico-faciale doit conduire

à la recherche d'adénopathie métastatique au niveau des chaînes ganglionnaires de drainage, inversement a la découverte d'une adénopathie doit faire rechercher une lésion tumorale dans le territoire correspondant.

Les collecteurs lymphatique céphaliques et superficiels: il enlace la partie supérieure du cou à sa jonction avec l'extrémité céphalique, il comprend 6 groupes ganglionnaires (Tableau VIII).

Tableau VIII : Les collecteurs lymphatique céphaliques et superficiels

Le groupe occipital	Il draine la zone occipitale du cuir chevelu et les téguments de la partie supérieure de la nuque.
Le groupe mastoïdien	Il draine le cuir chevelu de la région pariétale et les téguments postérieur de l'oreille
Le groupe parotidien	Il draine les téguments de la région frontale, palpébrale supérieur et inférieur ,auriculaire, nasale, jugale et labiale supérieur
Le groupe sous mandibulaire	Il draine les téguments du nez, de la joue, de la lèvre inférieur et de la partie latérale du menton
Le groupe génien	Il draine les régions génienne, sous orbitaire et nasale
Le groupe sub mental	Il draine les téguments de la lèvre inférieure et du menton et la partie antérieure de la cavité buccale

Les collecteurs lymphatiques cervicaux et profonds : depuis le collier péri cervical, la lymph se draine vers les chaînes ganglionnaires cervicales profondes :

- La chaîne jugulaire interne
- La chaîne de nerf spinal
- La chaîne cervicale transverse

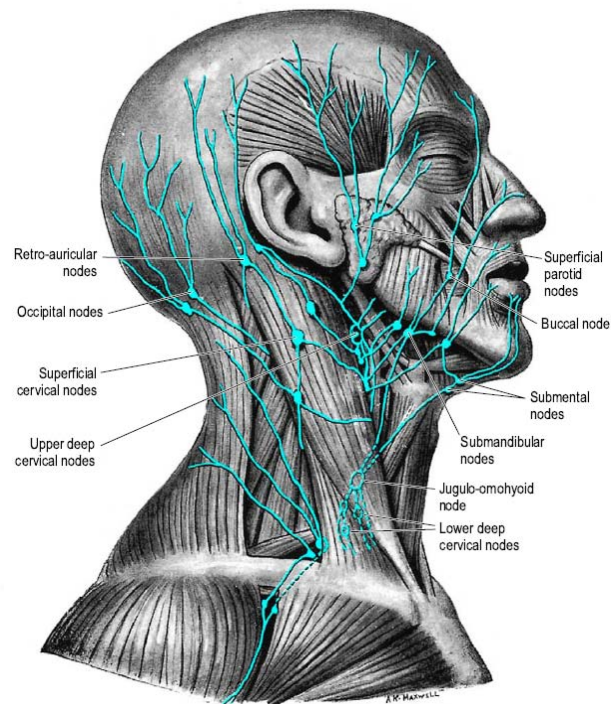


Figure 16 : Drainage lymphatique superficiel et vaisseaux lymphatiques de la tête et du cou.(43)

6.4. L'innervation de la face:

a. L'innervation motrice:

est assurée par le nerf facial Le nerf facial extra crânien est protégé dans la partie postérieure de la joue par la glande parotide puis par le facial parotido-masseterien ; c'est dans ce trajet intraglandulaire qu'il se divise en 2 branches cervico faciale et temporo faciale qui vont elles même se diviser rapidement en 5 branches.

Le rameau cervical : il innerve le platysma par sa face profonde

Le rameau labio-mentonnier : innerve les muscles labio-mentonniers

Le rameau buccal : il se divise en 2 rameaux

- Le rameau supérieur : qui innerve le muscle buccinateur par sa face superficielle
- Le rameau inférieur : qui innerve le muscle orbiculaire des lèvres par sa face profonde

Le rameau zygomatique : ils se divisent en 3 types de rameaux

- Les rameaux palpébraux supérieurs : qui innervent les muscles orbiculaires des paupières et le muscle corrugator.
- Les rameaux palpébraux inférieurs : innervent également le muscle orbiculaire des paupières.

Les rameaux sous orbitaires innervent les muscles zygomatiques ainsi que les muscles peauciers de la lèvre supérieure et du nez.

Le rameau temporo frontal : la branche temporo frontale est la plus superficielle des branches de division de nerf facial, son repérage en surface et en profondeur est essentiel lors de toute chirurgie de la région temporo zygomatique. La branche frontale de l'artère temporale superficielle constitue pour cela un repère important.

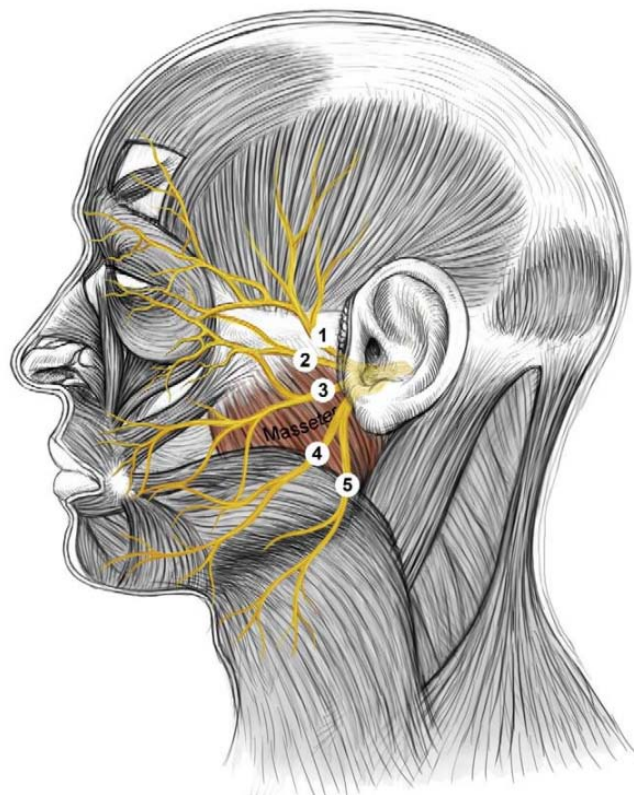


Figure 17 : Branches terminales du nerf facial sur la face. (1) branche temporelle, (2) branche zygomatique, (3) branche buccale, (4) branche mandibulaire marginale, (5) branche cervicale.

(42)

b. L'innervation sensitive :

Les branches du nerf trijumeau et le nerf grand auriculaire.

Une bonne connaissance du trajet des principaux troncs nerveux sensitifs et de leur territoire est à la base des techniques d'anesthésie locale.

- **Le nerf trijumeau** : qui se divise en trois branches

→ Le nerf ophtalmique : qui se divise à son tour en trois branches

Le nerf lacrymal qui innerve la glande lacrymale, la paupière supérieure, la conjonctive et l'angle externe de l'oeil
Le nerf frontal qui se divise en deux branches : le nerf supra trochléaire et supra orbitaire.

Le nerf nasal qui donne deux branches interne et externe assurant l'innervation de la région du dorsum nasal.

→ Le nerf maxillaire : il innerve la paupière inférieure, l'aile du nez, la joue et la lèvre supérieure.

→ Le nerf mandibulaire : il se divise en deux troncs un postérieur et un antérieur, qui innervent les muscles masticateurs mais donnent aussi des branches à destinée cutanée

- **Le nerf grand auriculaire** : qui innerve la région rétro auriculaire et une partie de la joue dans la région prétragienne.

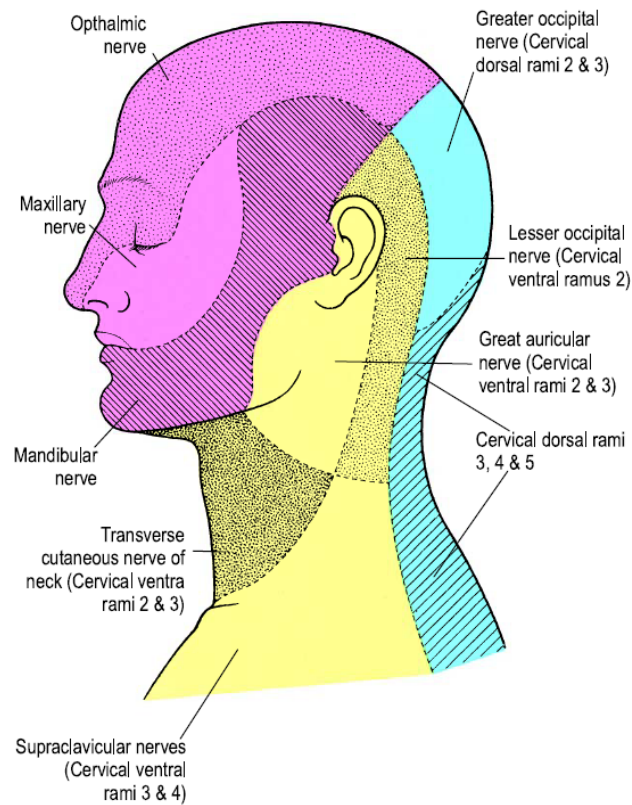


Figure 18 : L'innervation cutanée du visage, du cuir chevelu et cou. (43)

III. Anatomopathologie :

1. Structure de la peau: (44) (45) (46)

La peau est constituée de quatre régions, de la surface à la profondeur, l'épiderme, la jonction dermo-épidermique, le derme et l'hypoderme. Les glandes pilo-sébacées sont des appendices cutanés qui proviennent de l'épiderme embryonnaire mais sont principalement situés dans le derme et le tissu sous-cutané.

1.1. L'épiderme:

L'épiderme est un épithélium de revêtement, stratifié, pavimenteux, orthokératosique, non vascularisé mais innervé. Il est constitué de quatre types cellulaires : les kératinocytes

d'origine ectodermique, les mélanocytes de la crête neurale, les cellules de Langerhans de la moelle osseuse hématopoïétique et les cellules de Merkel des cellules souches épidermiques.

; en migrant et se différenciant de sa profondeur vers sa surface, ils lui confèrent ses caractéristiques morphologiques (cellules superficielles stratifiées, squameuses et anucléées). 20% des autres types de cellules sont dispersés parmi les kératinocytes.

Kératinocytes

Les kératinocytes constituent 80% des cellules épidermiques, elles assurent trois fonctions principales liées à des structures histologiquement individualisables : la cohésion de l'épiderme, du fait de leur cytosquelette et de leur système conjonctif, la fonction barrière entre l'environnement interne et externe, liée à leur différenciation terminale, et enfin, la protection contre le rayonnement lumineux, grâce aux mélanosomes de stade IV qu'ils ont phagocytés.

Mélanocytes

Les mélanocytes, par leur nombre, constituent la 2ème population cellulaire de l'épiderme. Leur fonction est la synthèse des mélanines, eumélanines et phéomélanines, qui donnent à la peau sa couleur constitutive. Elles ont également un rôle photoprotecteur.

Les cellules de Langerhans

Ce sont des macrophages du système immunitaire, localisés dans l'épaisseur du corps muqueux de Malpighi. Ils se déplacent à l'intérieur de l'épiderme, et ont un rôle dans le système immunitaire cutané (hypersensibilité de contact). Ils représentent de 3 % à 8 % des cellules de l'épiderme.

Les cellules de Merkel

Les cellules de Merkel constituent la population cellulaire minoritaire de l'épiderme. Elles sont relativement abondantes au niveau des lèvres, des paumes des mains et du dos des pieds. Elles sont situées dans la couche basale de l'épiderme et dans la gaine pileuse externe de certains follicules pileux.

Ce sont des mécanorécepteurs, mais elles ont aussi des fonctions inductives et trophiques sur les terminaisons nerveuses périphériques et les annexes cutanées.

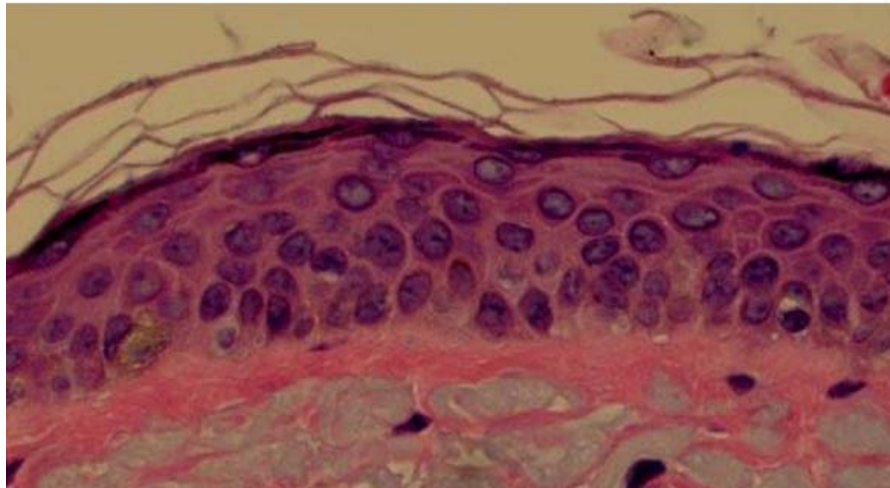


Figure 19 : L'épiderme (47)

1.2. La jonction dermo-épidermique:

La complexité structurale et l'importance fonctionnelle font de la jonction dermo-épidermique une zone à part entière.

La jonction dermo-épidermique est une structure complexe. composé de filaments d'ancrage des hémidesmosomes, lame basale, fibrilles d'ancrage et fibrilles élastiques. Elle joue non seulement un rôle mécanique de soutien mais constitue aussi une surface d'échange (nutritif) considérable entre les deux tissus.

1.3. Le derme :

D'origine mésoblastique, le derme représente la structure de soutien, de vascularisation et d'innervation de l'épiderme. Il est constitué de cellules, les fibroblastes, séparées les unes des autres par un tissu conjonctif, composé par différents types de macromolécules. Les fibroblastes, des cellules différenciées dans la synthèse de la matrice extracellulaire, ou tissu conjonctif. Cette matrice extracellulaire est composée de fibres de collagène, d'élastine, de glyco protéoglycanes, et de glycoprotéines de structure .L'épaisseur du derme est variable de 1 à 4 mm selon le site.

Le derme comporte deux zones : l'une superficielle, entre les crêtes épidermiques, ou « derme papillaire », formée de tissu conjonctif lâche, l'autre profonde, ou « derme réticulaire », formée d'un tissu conjonctif dense.

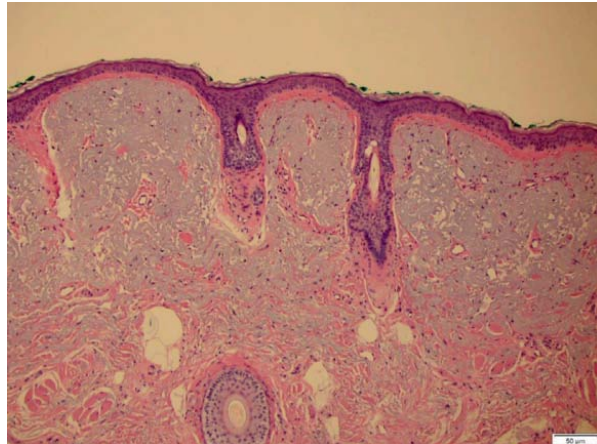


Figure 20 : Le derme et l'épiderme (47)

1.4. L'hypoderme:

Le derme se poursuit en profondeur, sans limite franche, par l'hypoderme, constitué de lobules graisseux séparés par des septums interlobulaires servant de passage aux vaisseaux et aux nerfs destinés au derme. L'hypoderme s'étend jusqu'aux plans aponévrotiques ou périostés, sauf au niveau des paupières, des oreilles et des organes génitaux masculins, où il n'y a pas d'hypoderme.

2. Carcinogenèse de la peau (48) (49) (50) (51) (52)

La survenue dans un organisme d'une tumeur maligne est liée à l'émergence d'un clone cellulaire échappant aux lois qui régissent la prolifération et la cohabitation cellulaire normales. La cellule cancéreuse se caractérise par 2 propriétés fondamentales :

- La capacité de se reproduire au-delà des limites fixées par le renouvellement naturel du tissu auquel elle appartient.

- Le pouvoir de coloniser des territoires tissulaires normalement réservés à d'autres catégories cellulaires.

2.1. Les étapes de la carcinogenèse

La carcinogenèse est un phénomène multigénique. L'induction de tumeurs épidermiques par divers agents carcinogènes physiques (rayons ultra-violet) chimiques ou viraux a été étudiée de manière intensive sur des modèles animaux ; ainsi quatre étapes de la transformation des kératinocytes ont été définies: l'initiation, la promotion, la progression pré-maligne et la conversion maligne.

- ❖ L'**initiation** est un processus faisant suite à une exposition limitée au facteur carcinogène (dose unique ou de courte durée): c'est une étape rapide et irréversible. Il s'agit donc d'un mécanisme génétique.
- ❖ L'étape suivante, réversible, est la **promotion tumorale**. Il s'agit là d'expositions répétées essentiellement par voie locale à des facteurs carcinogènes promoteurs de tumeurs, souvent des tissus spécifiques.
- ❖ La **progression pré-maligne** est un processus spontané indépendant de promoteurs exogènes. Il est probable que cette étape fait intervenir des événements génétiques (perte chromosomique, réarrangement) donnant un avantage de croissance sélectif aux cellules touchées.
- ❖ La **conversion maligne** est la dernière étape de la transformation du kératinocyte. Il s'agit d'une phase irréversible de nature génétique faisant intervenir des mutations.

2.2. Mécanismes de la carcinogenèse humaine

❖ Le gène tumeur suppresseur p53

Il représente la piste moléculaire la mieux connue et la plus importante dans la genèse des carcinomes cutanés malins de la face.

Il ressort de nombreux travaux que le gène p53, localisé sur le chromosome 17p, subit fréquemment des mutations inactivatrices dans les carcinomes cutanés malins de la face, ce qui lui fait perdre sa qualité de «gardien» de l'intégrité du génome. Ainsi inactivé, il ne peut plus contrôler d'une part l'arrêt des cellules en G1 pour permettre la réparation de l'ADN, et d'autre part l'induction de l'apoptose ou mort cellulaire programmée.

L'inactivation du gène p53 est donc un élément clé du mécanisme de transformation cellulaire.

Ces anomalies surviennent à des sites de pyrimidiques suggérant très fortement le rôle des ultraviolets dans leur genèse, comme le prouvent des études portant sur des malades atteints de Xeroderma pigmentosum.

La controverse qui subsiste actuellement concernant le gène p53 dans la transformation des kératinocytes est l'étape au cours de laquelle il intervient.

Selon certains auteurs, il semble s'agir là d'un événement précoce, puisqu'on retrouve de telles mutations dans certaines kératoses pré carcinomateuses et dans certains cas de maladie de Bowen.

❖ L'oncogène H – ras

Les données suggèrent qu'à l'instar des résultats obtenus chez l'animal, l'oncogène H-ras intervient dans la transformation des kératinocytes humains mais reste un événement non spécifique, rare et plutôt tardif dans la progression tumorale.

❖ Les différents métastagènes

Parmi ces gènes, les premiers candidats visés ont été les gènes codant pour les protéases digèrent la matrice cellulaire, les récepteurs des cellules endothéliales, les protéines intervenant dans la mobilité cellulaire, les récepteurs des facteurs de croissance, et les molécules d'adhésion.

❖ **Les facteurs impliqués dans la genèse du mélanome : (53) (54) (55)**

- L'expression du Fibroblast Growth Factor (FGF) a été reconnue depuis longtemps dans le mélanome, et il a été démontré que ce facteur est capable de stimuler la croissance des cellules de mélanome in vitro.
- L'Hépatocyte Growth Factor (HGF) est responsable de l'activation de plusieurs voies intracellulaires dont la voie du MAP kinase qui est impliqué dans la pathogénie du mélanome.
- Le Platelet Derived Growth Factor (PDGF) et le Vascular Endothelial Growth Factor (VEGF) sont largement exprimés au cour du mélanome et clairement impliqués dans l'angiogenèse tumorale.

IV. Diagnostic des carcinomes cutanés malins de la face

1. Circonstance de diagnostic

Les circonstances de découvertes sont les suivantes :

- Un patient qui consulte pour une lésion suspecte
- Une découverte fortuite
- Une récurrence lors des contrôles

2. Démarche diagnostic

2.1. Interrogatoire :

L'interrogatoire permet de préciser notamment les antécédents, personnels et familiaux, les facteurs de risque et les comorbidités.

2.2. Examen clinique :

a. Examen local :

Macroscopiquement, on classe les tumeurs selon les structures atteintes et selon l'aspect de la lésion. (Figure 21)



Figure 21: Les différents aspects macroscopiques des tumeurs cutanées malignes de la face (56)

Ces lésions peuvent témoigner de plusieurs types de cancers cutanés :

❖ Carcinome basocellulaire : (57)

Cliniquement le carcinome basocellulaire est suspecté devant une lésion perlée, papule arrondie translucide et télangiectasique qui s'étale progressivement.

Il existe trois sous-types cliniques de CBC :

CBC nodulaire : il se présente comme une papule ou un nodule lisse, translucide, grisâtre et télangiectasique constituant la lésion élémentaire ou perle. La lésion croît progressivement et atteint une taille variable avec une périphérie faite de succession de perles. La forme dite « à bordure perlée » ou « plan cicatriciel » constitue une variété de CBC nodulaire avec extension centrifuge.

CBC superficiel : c'est une plaque rouge plane, bien limitée, à extension très lentement centrifuge. Elle est parfois recouverte de petites squames ou de croûtes. Les perles

caractéristiques ne sont en règle générale pas visibles à l'oeil nu. Le CBC superficiel peut être multiple d'emblée. Il prédomine en zone de peau couverte.

CBC sclérodermiforme : c'est une plaque dure, brillante, mal limitée et déprimée, souvent difficile à voir en l'absence d'ulcération et qui ressemble à une cicatrice blanche. Elle évolue lentement de façon centrifuge. Les limites de la tumeur sont très difficiles à préciser. Cette lésion peut rester longtemps méconnue et finir par être très étendue.

Ces 3 sous-types cliniques peuvent se pigmenter et/ou s'ulcérer.

❖ Carcinome épidermoïde : (57)

La CE apparaît le plus souvent sur une peau photo-exposée, héliodermique, à partir d'une kératose actinique, d'une maladie de Bowen, sur une ulcération chronique, une cicatrice, une radiodermite, ou même de novo. Il s'agit d'une tumeur bourgeonnante, ulcérée et infiltrante. La forme ulcéro-végétante, la plus fréquente, est une tumeur saillante, infiltrée, à surface irrégulière, ulcérée, à fond bourgeonnant et hémorragique. L'infiltration dépasse les limites visibles de la lésion. Le pouvoir métastatique de cette forme est relativement faible.

❖ Le mélanome : (58)

L'examen clinique diagnostique du mélanome fait appel à trois méthodes : deux méthodes analytiques visuelles qui sont la règle ABCDE et la liste révisée des 7 points du groupe de Glasgow, et une méthode cognitive visuelle :

- selon la règle ABCDE une lésion susceptible d'être un mélanome est asymétrique (critère A), avec des bords irréguliers, encochés, polycycliques, bien délimités (B), de couleur inhomogène, du brun clair au noir foncé (C), de diamètre > 6 mm (D) ; évolutive dans sa taille, sa couleur ou son épaisseur (E).
- la liste révisée des 7 points du groupe de Glasgow prend en compte 3 critères majeurs (changement de taille, de forme, de couleur d'une lésion connue, croissance d'une lésion nouvelle), 4 critères mineurs (plus grand diamètre

≥ 7 mm, inflammation, ulcération ou saignement, changement dans la sensibilité de la lésion) et donne une place prépondérante au concept d'évolution.

- la méthode cognitive visuelle est fondée sur un processus de reconnaissance globale de l'image et le signe du « vilain petit canard » (une lésion mélanocytaire sera considérée comme suspecte si elle est cliniquement différente des autres nævus du patient qui ont un aspect clinique homogène).

❖ Tumeurs annexielles :

Carcinome Annexiel Microkystique (CAM) (48)

Il se présente comme une plaque indurée, un pseudo kyste ou un nodule asymptomatique, pouvant être parcouru de télangiectasies. Il est mal circonscrit et asymétrique. Sa croissance est lente ; son diamètre moyen au moment du diagnostic est de 2 cm.

Le diagnostic reste difficile, avec un taux d'erreurs compris entre 25 et 53% des cas.

Le CAM est souvent confondu cliniquement avec un CBC sclérodermiforme en raison de sa surface lisse et des télangiectasies, un carcinome épidermoïde, un kyste, une cicatrice ou une autre tumeur annexielle. La taille de la biopsie doit être suffisante pour permettre une analyse histologique correcte dans ce contexte.

Par ailleurs, le CAM est caractérisée par une agressivité locale, une capacité infiltrante infra clinique importante ainsi qu'un neurotropisme marqué. Ceci explique le fort taux de récurrences malgré un traitement agressif.

Des symptômes d'envahissement périnerveux (engourdissement, anesthésie, paresthésies, douleurs) sont retrouvés dans 18 à 59% des cas selon les séries, alors que de façon générale l'envahissement péri nerveux se voit dans 5% des tumeurs de la face et du cou. Cet envahissement est relativement peu fréquent dans les tumeurs primitives mais est fréquent pour les tumeurs récidivantes.

L'extension locale se fait vers les plans profonds jusqu'à l'os compris. L'extension ganglionnaire locorégionale est très rare et l'extension à distance est exceptionnelle.

Carcinomes sudoripares :

La présentation clinique est polymorphe et non spécifique : tumeur violacée, ulcérée ou croûteuse, nodule sous-cutané rougeâtre, plus rarement masse multi nodulaire. La taille moyenne au moment du diagnostic est de 2 à 3 cm.

Le délai entre la date d'apparition de la tumeur et le diagnostic varie de quelques mois à plusieurs années, en raison de la difficulté du diagnostic qui est toujours histologique.

Le porocarcinome eccrine est le plus fréquent des carcinomes sudoraux. Il s'agit d'une tumeur maligne très rare représentant 0,005% de l'ensemble des tumeurs cutanées. Il se développe de novo ou (plus rarement) par dégénérescence d'un porome eccrine. Sa présentation clinique est variable : plaque unique superficielle, verruqueuse ou lésion nodulaire, plus ou moins saillante, pseudo-angiomateuse, érosive ou ulcérée, de 1 à 5 cm de grand axe. Sa coloration peut être rouge-brun, violine ou pigmentée. Ses localisations préférentielles sont les membres inférieurs (55%) et la région céphalique (20%), les membres supérieurs, le tronc et l'abdomen.

Le porocarcinome eccrine a un potentiel agressif local avec un risque de récurrence locale élevé en cas d'exérèse avec marges insuffisantes. En outre, plus de 20% des patients évoluent vers une dissémination métastatique à distance, notamment (par ordre de fréquence) vers les ganglions lymphatiques, les poumons et le foie, plus rarement le médiastin, le rétropéritoine, les os et les muscles.

A la fin de l'examen local, on doit mesurer la taille de la tumeur.

b. Examen locorégional : (59)

❖ Examen neurologique

La recherche d'un trouble sensitivomoteur facial (60) doit être systématique, notamment pour les tumeurs de la région parotidienne à la recherche d'un envahissement de l'une des branches du nerf facial synonymes de tumeur maligne.

❖ Aires ganglionnaires cervico-faciales

La recherche d'adénopathie cervico-faciale est indispensable ; Après un premier temps d'inspection, l'examineur se place derrière le patient et réalise une palpation de la région cervicale en légère flexion.

L'examen clinique doit préciser le nombre de ganglions (adénopathie unique ou poly adénopathie) ; leur siège (prétragien , parotido massétérin, sous-mental, submandibulaire, sous digastrique, spinal, jugulo-carotidien, sus-claviculaire) ; leur taille dans le plus grand axe ; leur consistance (indurée ou au contraire souple) ; leur sensibilité (indolore, sensible ou hyperalgique) ; leur mobilité ou adhérence par rapport au plan superficiel et profond, et leur évolutivité dans le temps. Une ou plusieurs adénopathies cervicales dures, indolores, fixées aux plans voisins et de volume progressivement croissant doivent faire évoquer la possibilité d'une lésion maligne, surtout en cas de contexte éthylo tabagique.

c. Examen générale :

A la recherche d'éventuels métastases et apprécier l'état général du patient.

d. Conclusion :

Un examen minutieux et bien orienté, à la recherche d'éléments déterminants, permet d'aboutir à une meilleure hypothèse diagnostique et par conséquent à une prise en charge du patient plus efficace et surtout une classification TNM.

Concernant les « coûts de santé », l'examen clinique possède certainement le meilleur rapport coût-efficacité. Il aboutit à la demande d'examens complémentaires bien orientés.

Enfin, la relation médecin-malade est hautement conditionnée par ce premier contact. Le rapport de confiance du patient et toutes les conséquences, notamment médico-légales, en découlent.

2.3. Biopsie: (60)

le diagnostic des cancers cutanés est chirurgical par excellence. il est basé sur l'histologie du fragment analysé. Ce dernier peut être obtenu de 3 manières différentes:

a. La biopsie diagnostique :

Pour les lésions cutanées tumorales de la face, les caractéristiques cliniques de la lésion permettent souvent de préjuger sa nature. Il existe une bonne corrélation anatomo-pathologique mais elle est loin d'être parfaite. La biopsie est indispensable pour le diagnostic histologique d'une tumeur

La fiabilité du résultat dépend du site sélectionné au sein d'une lésion: A cheval sur la peau normale et la zone tumorale, dans une zone non remaniée de la tumeur ou dans la partie la plus épaisse de la tumeur tout en évitant le tissu nécrotique. Quand la lésion est de petite taille la biopsie exérèse est préférable.

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.

b. Technique de la biopsie :

c. Biopsie au bistouri :

Cette technique est préférable pour l'étude des lésions hypodermiques. Elle permet aussi d'examiner un plus grand échantillon.

Un fragment cutané en forme de quartier d'orange est prélevé. Plusieurs points de suture sont en général nécessaires

d. Biopsie au punch (ou trépan ou emporte-pièce) :

Le punch biopsique est un instrument jetable comportant une lame cylindrique coupante de 2 à 8 mm de diamètre. Il est enfoncé dans la peau en faisant un mouvement de rotation, jusqu'à pénétration complète de la partie coupante afin de prélever de l'hypoderme (Figure 22).

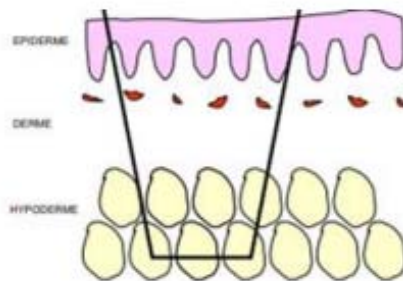


Figure 22 : Réalisation d'une carotte cutanée.

e. Biopsie par rasage :

Une lame froide flexible peut être utilisée pour section transversale à la base de la lésion, en utilisant un mouvement de coupe régulier. (Figure 23)

La profondeur de l'échantillon peut être contrôlée en ajustant l'angle de la lame.

La biopsie inclut l'épiderme et la partie la plus superficielle du derme.

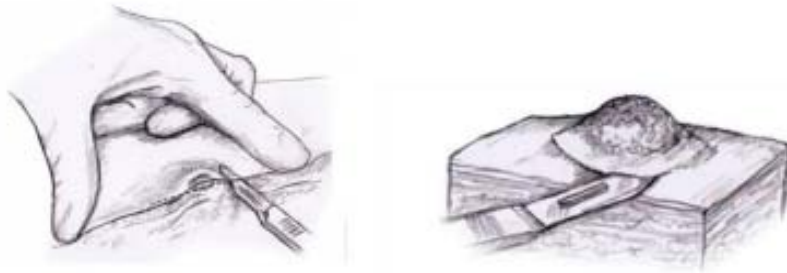


Figure 23: Technique de biopsie par rasage

f. La biopsie exérèse :

Le principe d'une biopsie exérèse c'est l'ablation d'une lésion cutanée dans son intégralité.

La pièce opératoire doit être orientée pour préciser la localisation d'une éventuelle exérèse incomplète.

Toute lésion cutanée suspecte doit être sujette à une biopsie exérèse avec des marges de 5mm en vue d'un examen histologique.

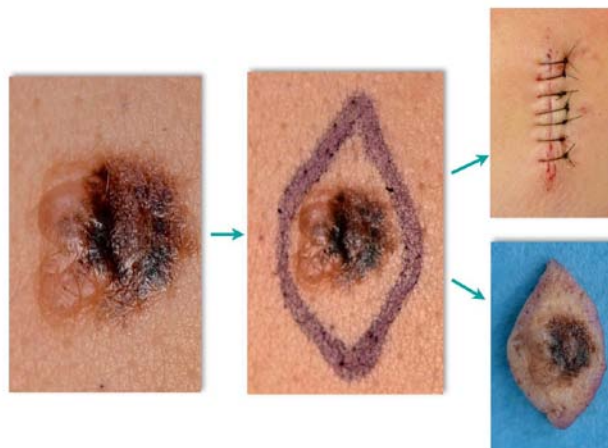


Figure 24 : La biopsie exérèse en fuseau

g. La chirurgie de Mohs :

La chirurgie micrographique décrite par MOHS en dans les années 30 aux états unis est basé sur une fixation des tissus par du chlorure de zinc maintenant remplacée depuis l'intervention du cryostat par des coupes congelées. Cette technique repose sur une cartographie de la lésion associée à un examen microscopique sur coupes congelées obliques et parallèles permettant d'examiner les limites profondes et latérales. Un seul clinicien effectue l'excision de la tumeur, le traitement et l'interprétation des sections congelées.

Les pièces du prélèvement histologique sont coupées en sections horizontales ce qui permettent l'évaluation de l'ensemble des marges périphériques et profondes de la tumeur comparée aux coupes verticales classiques après excision standard.

Cette technique spécialisée d'excision est principalement indiquée pour le traitement des tumeurs localement agressives à haut risque de récurrence (CBC primaires à haut risque ou récurrents), de tumeurs situées au niveau de plans de fusion embryonnaire. La pratique de la chirurgie de Mohs reste controversée en cas de mélanome.

2.4. Bilan d'extension : (61) (62) (63) (64)

Une prise en charge thérapeutique efficace des carcinomes cutanés de la face doit être précédée d'un bilan d'extension soigneux et d'un bilan d'opérabilité.

a. Extension en surface:

L'examen clinique reste la base du diagnostic. 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 et les aires ganglionnaires.

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

Dans certains cas, la délimitation est extrêmement difficile. C'est principalement le cas de :

- L'épithélioma plan perlé cicatriciel.

- L'épithélioma sclérodermiforme.

- récurrence : qu'il s'agisse de récurrence postopératoire ou post-radiothérapie, il est difficile de faire la part de ce qui revient à la fibrose et à la récurrence tumorale.

Dans ces cas particuliers, un examen extemporané est souhaitable pour s'assurer que l'exérèse est passée en zone saine.

b. Extension en profondeur :

La palpation permet d'avoir une idée sur l'extension et sur la possible adhérence en profondeur.

L'appréciation exacte de l'extension en profondeur dépend essentiellement de l'examen anatomopathologique qui apprécie les limites d'exérèse et la TDM cervico-faciale.

c. Extension loco-régionale :

Pour déterminer une extension locorégionale, le bilan demandé sera en fonction du siège et du volume de la tumeur :

- La radiographie panoramique est indiquée dans les carcinomes labiaux étendus et fixes pour apprécier l'extension osseuse en cas de suspicion d'infiltration alvéolaire ou maxillaire.
- La radiographie crânienne est réalisée pour des cancers cutanés du cuir chevelu pour apprécier une extension au niveau de la voûte du crâne.
- L'échographie cervicale et le scanner cervico faciale permettent le repérage d'adénopathies infra cliniques, apprécier les caractères des ganglions (ganglion arrondi, de taille supérieure à un centimètre) et l'extension aux organes de voisinage (orbitaire, oculaire...).

d. Extension à distance:

Le risque de métastases à distance n'est pas nul dans les carcinomes épidermoïdes. Pour confirmer ces extensions, le bilan réalisé sera en fonction des signes d'appel et du site atteint:

- La radiographie thoracique doit être systématique puisque les métastases pulmonaires sont les premiers sites métastatiques en importance pour les carcinomes épidermoïdes de la face.
- La TDM crânio-cérébrale est réalisé en cas de carcinomes facial intéressant l'oreille, le cuir chevelu ou une lésion volumineuse, infiltrant pour apprécier une extension cérébrale.
- L'échographie abdominale est indiquée en cas de suspicion de métastases hépatiques car le foie constitue un site important de métastases pour les carcinomes épidermoïdes de la face.
- La scintigraphie osseuse comportent un grand nombre de faux négatifs et sont donc peu utilisés; la lymphographie isotopique à l'aide de colloïdes marqués au technétium 99 précisant le drainage droit ou gauche permet de guider le geste chirurgical et permet également de repérer un ganglion sentinelle prélevé et analysé de façon isolée, dans un curage partiel avec examen histologique extemporané.
- Le bilan biologique : il est demandé en fonction de la clinique que pour repérer une métastase hépatique ou osseuse.

e. Bilan d'opérabilité :

Avant l'acte chirurgical, tous les patients doivent bénéficier d'un avis du médecin anesthésiste et d'un bilan d'opérabilité comprenant : un groupage, un bilan d'hémostase, une numération de la formule sanguine (NFS), un bilan hydroélectrolytique (BHE), électrocardiogramme (ECG) pour les patients au-delà de 45 ans et une consultation de cardiologie ou d'endocrinologie s'il y a un signe d'appel cardiaque ou diabétique.

2.5. Classification TNM:

Compte tenu de l'examen clinico-histologique et du bilan d'extension, une classification TNM peut être faite permettant de codifier le traitement.

La première classification TNM de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC) date de 1978, elle a été régulièrement actualisée et c'est la version de 2009 – 7ème édition qui est désormais en vigueur. La 7ème édition de la classification TNM de l'Union Internationale contre le cancer (UICC) reprend cette classification.

Dans le système TNM, la description de l'extension anatomique de la maladie repose sur l'évaluation de 3 éléments : (Tableau IX)

- T (tumeur): l'extension de la tumeur primitive
- N (nodes): l'absence ou la présence et l'extension des localisations ganglionnaires lymphatiques régionales
- M (metastasis) : l'absence ou la présence de métastase(s) à distance

La détermination de la catégorie T repose sur l'examen clinique, les catégories N et M nécessitent en plus un bilan d'imagerie. (65)

Tableau IX : Classification clinique TNM des cancers de la peau (hors mélanome)

Tumeur primitive (T)

TX : la tumeur primitive ne peut être évaluée
T0 : pas de tumeur primitive identifiable
Tis : carcinome in situ
T1 : tumeur ≤ 2 cm dans sa plus grande dimension
T2 : tumeur $2\text{cm} \leq T \leq 5\text{cm}$ 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. tumeurs sera indiqué entre parenthèse

Ganglions lymphatiques régionaux (N)

NX : les ganglions régionaux ne peuvent être évalués
N0 : pas de métastase ganglionnaire régionale
N1 : métastase ganglionnaire régionale a micro métastase b macro métastase unique dans l'aire homolatérale, de diamètre < 3 cm
N2 : a métastase unique dans l'aire homolatérale, de diamètre > 3 cm b métastases multiples dans l'aire homolatérale, de diamètre

c métastases régionales intra lymphatique (in transit ou satellites)
N3 :
a métastases bilatérales ou controlatérales
b métastases ganglionnaire avec envahissement du facial ou de la base du crâne

Métastases à distance (M)

MX : les métastases à distance ne peuvent être évaluées
M0 : pas de métastase à distance
M1 : métastase(s) à distance

· Regroupement en stades

Stade 0	Tis	N0	M0
Stade I	T1	N0	M0
Stade II	T2	N0	M0
	T3	N0	M0
Stade III	T4	N0	M0
	tout T	N1	M0
Stade IV	tout T	tout N	M1

→ **Classification histopathologique pTNM**

Les catégories pT, pN et pM correspondent aux catégories T, N et M.

pN0 : l'examen histologique du curage ganglionnaire doit porter sur 6 ou plus ganglions

La classification TNM du mélanome (66)

Durant les années 1960, Clark établit une classification histologique, qui définit les différents niveaux d'invasion des mélanomes. La profondeur de l'invasion est alors le facteur pronostique le plus important pour les tumeurs de stade I et II. Cependant Breslow, établit une nouvelle classification basée sur la profondeur du mélanome dans la peau. Actuellement, l'indice de Breslow représente un facteur pronostique plus fiable que celui de Clark, néanmoins ces deux critères restent largement utilisés dans la littérature et dans la pratique clinique.

La classification de l'AJCC/UICC incorpore l'indice de Breslow et la classification TNM du mélanome.

Les nodules satellites sont des foyers tumoraux ou des nodules (macro- ou microscopiques) à moins de 2 cm de la tumeur primitive. Les métastases «en transit siègent dans le tissu cutané ou sous-cutané à plus de 2 cm de la tumeur primitive mais pas au-delà des ganglions lymphatiques régionaux.

L'examen histologique d'une lymphadénectomie régionale doit inclure habituellement 6 ganglions lymphatiques ou plus. Si les ganglions régionaux sont négatifs mais que le nombre habituellement examiné n'est pas atteint, la tumeur est classée comme pN0.

La classification fondée uniquement sur l'exérèse du ganglion sentinelle sans lymphadénectomie ultérieure est désignée (sn) pour ganglion sentinelle.

V. Traitement des cancers cutanés de la face :

Le traitement des cancers cutanés de la face repose tout d'abord sur le principe de la prise en charge (PEC) multidisciplinaire obligatoirement dans le cadre de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

Une information claire et loyale doit être administrée au patient et à sa famille et le consentement éclairé doit être recueilli. (Annexe 2)

1. But:

Le traitement de la pathologie tumorale de la face est basé principalement sur les objectifs suivants:

- Éradiquer la tumeur: principalement par la chirurgie
- Eviter les récurrences: d'où la nécessité d'un traitement précoce
- Éviter les complications (traitement médical, chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie)

- stopper évolution maladie cancéreuse

2. Moyens :

2.1. Moyens chirurgicaux :

La chirurgie est considérée comme le traitement de choix de ces tumeurs. Il a l'avantage de fournir une pièce d'exérèse, permettant la confirmation histologique du diagnostic et la vérification de la qualité de la résection, et d'obtenir des taux très élevés de contrôle local et de guérison chez la plupart des patients.

On distingue:

- **La chirurgie carcinologique:** Elle permet l'exérèse carcinologique, complète et suffisante de la tumeur ainsi que le curage ganglionnaire au besoin.
- **La chirurgie reconstructrice:** La chirurgie carcinologique peut être délabrante, entraînant des pertes de substance qui doivent être réparées.

a. **La chirurgie carcinologique:**

a.1. Exérèse tumorale:

La résection doit être carcinologique, c'est-à-dire complète d'emblée, pour limiter le risque de récurrence locale et à distance. Les lésions néoplasiques malignes sont réséquées en raison de leur fréquence d'extension microscopique (source de récurrence locale) avec des marges de sécurité latérales et profondes. La marge idéale est un compromis entre des marges trop larges (entraînant une perte de tissu inutile) et des marges insuffisantes (risque de récurrence). Pour atteindre un objectif curatif, elle devra être d'autant plus large que le patient présente des facteurs de risque de récurrence.

❖ **Marge d'exérèse** : (67) (68) (69) (70)

Le concept de « marges chirurgicales » est au cœur du traitement des tumeurs malignes de la peau. Les marges chirurgicales doivent être distinguées des « marges cliniques », qui sont

les marges visibles de la tumeur. En fait, les deux sont étroitement liés, car les recommandations publiées pour les marges chirurgicales dans diverses tumeurs malignes cutanées sont définies en termes de marges cliniques de la lésion. Il est important de noter qu'une évaluation minutieuse et une démarcation des marges cliniques ont réduit l'incidence des marges chirurgicales positives.

❖ **Le carcinome basocellulaire :**

Les marges recommandées varient de 3 à 10 mm selon le groupe pronostique. Si ces marges ne peuvent pas être respectées (du fait de la localisation de la tumeur), il est recommandé de réaliser l'exérèse en deux temps ou d'avoir recours à la chirurgie micrographique.

Si l'exérèse est complète, même si les marges histologiques sont inférieures aux marges cliniques effectuées, il n'y a donc pas lieu de réaliser de reprise d'exérèse ou de traitement complémentaire.

En cas d'exérèse incomplète, une reprise chirurgicale est recommandée en première intention.

Caractéristiques du CBC à haut risque de récurrence :

- Taille de la tumeur > 2 cm
- Site tumoral (la région médiofaciale)
- Marges cliniques mal définies
- Sous-type histologique à haut risque
- Caractéristiques histologiques de l'agressivité ; atteinte péri-neurale ou péri-vasculaire
- Échec du traitement précédent (la tumeur est une récurrence)
- Immunosuppression.

❖ **Carcinome épidermoïde :**

Marges latérales : les recommandations classiques reposent sur le travail de Brodland et Zitelli indiquant qu'une marge de 4 mm suffit à éradiquer 95 % des CEC de moins de 2 cm de

diamètre, tandis qu'une marge > 6mm est nécessaire pour obtenir le même résultat pour les tumeurs de diamètre > 2 cm. Considérant que la taille de la tumeur n'est qu'un reflet approximatif de l'agressivité tumorale, le groupe de travail préconise :

une marge standardisée de 4 à 6 mm pour les tumeurs du groupe 1, avec examen histologique et échantillonnage macroscopique le plus informatif possible ; une marge élargie, >= 6 mm, voire 10 mm ou plus, pour les tumeurs du groupe 2, en particulier lorsqu'il existe plusieurs facteurs de risque d'extension infraclinique. 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.

❖ **Le mélanome :**

Le traitement repose sur l'exérèse chirurgicale élargie de la lésion mélanique dont le but est d'éliminer les micro métastases locales et de diminuer le risque de récurrence locale et à distance. Les marges latérales de sécurité nécessaires sont en fonction de l'épaisseur de la lésion ou indice de Breslow (Tableau X). En profondeur, l'exérèse se fait jusqu'au plan sain sous-jacent.

Tableau X : Recommandations concernant les marges d'exérèses d'un Mélanome (71)

Indice de Breslow	Marges d'exérèse
Mélanome in situ	0,5 cm
0-1 mm	1 cm
1,01-2 mm	1 à 2 cm
2,01-4 mm	2 cm
4mm	2 à 3 cm

a.2. le curage ganglionnaire: (72)

Le statut ganglionnaire initial des patients atteints de carcinomes cutanés de la face est un facteur influençant le pronostic. Les patients ne présentant pas d'atteinte ganglionnaire ont un pronostic favorable alors que la dissémination métastatique ganglionnaire réduit nettement la survie. La prise en charge chirurgicale des métastases cervicales de carcinomes cutanés de la face apparaît fondamentale.

Les indications chirurgicales :

Bien que les micrométastases et les métastases de petites tailles puissent être contrôlées par la radiothérapie, la chirurgie demeure le pilier de la prise en charge thérapeutique des métastases cervicales. Elle permet une exérèse complète de tous les ganglions envahis chez les patients N+, et permet chez les patients N0 une évaluation histologique précise.

Un évidement cervical radical: emporte les tissus cellulo-ganglionnaire avec sacrifice du muscle sternocléidomastoïdien, du nerf spinal et de la veine jugulaire interne. Il est indiqué lorsque des ganglions cervicaux sont présents lors du bilan initial d'un carcinome cutané de la face.

Un évidement cervical sélectif: limités au site ganglionnaire de drainage de la lésion initiale. Il est indiqué chez les patients N0 afin de pratiquer l'exérèse des ganglions à risque de métastase et d'obtenir un statut ganglionnaire anatomopathologique précis. L'intérêt d'une radiothérapie adjuvante postopératoire dépend du résultat anatomopathologique

b. La chirurgie reconstructrice

C'est essentiellement par le visage que les êtres humains se reconnaissent. Ainsi l'exérèse des tumeurs cutanées de la face entraîne une perte de substance faciale provoquant un important préjudice esthétique et fonctionnel avec retentissement psychologique non négligeable, ce qui rend la réparation des pertes de substance primordiale permettant de limiter les séquelles esthétiques.

La réparation des pertes de substances répond à 3 principes:

- Sécurité vasculaire:

La richesse vasculaire de la face et la présence d'arcades vasculaires et d'anastomoses permet la levée au hasard de lambeaux plus étendus, avec un rapport longueur/largeur >2 .

Cette architecture vasculaire riche permet également la levée de lambeaux axiaux fiables.

– **Similarité:**

La visibilité de la face impose au chirurgien un déficit particulier lors de la réparation de toute perte de substance. Dans la mesure du possible, il faut réparer le tissu par son semblable. La région controlatérale saine de la face peut servir de modèle de comparaison.

A ce niveau, les incisions doivent être orientées dans le sens des lignes de tension pour un résultat optimal.

La répartition en unités esthétiques doit également être respectée. En effet, il ne faut pas hésiter à totaliser l'unité pour un bon résultat esthétique.

– **Simplicité :**

En chirurgie plastique et particulièrement au niveau du visage, les moyens de réparation déployés doivent obéir à la cascade thérapeutique, allant du plus simple au plus compliqué.

❖ **Les procédés de réparation et leurs applications topographiques:**

Les moyens de réparation de la perte de substance créée par l'exérèse de ces tumeurs sont nombreux. Le choix du procédé de réparation est parfois difficile. Un certain nombre de considérations peuvent guider ce choix :

- Terrain :
- État général : âge, antécédent.
- Capital locorégional tissulaire : qualité et quantité de tissus.
- Etat local de la perte de substance.

Cette réparation constitue le deuxième temps de la prise en charge. Il doit comporter le maximum de sécurité tout en étant le plus simple et le plus adapté. Elle est dite immédiate lorsqu'il s'agit de restituer une fonction ou de couvrir une structure vasculaire ou nerveuse ou lorsque la dure-mère est à nue. Elle est dite secondaire lorsqu'elle a lieu ultérieurement et est différée du temps de l'exérèse. En cas de perte de substance importante, le fait de différer la réparation jusqu'au bourgeonnement de la plaie permet d'assurer une couverture avec la certitude histologique.

On distingue 4 moyens de couverture de perte de substance selon l'importance de l'exérèse:

- La suture
- La cicatrisation dirigée
- Les greffes de peau
- Les lambeaux

❖ **La suture:**

C'est la réparation par simple rapprochement des berges. Elle doit respecter des règles essentielles :

- Induire une cicatrice située dans les plis du visage.
- Ne provoquer aucune distorsion des structures de voisinage (73).

La suture directe trouve ses indications principalement :

- La suture directe est largement utilisée au niveau de la joue où la cicatrice résiduelle s'orientera parallèlement aux plis faciaux. (73)

- Au niveau des lèvres, la perte de substance est transformée en un fuseau dont la largeur ne dépasse pas un centimètre. Il faut privilégier les cicatrices verticales ou légèrement obliques (perpendiculaires à l'orientation des fibres de l'orbiculaire) et orienter dans ce but l'exérèse à pratiquer. Lorsque la perte de substance est proche de la jonction cutanéomuqueuse, le fuseau doit déborder sur le vermillon. (74)

- Au niveau des paupières, elle permet de rétablir les plans tarsoconjunctivales, musculaires et cutanés. Elle n'est possible que pour les pertes de substance inférieures au quart de la longueur de la paupière inférieure. La section partielle d'un ligament palpébral est parfois nécessaire, ce que nous avons été amené à faire dans un cas. (75) (76)

- Au niveau de la partie supérieure de la pyramide nasale, la suture directe est utile pour les pertes de substances inférieures à 10 mm de large. (77)

· A niveau du pavillon de l'oreille l'exérèse cunéiforme est utile avec suture plan par plan (73)

❖ **La cicatrisation dirigée:**

La cicatrisation dirigée est la méthode la plus simple pour traiter une perte de substance superficielle non suturable de petite ou moyenne taille. Elle nécessite une surveillance médicale stricte avec adaptation thérapeutique "au jour le jour".

Deux situations peuvent se présenter :

- La cicatrisation dirigée en vue d'une greffe : son but est de faire bourgeonner le sous-sol afin d'éviter l'aspect déprimé des greffes cutanées appliquées immédiatement après exérèse.
- La cicatrisation dirigée en vue d'une réépithélialisation : elle peut donner des résultats satisfaisants dans les pertes de substances de petites tailles, en zones non fonctionnelles . La meilleure indication est la région du canthus interne où elle aboutit le plus souvent à une réparation esthétique pour des pertes de substances atteignant 20mm. L'inconvénient majeur est la durée prolongée des soins locaux. (76) (77)

❖ **Les greffes de peau:**

➤ Définition

La greffe cutanée est une technique chirurgicale qui permet de transférer du tissu cutané non vascularisé depuis un site donneur à un site receveur (zone d'exérèse tumorale).

Le greffon cutané peut être prélevé sur la même personne : c'est l'autogreffe.

➤ Les différents types de greffes

Pour une meilleure réussite, il faut choisir le site donneur en tenant compte de la pigmentation, de l'épaisseur et de la laxité de la zone receveuse. On distingue :

- Les greffes minces
- Les greffes semi épaisses

- Les greffes de peau totale

- Les greffes de peau totale

Elles emportent sur 8 à 15 dixièmes de millimètres toute l'épaisseur de la peau. Elles se prélèvent au bistouri ou aux ciseaux et sont "dégraissées" à l'aide de ciseaux très fins.

La zone donneuse qui ne pourrait cicatriser qu'à partir de ses berges doit être suturée d'emblée. (78)

Il est impossible de mettre immédiatement une greffe sur un sous-sol mal vascularisé. Un délai de quelques jours est parfois nécessaire pour avoir un bourgeonnement de la perte de substance. (73)

- ❖ **Les lambeaux :**

Lorsqu'une perte de substance cutanée n'est pas suturable, qu'elle ne peut cicatriser ou qu'elle ne peut être couverte par un greffon cutané, un lambeau est nécessaire.

Un lambeau a pour but de couvrir une perte de substance cutanée ou de reconstruire une structure. Plusieurs lambeaux peuvent être indiqués selon l'état général du patient et son capital loco-régionale mais également selon le volume à restituer. (76)

2.2. Définition :

Un lambeau cutané est un segment de peau et de tissu cellulaire sous cutané conservant une vascularisation autonome passant par un pédicule avec lequel il reste en contact en profondeur.(76)

a. Les types de lambeaux

Les lambeaux cutanés sont classés selon le type de structure tissulaire dont ils sont composés :

- La vascularisation

- Le site de prélèvement
- Le mode de mobilisation
- Le mode de conditionnement

➤ **Selon la vascularisation**

❖ Les lambeaux cutanés taillés au hasard

Un lambeau cutané taillé au hasard est viable lorsque sa longueur ne dépasse pas une fois et demie sa base.

La vascularisation d'un tel lambeau est assurée par les plexus vasculaires dermiques et sous dermiques. (83)

Dans certaines régions, notamment à la face, un lambeau plus long peut être prélevé sans nécrose. La survie d'un lambeau dont la longueur est égale à trois fois sa base, est classiquement expliquée par la richesse particulière des réseaux dermiques et sous dermiques "figure 25 "

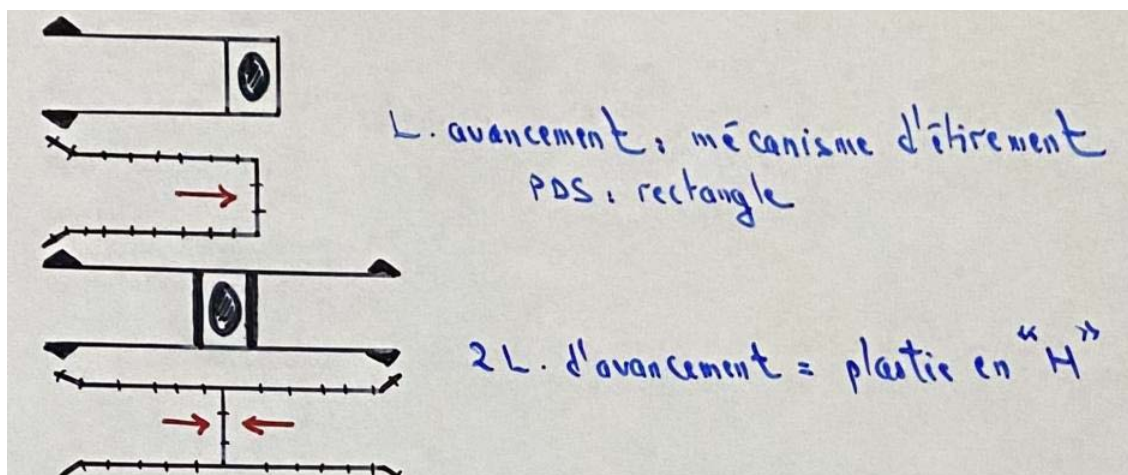


Figure 25 : Lambeaux cutanés taillés au hasard

❖ Les lambeaux à vascularisation axiale

Des lambeaux rectangulaires taillés devraient survivre d'autant mieux que le rapport base-longueur est grand, mais l'expérience prouve que ce n'est pas toujours le cas. Parfois, l'extrémité distale d'un lambeau large souffre, dans d'autres cas, l'extrémité distale d'un lambeau étroit survit parfaitement.

La richesse vasculaire à proximité de la base peut expliquer ce paradoxe. La survie d'un lambeau long est en fait liée à l'existence d'un réseau vasculaire inclus par hasard dans le lambeau. La possibilité pour un lambeau de recouvrir une perte de substance dépend de sa longueur et du point limitant du lambeau. Ce dernier étant situé à la base du lambeau.

Pour recouvrir plus facilement une perte de substance, il convient de rechercher le lambeau le plus long et le point limitant le plus proche possible. Lorsque les vaisseaux sont d'un diamètre suffisant, ils peuvent être sectionnés et réanastomosés et le lambeau peut être utilisé en lambeau libre. (73)

➤ **selon le site de prélèvement**

On distingue les lambeaux locaux (de voisinage), les lambeaux locorégionaux et les lambeaux à distance.

❖ Les lambeaux locaux

Ces lambeaux appartiennent à l'unité esthétique de la perte de substance et gardent leur pédicule vasculaire de manière permanente et définitive. Ils sont basés sur l'élasticité de la peau et sont d'autant plus faciles à réaliser sur une peau sénile.

La plupart des lambeaux cutanés locaux de la face sont dérivés de trois autoplasties (avancement, rotation et transposition). Ils peuvent être au hasard ou à vascularisation axiale. (74)

❖ Les lambeaux locorégionaux

→ La reconstruction labiale

La lèvre est non seulement une composante esthétique du visage très importante mais elle assure aussi des fonctions fondamentales. Elle participe à la phonation et à la rétention de la

salive et des aliments. La réparation des pertes de substances de pleine épaisseur consiste à reconstruire la muqueuse, la sangle musculaire et la peau. Les lambeaux locorégionaux sont choisis selon le siège et le taille de la perte de substance. (76)

❖ La technique du double escalier

Elle est préconisée pour les pertes de substance médiane de la lèvre inférieure tandis que pour les pertes de substance médiane étendues, une plastie jugale limitée avec incision de la commissure permet de gagner 2 cm au niveau de la joue, la commissure est refaite et la cicatrice est peu visible "figure 26".

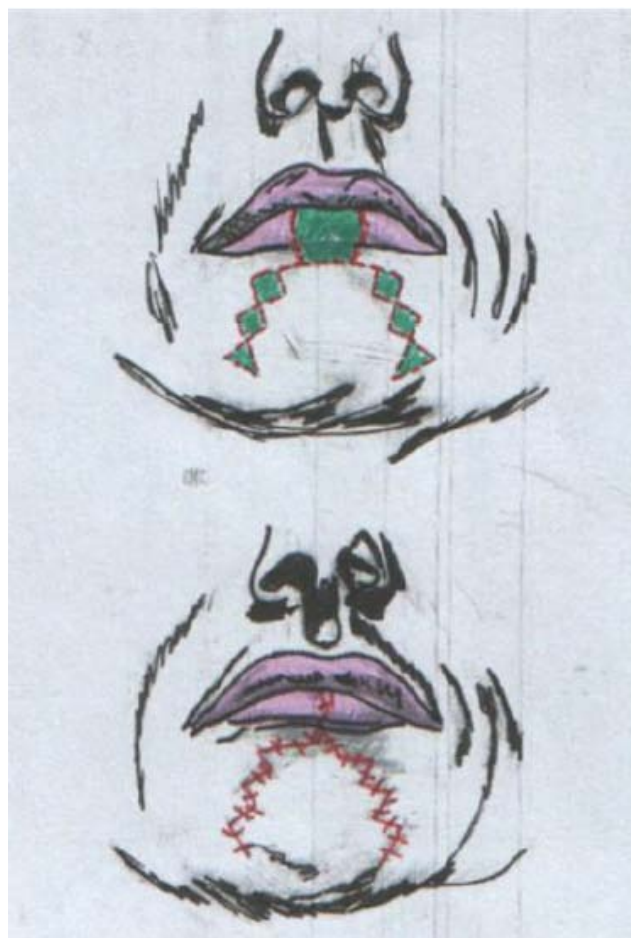


Figure 26 : Lambeaux d'avancement labio-latéraux en double escalier (76)

❖ Le lambeau en éventail ou fan flap de Gillies

C'est un lambeau latero-labial de pleine épaisseur vascularisé par les artères coronaires labiales conservées au niveau des pédicules paracommissuraux. Ce lambeau consiste à réparer les pertes de substances latérales juxta commissurales, il utilise le tiers de la lèvre supérieure homolatérale qui est translaturée pour réparer la perte de substance plus étendue de la lèvre inférieure correspondante en préservant le pédicule vasculaire coronaire, la suture est toujours réalisée en trois plans. L'avantage de ces lambeaux tient à leurs capacités fonctionnelles puisqu'ils reconstituent en totalité la sangle musculaire orbiculaire mais ils créent une microstomie qu'il sera nécessaire de corriger dans un deuxième temps opératoire par une commissuroplastie (76) "figure 27".

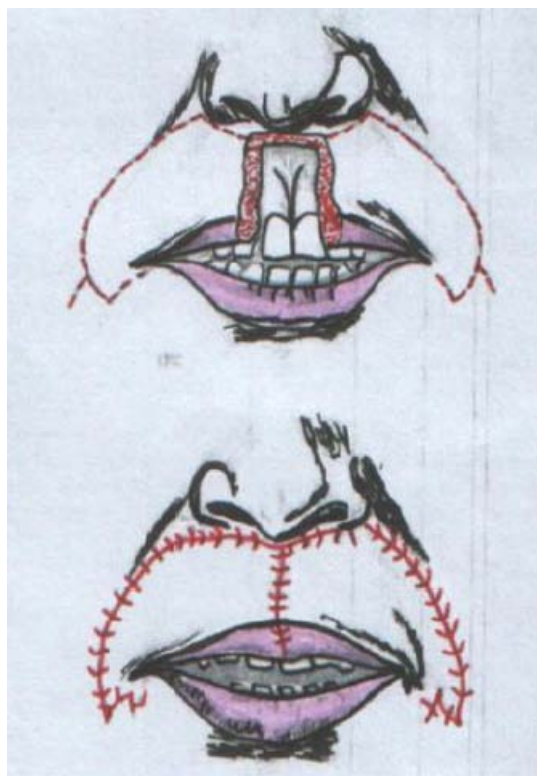


Figure 27 :Lambeaux en « éventail » ou fan flap de Gillies (76)

❖ Le lambeau d'Abbe-Estlander

Le recours au lambeau d'Abbe-Estlander à pédicule inférieur est une méthode de choix lorsque la perte de substance infiltre la région de philtrum (82) "figure 28" En cas de perte de

substance latérale juxta commissurale, le recours à un lambeau pris au niveau du tiers externe de la lèvre supérieure peut être utilisé, et implique dans un deuxième temps une commissuroplastie.

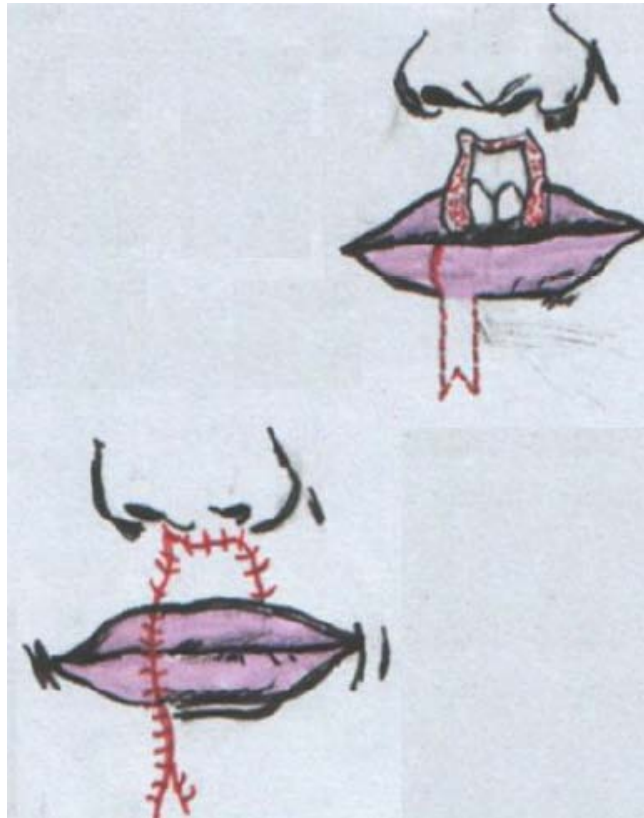


Figure 28 : Lambeaux hétéro labiales d'Abbe-Eslander (77)

❖ Le lambeau nasogénien

Les lambeaux nasogéniens de Gineste : uni ou bilatéraux selon la taille de la perte de substance à corriger permettent une reconstitution totale de la lèvre supérieure ainsi que la lèvre inférieure. Son inconvénient est la disparition du vermillon qui peut être corrigé ultérieurement par un lambeau muqueux ou une greffe muqueuse. En plus, il ne peut pas reconstruire, ou il reconstruit de manière très incomplète le bord rouge de la lèvre inférieure "figure 29".

Le lambeau nasogénien en îlot : Le lambeau nasogénien en îlot représente une bonne alternative en particulier pour la réparation de la partie latérale de la lèvre mais aussi pour les

perles de substance étendues intéressant les deux tiers ou quasitotalité de la lèvre inférieure.
(76)

Les limites du lambeau sont tracées selon un triangle isocèle dont la base correspond à la hauteur de la perte de substance à combler, le bord latéral du triangle au sillon nasogénien et l'interne est tracé en dedans de ce sillon. Les deux cotés se rejoignent au niveau du sillon nasogénien. L'incision est réalisée jusqu'au plan grasseux ou jusqu'au plan musculaire. La dissection du lambeau est réalisée dans le plan sous cutané. Après la mise en place du lambeau, la fermeture est réalisée en VY.

La perte de substance doit être étendue à toute la hauteur de la lèvre afin de ne pas laisser une cicatrice horizontale inesthétique barrant la lèvre supérieure. Ce procédé a l'avantage d'apporter une peau pileuse chez l'homme en préservant le sillon nasogénien. (74)

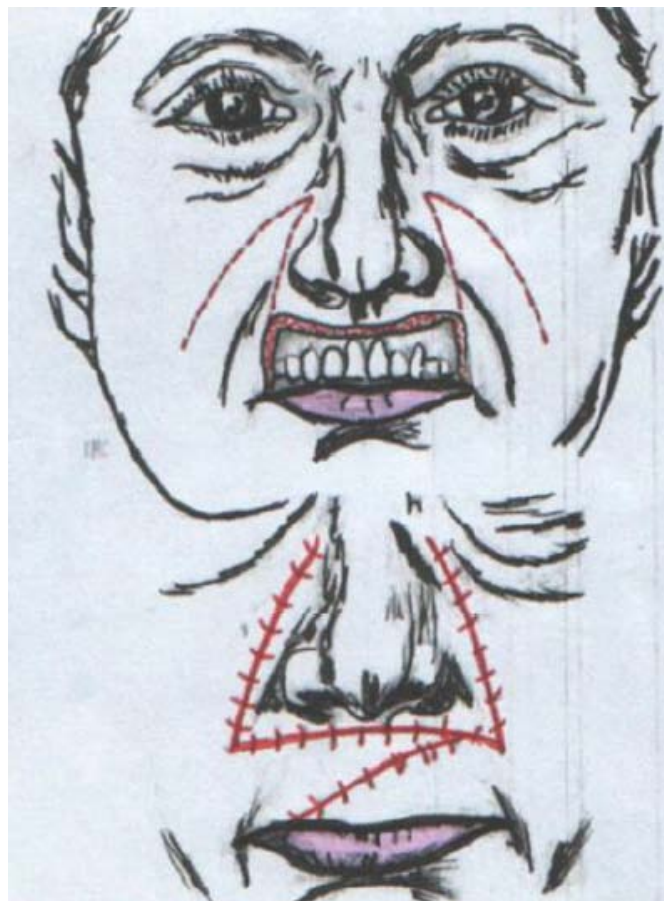


Figure 29 : Lambeaux nasogéniens de Gineste (76)

❖ Le lambeau de Karapandzik :

Il reconstitue la sangle fonctionnelle orbiculaire et consiste à réaliser de chaque côté de la perte de substance un lambeau nasolabial arciforme à concavité buccale, cutanéomuqueuse à pédicule vasculaire. Il a comme inconvénient d'induire une microstomie par déplacement en dedans pouvant nécessiter une commissuroplastie non systématique selon Karapandzik. En revanche, l'équilibre entre les deux lèvres est préservé (76) "figure 30".

❖ Le lambeau de Webster

C'est un lambeau d'avancement de la joue. Il est réalisé par une excision cutanée en croissant périalaire et une incision muqueuse à 2 ou 3 mm du fond du sillon gingivolabial. Il peut reconstruire une perte de substance paramédiane et de façon latérale une perte de substance de la lèvre supérieure (76) (73).

❖ Le lambeau de Camille Bernard

Il est particulièrement utilisé chez les sujets âgés, bénéficiant d'une importante laxité tégumentaire. Il s'agit d'un lambeau total de joue, réalisé de façon bilatérale, dont l'avancement est permis par l'exérèse de deux triangles opposés situés de part et d'autre de sa portion proximale au niveau des sillons nasogéniens "figure 31". Webster a proposé une modification du tracé de l'incision inférieure réalisée de manière arrondie autour de la houppe du menton ou l'excision tissulaire est située à la base des lambeaux d'avancement, ce qui réduit les séquelles esthétiques. (78)

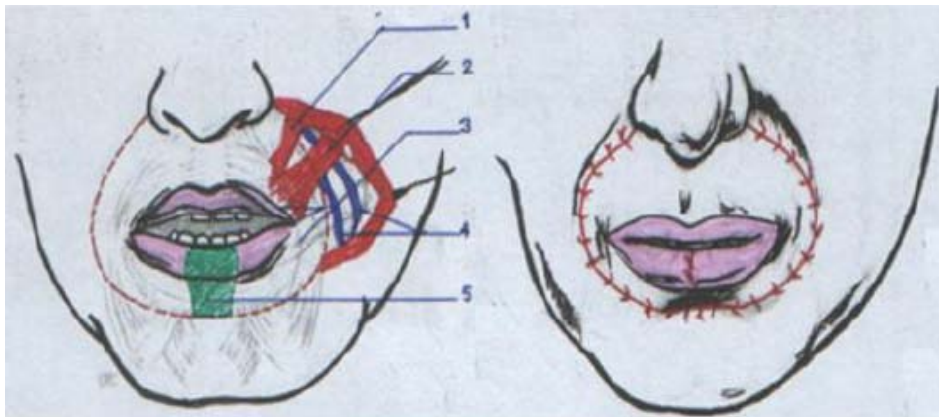


Figure 30 : Lambeaux de Karapandzick (76)

- 1 : muscle petit zygomatique ; 4 : vaisseaux faciaux
- 2 : muscle grand zygomatique ; 5 : zone d'exérèse
- 3 : rameaux commissuraux du nerf facial

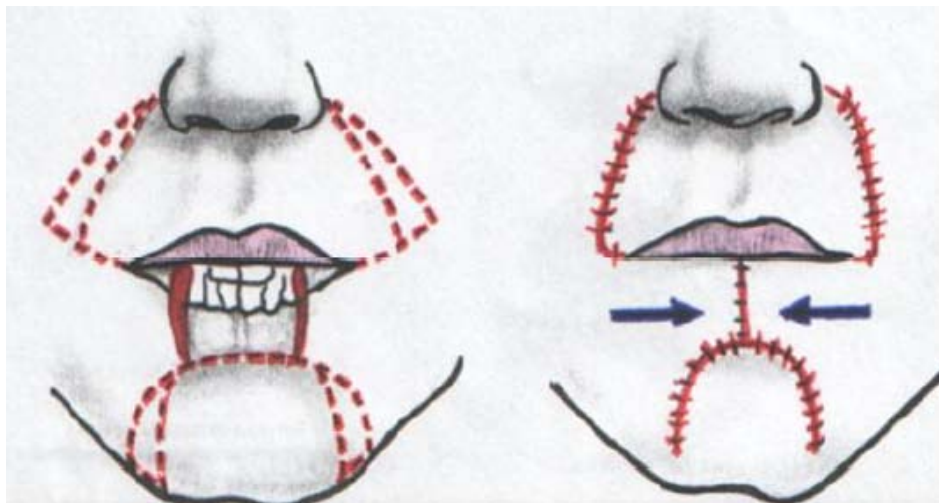


Figure 31 : Lambeaux de Camille Bernard (76)

→ La reconstruction nasale

❖ Le lambeau frontal

Par la coloration, la texture, l'épaisseur et la souplesse, les téguments frontaux constituent une zone donneuse privilégiée pour la reconstruction nasale, dès que les pertes de substance dépassent les possibilités des lambeaux locaux.

La proximité du front et la qualité de sa vascularisation axiale verticale permettent d'employer le lambeau paramédian. Dans toutes les situations de la reconstruction de l'aile du nez à la reconstruction totale en passant par la reconstruction hémnasale (78) "figure 32".

Le lambeau frontal utilisé peut être médian, paramédian ou latéral selon le niveau de la perte de substance (75).

❖ Le lambeau frontal scalpant de converse

Dérivé du lambeau frontal, il reste aujourd'hui le seul lambeau frontal capable d'apporter à la pointe du nez l'ensemble des deux plans de couverture.

La palette cutanée est prélevée sur la partie latérale du front du côté opposé au pédicule temporal. L'arc de rotation très vaste lui donne une grande mobilité et lui permet d'atteindre facilement la partie médiane et la base de la face (74).

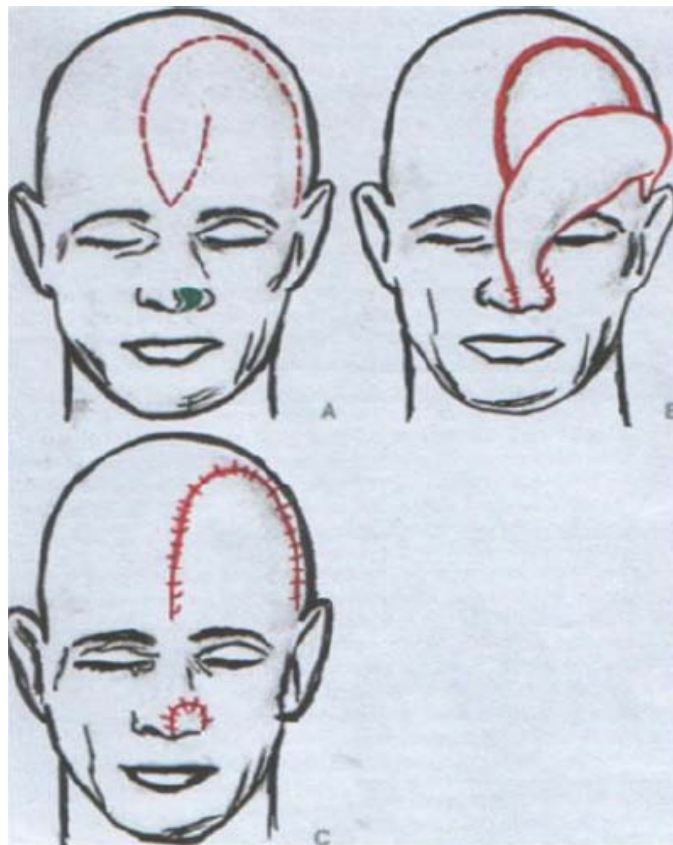


Figure 32 : Lambeau frontal médian à pédicule supérieur (76)

❖ Les lambeaux nasofrontaux

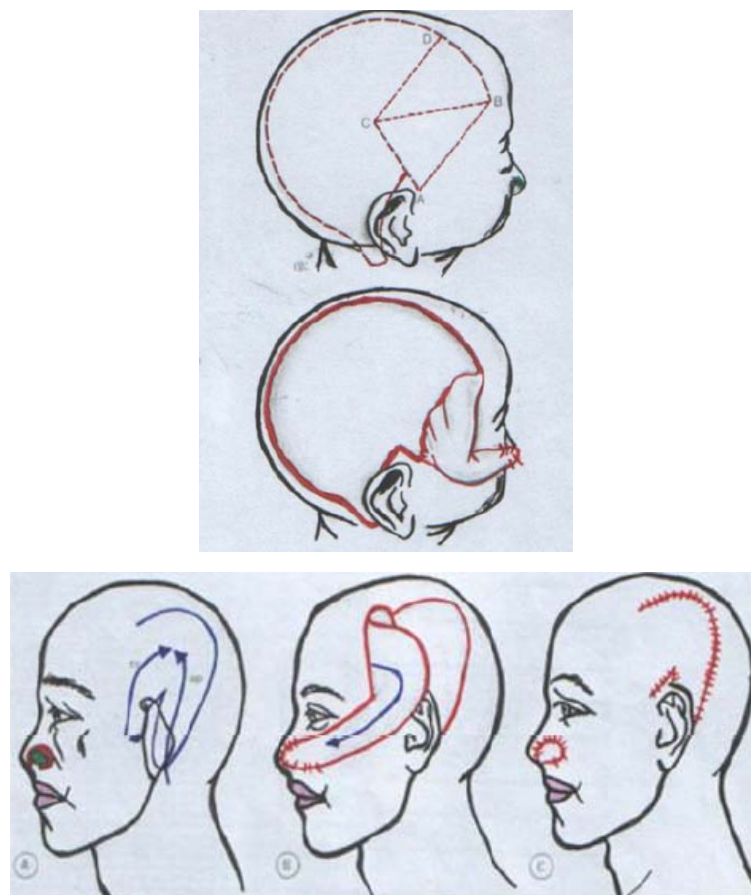
Ces lambeaux vont chercher les laxités cutanées dans la région glabellaire et peuvent atteindre la pointe du nez par rotation – transposition, comme le lambeau de Marchac à pédicule axial, ou par glissement – rotation, comme le lambeau de Rieger.

Ils couvrent sans déformation des pertes de substances des bords alaires ou de la columelle (74).

❖ Le lambeau retro-auriculaire de Washio

Cette méthode consiste à amener sur son pédicule la peau rétro-auriculaire, fine et souple d'autant plus intéressante qu'elle permet de prélever simultanément un fragment de cartilage et que le site donneur ne nécessite aucune réparation particulière.

Ce lambeau apporte une quantité limitée de peau mastoïdienne, juste suffisante pour la reconstitution de l'aile du nez ou du complexe columelloglabélaire (74) "figures 33 et 34".



Figures 33 et 34 : Lambeaux retro-auriculaires de Washio (74)

❖ Les lambeaux à distance

Lorsque les pertes de substance de la face sont majeures, elles doivent être recouvertes par des lambeaux musculocutanés, libres ou pédiculés. Les principaux sites donneurs sont situés sur le thorax, l'abdomen et la partie proximale des membres. (73)

Parmi les plus adoptés sont le lambeau antébrachial sur le pédicule radial et le lambeau parascapulaire dont la texture convient à la face. (76)

→ Le lambeau du grand pectoral

Il constitue comme le lambeau du grand dorsal le lambeau musculo-cutané d'origine thoracique le plus utilisé pour combler une perte de substance intéressant la partie inférieure de la face. Ce lambeau a un arc de rotation qui lui permet d'atteindre la région labiale sans difficulté. (76)

Les lambeaux myocutanés du grand pectoral sont très utilisés en chirurgie carcinologiques cervico-faciale et présentent de nombreux avantages (72) :

- Leur localisation éloignée de la région cervico-faciale permet leur utilisation large quel que soit le traitement antérieur.
- Leur pédicule est indépendant des vaisseaux cervicaux.
- L'apport cutané peut être important.
- Ils sont très fiables.

→ Le lambeau du grand dorsal

Le lambeau du grand dorsal présente de nombreux avantages et mérite une utilisation plus fréquente dans la chirurgie reconstructrice.

Il permet d'obtenir une très grande palette musculo-cutanée d'excellente vitalité et peut atteindre le tiers inférieur du visage telle que la région labiale supérieure grâce à son arc de rotation. Les cicatrices sont discrètes le rendant ainsi intéressant surtout chez la femme. (78)

→ Le lambeau du sterno-cleido-mastoidien

Plusieurs critères font de ce lambeau un procédé de couverture très important pour les pertes de substance faciales (72).

➤ **Selon le mode de mobilisation**

On distingue classiquement pour les lambeaux cutanés trois types de mobilisation des tissus:

- Avancement, de glissement
- Rotation
- Transposition

• ***Les lambeaux 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'importance de l'avancement est fonction de l'élasticité de la peau et de la longueur du lambeau. L'avancement est facilité par l'excision de part et d'autre de la base du lambeau de deux triangles d'avancement.(78)

❖ **Plastie en H**

Lorsqu'un seul lambeau d'avancement ne peut pas recouvrir une perte de substance, deux lambeaux rectangulaires sont taillés de part et d'autre de la perte de substance réalisant une plastie en H (78) "figures 35 et 36 ".

– Au niveau frontal, la perte de substance ramenée à un rectangle est comblée par deux lambeaux d'avancement avec un triangle d'avancement à leur base réalisant une plastie en H. La cicatrice finale est invisible car cette plastie à l'intérêt de mettre les suture dans les plis naturels du front "figure 35".

– Lorsqu'une perte de substance à la suite de l'exérèse des cancers cutanés intéresse la partie antérieure de la joue, elle peut être traitée par un lambeau d'avancement pur de la joue dont l'excision supérieure est horizontale et l'incision inférieure est faite dans le sens du pli nasogénien. Le long de l'incision inférieure, une excision complémentaire est souvent pratiquée pour faciliter la mise en place du lambeau.

Ce lambeau, dit lambeau de glissement en îlot de la joue, constitue la meilleure solution pouvant atteindre jusqu'à 8 cm de diamètre et le résultat esthétique est bon "figure 37".

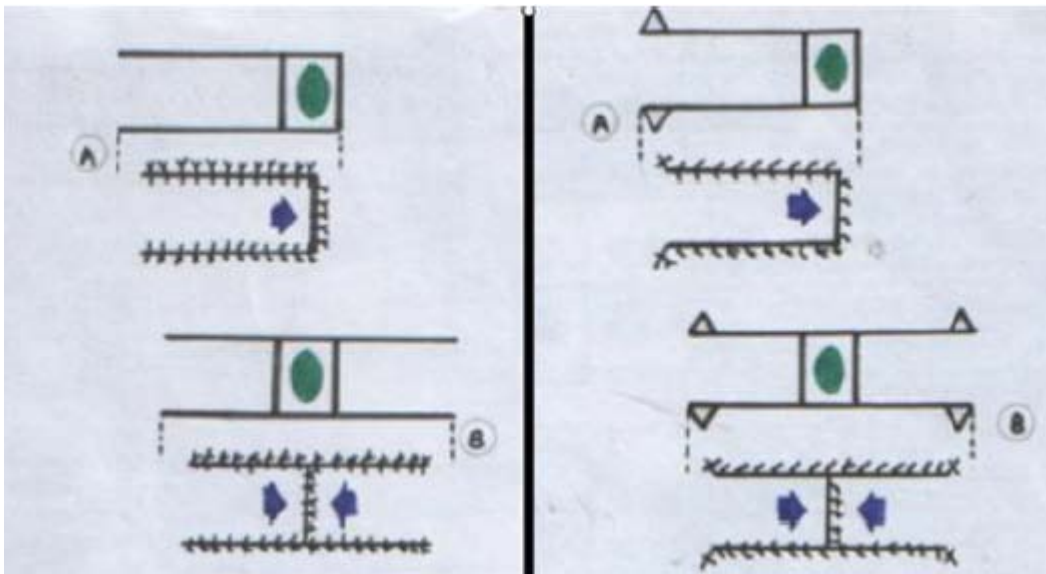


Figure 35: Plastie en H (77)

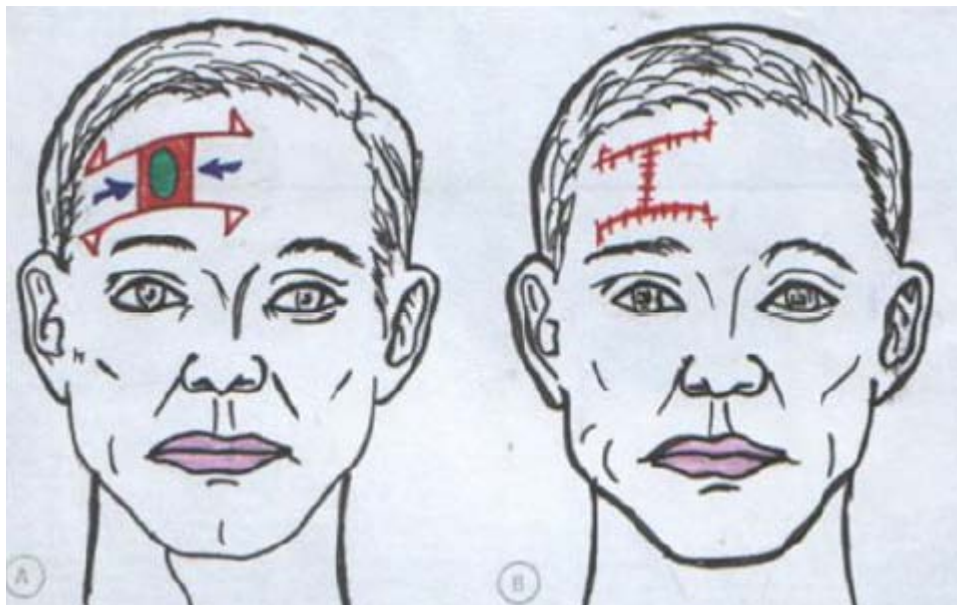


Figure 36 : Lambeaux d'avancement en H du front (77)



Figure 37 : Lambeaux de glissement en îlot de la joue (77)

❖ **Plastie en YV**

Pour diminuer une longueur AB, il est possible de tailler un lambeau triangulaire que l'on prolonge par une incision verticale à sa pointe en vue de réaliser une incision en Y. Le lambeau triangulaire est décollé ainsi que les deux berges de l'incision verticale.

La pointe du lambeau est avancée à l'extrémité de l'incision. La cicatrice finale est en V. La longueur A'B' est inférieure à AB (77) "figure 38 et 39".

La forme des cicatrices initiales et finales donne son nom à ces plasties. Pour les pertes de substances situées au niveau nasal, plusieurs types de lambeaux locaux d'avancement peuvent être utilisés tels:

- Le lambeau Cer F-volant est destiné à réparer les pertes de substance de la racine du nez par avancement d'un lambeau triangulaire glabellaire à pédicule sous cutanée mobilisé sur le principe de VY (73), tout en atténuant l'inévitable rapprochement des sourcils.

- Le lambeau d'avancement en îlot de Rybka est un lambeau d'avancement à pédicules sous cutanés, destiné à recouvrir une perte de substance médiane et paramédiane de la partie haute de la pointe du nez selon un VY à grand axe horizontal (73).

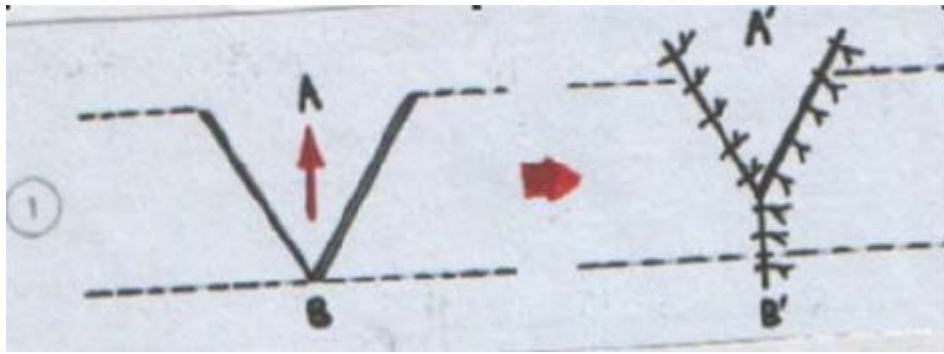


Figure 38: Plastie en VY (73)

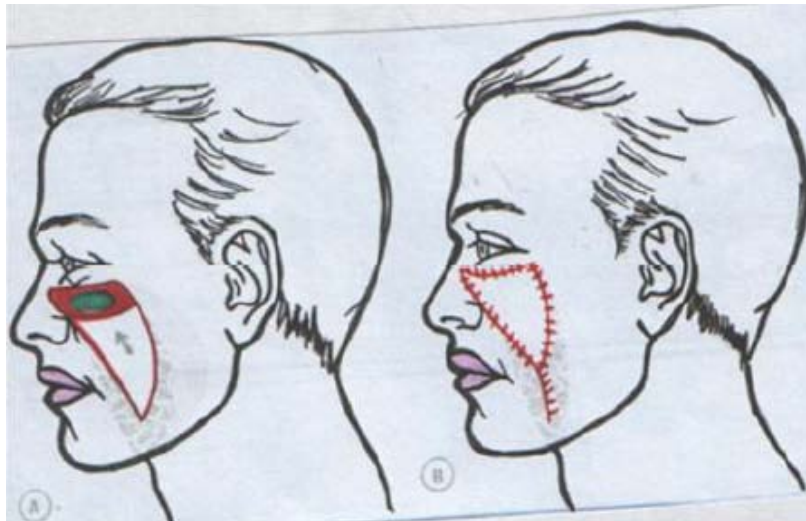


Figure 39 : Plastie en VY de la joue (73)

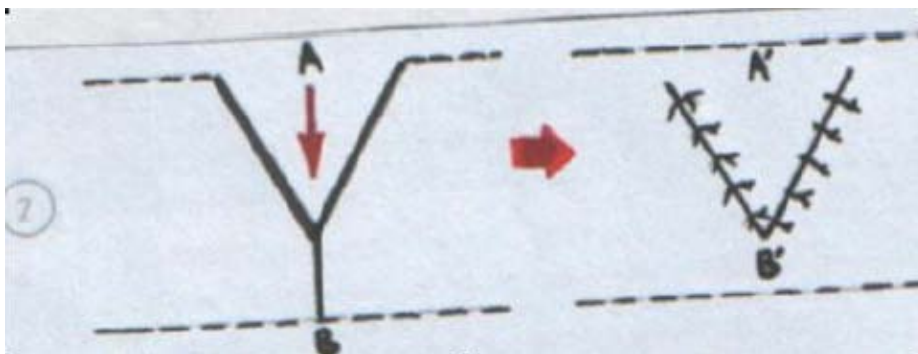


Figure 40 : Plastie en YV (73)

- Le lambeau triangulaire en îlot est un lambeau d'avancement à pédicule sous cutanée qui est destiné à fermer une perte de substance sur la partie supérieure de la pyramide nasale n'excédant pas 2 cm. La longueur de ce lambeau doit être adaptée à la largeur

pour que la fermeture en VY ne déforme pas les structures voisines, en particulier, l'implantation de l'aile du nez. (76)

- Le lambeau nasogénien en îlot est un lambeau d'avancement utilisé pour recouvrir des pertes de substance latéronasales. Il peut avancer de 3.5 à 4 cm. Mais il faut veiller à préserver la conformation du sillon nasojugal ou "vallée des larmes" qui suit la zone de rupture de pente entre la joue et le nez. (76)

Pour les pertes de substances situées au niveau temporal, le lambeau d'avancement permet de la recouvrir mais il faut essayer de dissimuler les sutures dans le plis de la patte d'oie soit par suture directe après décollement et autoplastie soit grâce à un lambeau d'avancement de rotation en se servant de la laxité cutanée de la région temporojugale. La suture horizontale sera dissimulée dans les plis de la patte d'oie et la suture verticale dans la région péri auriculaire.

- ***Les lambeaux de rotation (77)***

La perte de substance est ramenée à un triangle. L'incision arciforme dans le prolongement de la base du triangle permet de tailler un vaste lambeau qui vient combler la PDS par un mouvement de rotation.

L'étirement du lambeau est maximal à sa périphérie. La mobilisation du lambeau peut être améliorée par certains procédés:

- ❖ **Procédé de Blascoviez**

Une excision triangulaire donne un lambeau sur la berge concave. Le décollement est limité au lambeau et à son pied et à la suture réalise un avancement qui permet à l'extrémité de ce lambeau d'atteindre plus facilement la perte de substance.

- ❖ **Procédé d'Imré**

L'excision triangulaire est identique, mais le décollement est pratiqué sur les deux berges, ce qui permet de rapprocher facilement l'extrémité de la perte de substance C du pied du lambeau A et la pointe du lambeau B.

❖ **Procédé de Dufourmentel et Mouly**

L'avancement est favorisé par une plastie en Z au niveau du lambeau.

❖ **Procédé de Kazanjian et Converse**

Une incision est pratiquée sur le lambeau perpendiculairement du pied du pédicule. Cette plastie diminue la largeur du pédicule du lambeau et ne se conçoit que dans une zone très bien vascularisée.

De nombreuses plasties de rotation sont employées au niveau de la face : Les lambeaux de rotation sont très utilisés au niveau du cuir chevelu où la réalisation d'une plastie auto fermante (sans séquelle alopecique) est particulièrement indiquée "figure 41".

Au niveau de la joue, le lambeau de rotation jugal de Mustardé permet de réparer une perte de substance triangulaire de la région antérieure de la joue.

L'incision supérieure arciforme remonte légèrement vers la région temporale avant de redescendre en avant de l'oreille. Après, la mobilisation fait rejoindre la pointe du lambeau à l'extrémité de la perte de substance "figure 42".

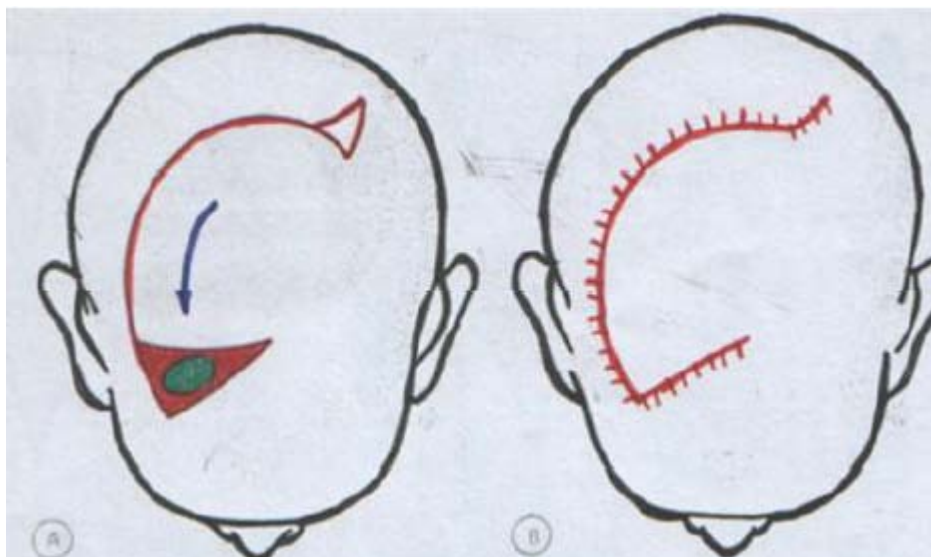


Figure 41 : Lambeaux de rotation au niveau du cuir chevelu (77)

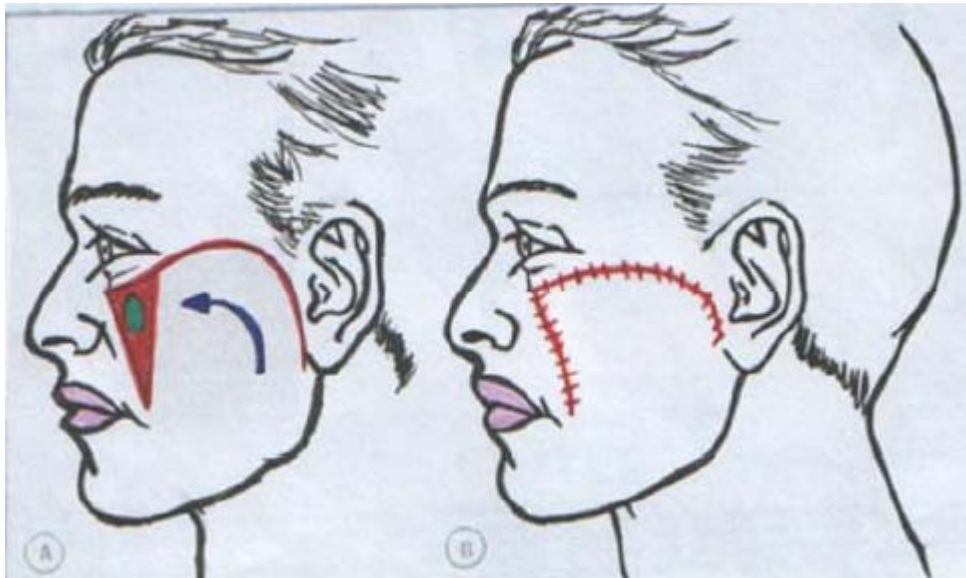


Figure 42 : Lambeau de rotation jugale de Mustardé (77)

Au niveau des paupières inférieures, une perte de substance peut être comblée par un lambeau de rotation selon le procédé de Blascovicz comme elle peut être reconstruite par un lambeau de rotation selon le procédé de d'Imré (82) "figure 43".

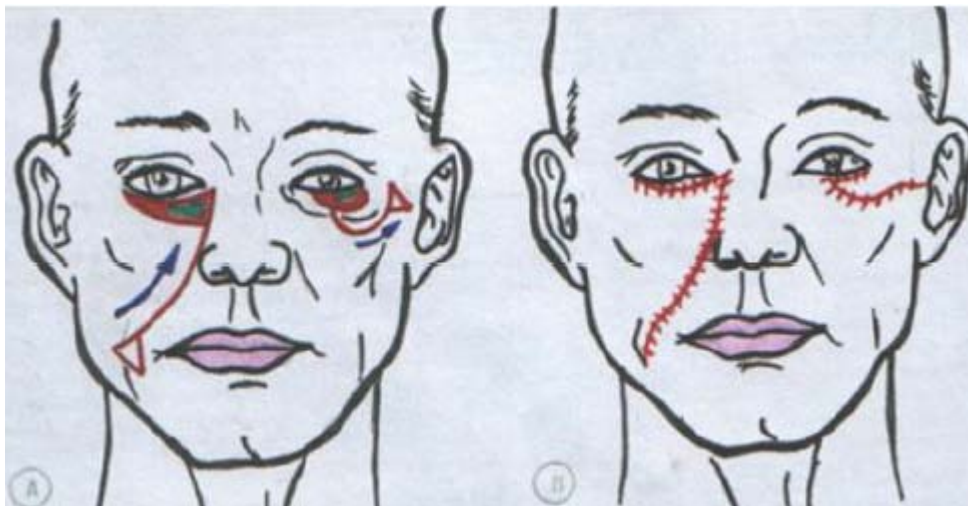


Figure 43 : Lambeau de rotation comblant une perte de substance au niveau des paupières inférieures (77)

Au niveau du nez, les lambeaux de rotation de REIGER et MARCHAC qui sont dérivés des lambeaux fronto-nasaux à pédicule vasculaire, sont indiqués pour la couverture des pertes de substances de la partie moyenne du nez et surtout de la partie basse de la pointe du nez. Ces lambeaux présentent certains inconvénients tels que le rapprochement gênant des sourcils et comblement de l'angle fronto-nasal (75).

- ***Les lambeaux de transposition***

Lorsqu'un lambeau rectangulaire taillé à distance d'une perte de substance, passe lors de sa mobilisation au-dessus d'une zone non décollée et il l'enjambe, il s'appelle le lambeau de transposition vrai avec enjambement. Et quand le lambeau est taillé assez loin de la perte de substance, il s'agit du lambeau de voisinage. La mobilisation du lambeau se fait grâce à une torsion de son pédicule. Un lambeau de transposition peut être mis en place sur une perte de substance sans aucune tension. La zone donneuse est suivant les cas, suturée directement, fermée en VY, greffée ou comblée par un autre lambeau (77). Ces lambeaux de transposition peuvent être taillés selon deux types de plasties.

- ❖ **La plastie en LLL de Dufourmentel.**

C'est un lambeau de transposition qui sert à reconstruire des pertes de substances losangiques trop larges pour être fermées par un simple rapprochement. (77)

- ❖ **La plastie en Z (75)**

Son but n'est pas de combler une perte de substance, mais d'entraîner un échange topographique entre deux zones voisines ou de remettre en bonne position une cicatrice vicieuse. Ces lambeaux de transposition peuvent être indiqués au niveau de la face.

- Au niveau nasal, les lambeaux rhomboïde (LLL), permettant de réparer une perte de substance sur une peau fine de la partie supérieure de la pyramide nasale, par contre, ils sont médiocres voir mauvais sur la peau épaisse et rigide de la pointe du nez "figure 44".

- Les lambeaux de transposition d'origine nasogénienne sont utilisés préférentiellement à pédicule inférieur pour recouvrir les pertes de substance de la partie latérale de la lèvre supérieure, mais sa rançon cicatricielle est bien supérieure à cause de son épaisseur souvent excessive et sa tendance à la rétraction en boule. De plus, il bride la lèvre supérieure et le sillon nasogénien, défaut surtout visible lors du sourire.

- Dans les pertes de substance localisées au niveau de la paupière inférieure, il est préférable d'utiliser le lambeau glabellaire de Mustardé qui peut être réalisé facilement et présente une grande fiabilité puisqu'il s'agit d'un lambeau vascularisé par l'artère angulaire de l'oeil controlatéral. Il permet de recouvrir une importante perte substance de la paupière inférieure avec un bon résultat esthétique et des suites opératoires simples et rapides puisque la réparation est immédiate "figure 45".

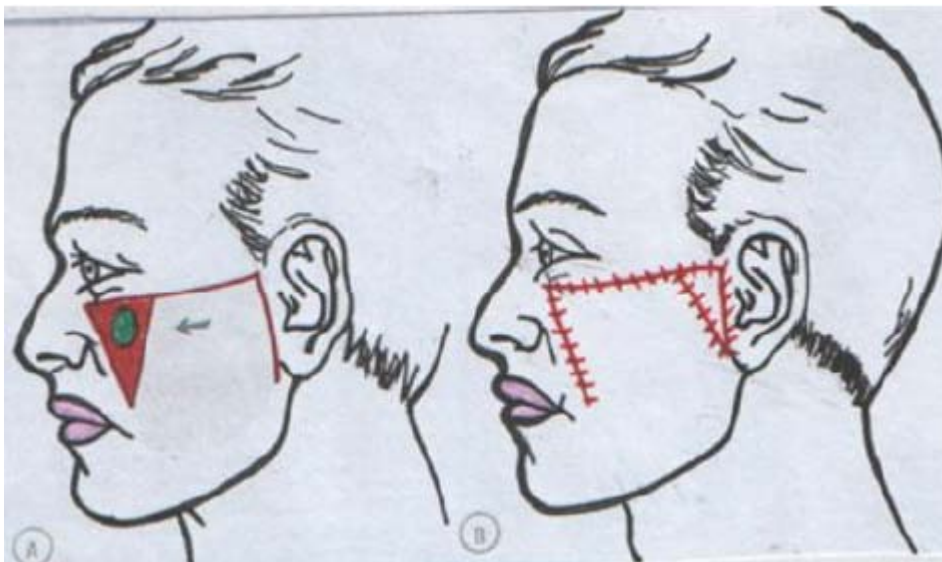


Figure 44 : Lambeau de transposition (77)

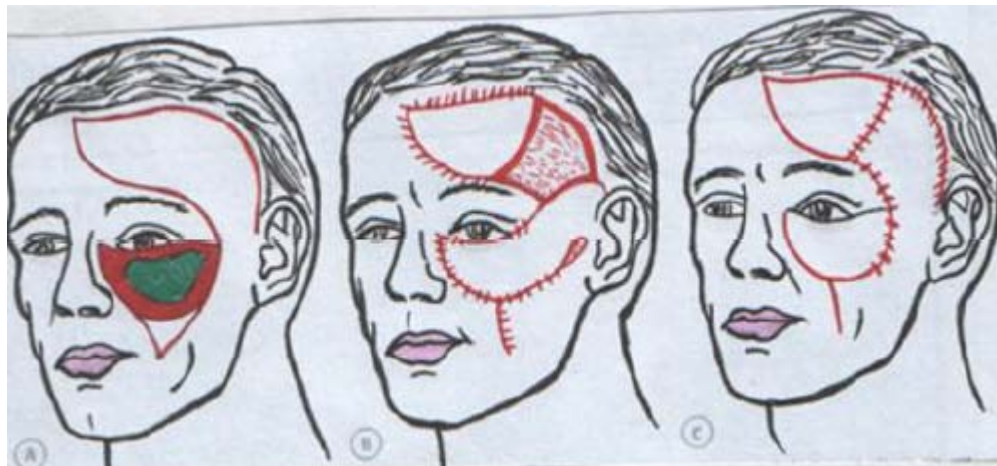


Figure 45 : Lambeau de transposition de Mustardé comblant une perte de substance localisée au niveau de la paupière inférieure (77)

➤ **Selon le mode de conditionnement**

• *Les lambeaux autonomisés*

Ces lambeaux sont indiqués pour recouvrir une perte de substance en augmentant la surface par rapport à la dimension classique, si le front est cicatriciel du fait des antécédents traumatiques, de brûlure et d'échecs antérieurs de reconstruction par lambeau.

Sa technique consiste à faire une incision en circonscrivant la palette du lambeau sans aucun décollement.

Ce lambeau peut être soulevé au 15^{ème} jour lorsque le flux vasculaire axial du lambeau est suffisamment important pour prendre en charge à lui seul la vascularisation du lambeau avec ses nouvelles dimensions agrandies. Généralement, il est admis que au-delà de deux semaines, un délai supplémentaire n'a pas d'intérêt et que le décollement risque de compliquer la mise en place du lambeau en le rendant plus rigide (75).

Cette procédure est particulièrement intéressante pour le prélèvement des lambeaux frontaux (75).

- *Les lambeaux pré expansés*

Ces lambeaux permettent d'augmenter la surface du lambeau à prélever, d'ajouter un effet d'autonomisation et de faciliter la fermeture du site donneur.

Ce procédé a l'intérêt d'être utilisé pour recouvrir une perte de substance du cuir chevelu après l'exérèse d'un cancer cutané. Il consiste à implanter un expandeur sous le cuir chevelu situé à côté de la perte de substance. Il s'agit d'un ballon qu'on gonfle chaque jour avec de sérum. Le cuir chevelu qui le recouvre s'étire. Au bout de quelques jours, il existe assez de cuir chevelu pour refermer la perte de substance (77).

- *Les lambeaux préfabriqués*

Il peut s'agir de lambeaux locorégionaux, essentiellement le lambeau frontal, ou lambeau à distance que l'on fabrique pour lui donner la forme de l'organe à reconstruire en le plicaturant et en l'armant de greffon osseux ou cartilagineux pour la reconstruction nasale par exemple (77).

Ces lambeaux imposent plusieurs temps opératoires et on peut sans peine imaginer et vérifier que ni la couleur, ni la fonction ne sont satisfaisantes (77).

- ❖ Autre procédés de réparation des pertes de substances

- La réparation par expansion

Elle peut être utile pour augmenter la surface du site donneur d'une greffe ou d'un lambeau. Ce type de procédé présente ses propres inconvénients. Elle nécessite plusieurs temps avec un risque d'infection et d'hématome (76).

- La réparation par épithèse

Les épithèses sont des prothèses plastiques qui permettent de remplacer un nez, une oreille ou une partie du visage.

Des progrès importants ont considérablement amélioré la qualité de ce type de reconstruction. Il s'agit des silicones qui sont utilisés pour ces prothèses.

Il est actuellement possible d'obtenir des aspects très naturels tant du point de vue de la couleur que de la texture et de clipper ces prothèses sur des implants fixés dans l'os. Auparavant les prothèses étaient fixées sur des lunettes par exemple, de telle sorte que la jointure avec la peau du malade était visible.

Ce nouveau type de reconstruction offre un avantage énorme, quant à la surveillance de la récurrence locale. Il suffit en effet de l'enlever pour surveiller le site opératoire.

Les possibilités d'épithèses fixés sur implant, sont quelque fois limitées par le manque d'os; c'est le cas pour le nez et l'orbite.

Les progrès de la greffe osseuse ont permis d'augmenter les chances de succès de ce type de réparation (75).

2.3. Moyens médicaux :

➤ Radiothérapie: (78) (79)

La radiothérapie est indiquée dans un but palliatif pour les tumeurs non opérables, quelles qu'en soient les raisons qui sont le plus souvent associées : volume, localisation et terrain ou chez les malades refusant l'intervention chirurgicale. En revanche, il n'y a pas de pièce opératoire et il est nécessaire d'avoir une confirmation histologique avant de débiter le traitement La contre-indication absolue de la radiothérapie est l'antécédent de radiothérapie dans le même site, elle est contre-indiquée aussi, en cas de syndrome génétique prédisposant aux cancers cutanés du type naevomatose basocellulaire et xeroderma pigmentosum, en cas de CBC ulcéreux histologiquement métatypiques et dans le CBC sclérodermiforme, comme elle n'est pas recommandée chez les sujets très âgés.

Pour les CSC, la radiothérapie est réservée aux cas inaccessibles à la chirurgie et à des CSC évolués avec des ADPS cervicales ou avec des limites d'exérèse non satisfaisantes.

Les CSC sont radiosensibles, mais le fort taux de récurrence, de complication (radionécrose) et la difficulté de traitement de récurrence en milieu irradié n'en font pas un traitement de première intention.

Pour les CBC, la radiothérapie présente les meilleures indications dans :

- les CBC avec exérèse incomplète ;
- les CBC récidivés ;
- les CBC nodulaires d'une taille inférieure à 2 cm de l'extrémité céphalique ;
- les CBC un envahissement osseux ou cartilagineux ;

En fonction du pronostic de la tumeur, il est proposé de respecter des marges de sécurité minimale de 5 à 10 mm au niveau du volume irradié par rapport au volume tumoral.

La radiothérapie est aussi utilisée en complément du curage ganglionnaire, métastase osseuse, cérébrale ou pulmonaire dans un but symptomatique essentiellement antalgique ou de décompression nerveuse. Mais elle présente un certain nombre d'inconvénients : absence de contrôle histologique, nécessité de séances multiples, risque de radiodermite qui peut être elle-même le lit d'un nouveau cancer et en cas d'inefficacité elle ne peut être répétée et complique le traitement chirurgical.

La curiethérapie a plusieurs indications au niveau du visage:

La curiethérapie apporte de très bons résultats et doit être systématiquement proposée comme alternative de la chirurgie. Les taux de guérison sont identiques et l'aspect esthétique et fonctionnel souvent parfait.

La curiethérapie offre une bonne alternative pour les tumeurs de la pointe ou des narines. Elle permet de conserver parfaitement le volume et les reliefs du nez.

Au niveau des paupières, seules les tumeurs de petite taille peuvent être traitées par curiethérapie.

L'électronthérapie permet la mise en place d'une coquille de protection, mais celle-ci est très inconfortable.

Au niveau du canthus interne de l'oeil, la radiothérapie permet d'éviter les lambeaux souvent épais dans cette zone mais des troubles pigmentaires se manifestent souvent dans les suites.

Au niveau de l'oreille, la proximité du cartilage ne fait de la radiothérapie qu'un deuxième choix quand la volonté claire d'un traitement conservateur est exprimée. La curiethérapie permet de traiter la tumeur à cheval sur le sillon rétro-auriculaire.

➤ *La chimiothérapie (78)*

Le traitement médical est rarement envisagé dans les carcinomes cutanés. Elle peut être locale tels que le 5-Fluoro-uracile en crème qui pourrait être utile dans les Xeroderma pigmentosum.

Dans les mélanomes, la chimiothérapie est utilisée uniquement dans les formes métastatiques. Elle est considérée comme inutile dans les formes traitées chirurgicalement et dans les récives locales où la chirurgie est le traitement de choix

3. Indications (80)(81)

3.1. Le carcinome basocellulaire

S'il est de petite taille, c'est-à-dire moins de 2 cm de diamètres, et son pronostic est bon, la chirurgie avec une marge de 3 à 4 mm sans analyse extemporané est pratiquée en première intention, sinon une cryochirurgie ou radiothérapie en

deuxième intention et en troisième intention, le curetage-électrocoagulation. S'il est de plus grande taille ou CBC de mauvais pronostic, la chirurgie est la méthode de choix avec une marge de 5 à 10 mm ou plus, chirurgie en deux temps ou chirurgie avec contrôle extemporané des marges ou la méthode de Mohs si la technique est réalisable, sont indiqués en première intention et la radiothérapie peut être utilisées en deuxième intention, mais les autres techniques sont contre indiquées.

Pour les CBC de pronostic intermédiaire, la chirurgie avec une marge stricte de 4 mm au minimum est indiquée, mais si la marge ne peut pas être respectée, il est préférable de pratiquer une chirurgie avec examen extemporané ou chirurgie en deux temps ; ensuite la radiothérapie ou cryochirurgie peut être indiquée en deuxième temps.

3.2. Le carcinome épidermoïde

La tumeur est traitée par exérèse chirurgicale seule selon les mêmes principes que pour le CBC mais avec des limites plus larges et très larges s'il s'agit d'une tumeur récidivée.

S'il existe un envahissement des aires ganglionnaires, un curage ganglionnaire est pratiqué associé ou non à une radiothérapie. Pas de littérature qui recommande le curage prophylactique, toutefois, il semble prudent de faire un curage si le carcinome est peu différencié et de grande taille.

La radiothérapie sur une zone déjà fragilisée risque d'induire une radionécrose sans éradiquer la lésion totalement, mais elle est indiquée :

- En cas de contre-indication d'insuffisance ou d'impossibilité de la chirurgie
- En complément de la chirurgie en cas de tumeur infiltrante ou de grande taille et en cas de métastase ganglionnaire.

3.3. Le mélanome : (39)

Les options thérapeutiques sont définies en fonction notamment de la localisation, du stade, de l'histologie et de l'état général. La chirurgie est le traitement de référence du mélanome cutané non métastatique.

Dans les stades I, la chirurgie est réalisée seule.

Dans les stades II, une immunothérapie par interféron alpha peut être proposée en traitement adjuvant si l'indice de Breslow est supérieur à 1,5 mm

Dans les stades III : Le curage ganglionnaire, associé à une chirurgie de la lésion, est le traitement standard ; une immunothérapie par interféron alpha peut être proposée en traitement adjuvant ; une chimiothérapie peut être proposée pour le traitement des mélanomes avec atteinte cutanée ou ganglionnaire non résécables. Les bénéfices attendus et les effets

indésirables doivent être discutés avec le patient ; une radiothérapie peut être proposée après discussion en RCP.

Dans les stades IV : l'exérèse chirurgicale des métastases doit être systématiquement discutée ; une radiothérapie peut être proposée après discussion en RCP ; une chimiothérapie peut être proposée pour le traitement des mélanomes avec atteinte métastatique viscérale. Les bénéfices attendus et les effets indésirables doivent être discutés avec le patient ; de nouvelles molécules sont maintenant disponibles.

Peuvent être utilisées notamment dans des situations particulières proposées en RCP :

La destruction des métastases par radiofréquence ;

La cryochirurgie des métastases hépatiques ;

La chimiothérapie par perfusion de membre isolé ;

La radiothérapie stéréotaxique intra et extra crânienne.

La récurrence et l'échec Ils feront l'objet d'un traitement chirurgical avec des limites d'exérèse plus étendues que pour une lésion non encore traitée, et avec un examen extemporané.

4. Evolution (81)(82)

4.1. L'évolution des patients non traités

a. Les carcinomes basocellulaires

Le risque métastatique du CBC est suffisamment rare pour être considéré comme inexistant, il s'agit d'une tumeur à malignité local, et c'est son extension aux structures sous cutanée, c'est-à-dire : muscle, os, cartilage, méninges, orbite oculaire... etc qui conditionnent le pronostic général.

b. Les carcinomes épidermoïdes

L'évolution se fait vers l'augmentation de son volume, de son diamètre et de son infiltration en profondeur.

Il peut évoluer vers des métastases cérébrales et nerveuses. Ce neurotropisme est responsable de douleurs intenses mais surtout d'exérèse chirurgicale incomplète et donc de récurrences. Le potentiel métastatique de carcinome épidermoïde dépend principalement de son degré de différenciation, de son volume, de sa topographie, de la profondeur de son extension, de son caractère neurotrope et enfin des compétences immunitaires de l'hôte.

L'évolution métastatique se fait vers les ganglions lymphatiques régionaux et les viscères à distance (le foie, les poumons, le cerveau...)

4.2. L'évolution post thérapeutique

a. Les carcinomes basocellulaires

La plupart des CBC correctement traités ne récidivent pas. Mais certains sont plus difficiles à contrôler soit du fait de leur type (sclérodermiforme), de leur siège (le sillon nasogénien), ou encore de l'existence d'un envahissement osseux .

La probabilité de récurrence après traitement d'un premier carcinome est de l'ordre de 5% et celle d'une seconde localisation est de l'ordre de 20% dans un délai de 12-18 mois. Il est souhaitable de surveiller les cicatrices et la peau de ces malades à un rythme semestriel au moins pendant 2 ans pour s'assurer de l'absence de récurrence et des recommandations de protection solaire et de surveillance sont nécessaires.

b. Les carcinomes épidermoïdes

Le pronostic des carcinomes épidermoïdes cutanés de la face est péjoratif, en particulier pour les patients métastatiques. Les critères de gravité de ces tumeurs sont bien définis : taille tumorale, tumeur peu différenciée, infiltration périnerveuse. Ils reposent essentiellement sur l'étude anatomo-pathologique de la tumeur cutanée.

Les carcinomes épidermoïdes mettant en jeu le pronostic vital, nécessitent une surveillance stricte car ils ont un potentiel élevé d'agressivité augmentant le taux de récurrences locales. A côté de l'extension par voie sanguine (hépatique, pulmonaire, cérébrale...) ou

lymphatique (ganglionnaire), les carcinomes épidermoïdes cutanés ont un potentiel d'envahissement des structures nerveuses variables. Le neurotropisme est un marqueur d'agressivité. En cas de récurrence, les signes neurologiques peuvent précéder les signes cutanés rendant le diagnostic difficile.

Pour cela, une surveillance rigoureuse doit être effectuée avec une visite tous les 3 mois la première année puis tous les 6 mois.

5. Prévention (80) (82) (83)

La maladie cancéreuse, bien que particulièrement grave et tragique, a vu néanmoins son pronostic s'améliorer ces dernières décennies. En effet, de nombreux progrès ont été réalisés dans la compréhension des mécanismes biologiques de la survenue de la maladie. Grâce à des progrès, le pronostic de la maladie a nettement amélioré, particulièrement dans les stades localisés, voire même dans les stades localement avancés ou métastatiques. Les avancées scientifiques et les moyens médicaux permettent actuellement de guérir dans des conditions favorables jusqu'à 80% des enfants malades et plus de 65% des malades adultes dans le monde. La détection précoce constitue la meilleure chance de guérison des cancers cutanés, et notamment du mélanome le plus grave entre eux du fait de son potentiel métastatique.

Il est évident maintenant que les cancers et en particulier les cancers cutanés sont la résultante d'une accumulation complexe de facteurs en rapport avec le mode de vie, l'exposition solaire, l'hérédité et l'environnement. Certains facteurs sont incontournables, mais d'autres peuvent et doivent être contrôlés.

L'un des buts essentiels de la recherche, en particulier de l'épidémiologie grâce à l'identification des facteurs qui favorisent les cancers cutanés, est de permettre d'éviter la survenue de ceux-ci. Certains cancers pourraient disparaître à plus de 90 % si nous adoptions un mode de vie collectif et individuel éliminant les causes évitables et les facteurs favorisants de ces cancers de peau et en particuliers l'exposition solaire.

Le dépistage vise à abaisser la mortalité liée au cancer, seul critère permettant de juger de son efficacité.

La mise en place d'une campagne de dépistage implique nécessairement : que le cancer considéré soit fréquent dans la population choisie et/ou grave par les conséquences de son traitement. Mais aussi qu'il soit précédé d'une lésion précancéreuse ou d'une période infraclinique, au cours de laquelle, il est à la fois détectable et curable. Chose démontrée par notre étude et par la majorité des études.

Mais malheureusement, et contrairement à d'autres types de cancers (seins, le col utérin, broncho-pulmonaire..), et malgré sa gravité et son coût lourd pour la société, il n'y a pas de système de lutte contre le cancer de peau. D'où le rôle primordial de la prévention dans ce type de cancer, surtout pour le mélanome (forme la plus grave avec le taux de mortalité le plus élevé). Cette prévention doit visée à éliminer les causes d'apparition d'un cancer cutané et va représenter un bénéfice, non seulement en vies humaines, mais encore économique et social et doit s'articuler globalement autour de 3 volets :

5.1. La prévention primaire :

C'est l'ensemble des mesures destinées à éviter la survenue d'une pathologie.

Elle concerne le grand public et s'articule autour de campagnes d'information à fin d'éviter les facteurs de risque.

L'exposition solaire s'intègre dans ce type de prévention et on ne peut cesser de répéter, les coups de soleil, notamment durant l'enfance, majorent le risque de cancer cutané.

Il faut donc tous mettre en oeuvre pour les éviter : Application régulière, et en quantité suffisante, d'une crème solaire d'indice élevée et adaptée au type de peau. Nouvelle application après une baignade ou une forte transpiration. Grande prudence les premiers jours de vacances, la peau n'est pas encore habituée au soleil. Les sujets à peau claire, en particulier les roux, sont particulièrement à risque. Ne pas oublier que les nuages laissent passer quantité de rayonnements solaires, et le parasol aussi. Pas d'exposition entre 12 et 16 heures, et surtout pas

les enfants. Jamais de nourrisson au soleil ! Pas de femme enceinte au soleil : risque de masque de grossesse. Evité les cabines de bronzage. Certains médicaments favorisent les brûlures (photosensibilisation), donc lire attentivement la notice. De même pour certains parfums et cosmétiques....

Il est recommandé à ces personnes de pratiquer une auto-surveillance trimestrielle et de la compléter par une visite de contrôle annuelle chez un spécialiste.

5.2. La prévention secondaire :

Encore appelée « détection précoce », elle inclut le dépistage, le diagnostic précoce et le traitement et le suivi qui en découlent.

Le dépistage consiste à rechercher de façon systématique dans une population en bonne santé les porteurs de symptômes latents. Elle s'adresse à des individus qui ne présentent pas encore les symptômes de la maladie mais qui présentent déjà un certain risque.

Comme pour le cas du mélanome où il est recommandé de surveiller régulièrement les grains de beauté.

Parallèlement, certains individus ont un risque de mélanome accru par rapport à la population générale. Il s'agit de ceux présentant : Des antécédents personnels ou familiaux de mélanome, Plus de deux grains de beauté (ou nævi) atypiques, Plus de 40 nævi communs, Des antécédents de brûlure solaire, De nombreuses taches de rousseur, Un phototype de type I (peau blanche, cheveux blonds ou roux, yeux bleus/ verts), Un nævus congénital géant (diamètre > 20 cm).

5.3. La prévention tertiaire :

Elle concerne les soins palliatifs, la réadaptation fonctionnelle et la réinsertion sociale des patients.

Partie 2: Discussion des résultats

I. l'analyse épidémiologique

1. Âge :

L'âge moyen de nos patients était de 59 ans avec des extrêmes allant de 25 ans à 88 ans ce qui est concordant avec les données de la littérature.

Pour **Helmy Ali et al** (84) l'âge moyen des patients était de 55 ans (de 35 à 75 ans), concernant **Ahmad et Gupta** (85) la moyenne d'âge était de 71 ans et pour **El Kettani** (86) l'âge moyen était de 61 ans. (Tableau XI)

Tableau N° XI : comparaison entre les différentes moyennes d'âge.

	Notre série	Helmy Ali et al (84)	Ahmad et Gupta (85)	El Kettani (86)
L'âge moyen (année)	59	55	71	61

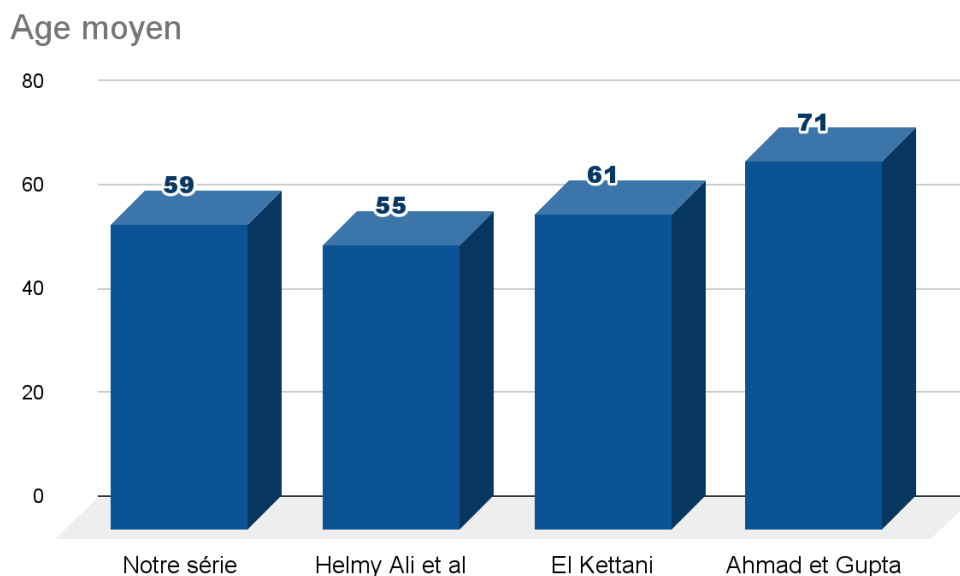


Figure 46 :comparaison entre les différentes moyennes d'âge.

2. Sexe :

La prédominance masculine est nette dans notre série représentée par 75 % avec un sex-ratio de 3 ce qui concorde avec les autres séries.

El Kettani (86) a rapporté un sex-ratio de 2,5, Helmy Ali et al (84) ont rapporté un sex-ratio de 1,7 et Ahmad et Gupta (85) ont rapporté un sex-ratio de 4,8 (tableau XII)

Tableau N°XII : la répartition selon le sexe.

	Notre série	Helmy Ali et al (84)	Ahmad et Gupta (85)	El Kettani(86)
sex-ratio (M/F)	3	1,7	4,8	2,5

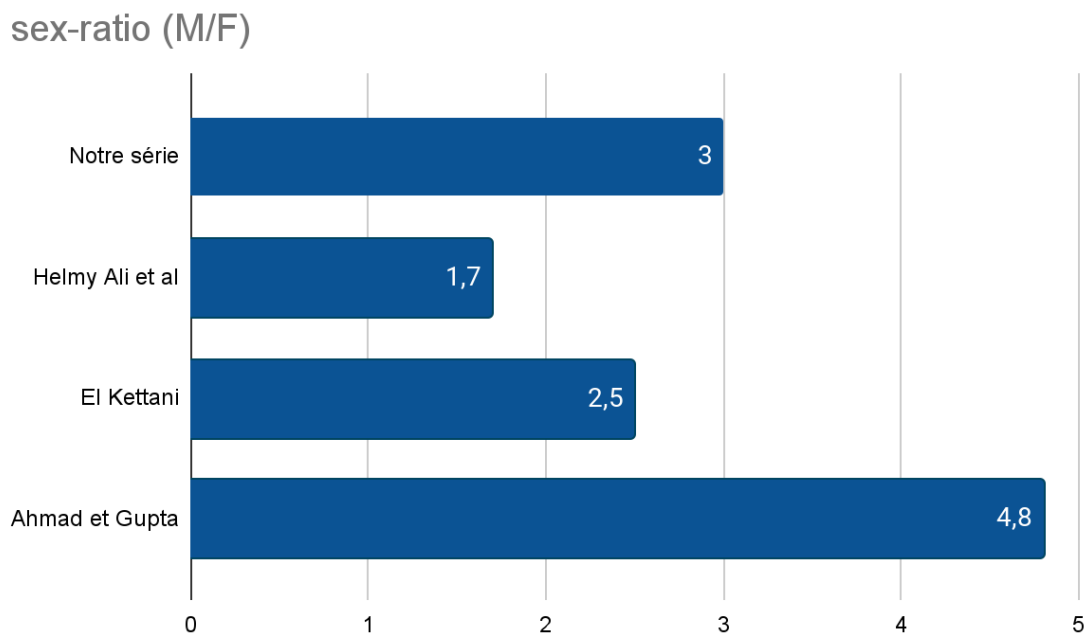


Figure 47 : la répartition des patients selon le sexe.

3. les facteurs de risque:

3.1. Phototype:

La relation entre le phototype et le cancer de la peau est bien établie : moins il y a de mélanine dans la peau, plus le risque de développer un cancer de la peau est grand (87) .

Dans notre série les phototypes II et III étaient prédominant avec 92,8% des cas

La répartition du phototype prédominant diffère d'un pays à l'autre, ce qui entraîne des différences internationales dans la prévalence des cancers cutanées malignes.

Dans l'étude de **Ferreira et al** (88) (São Paulo – Brésil) , 77% des cancers était diagnostiqués chez des patients de phototype I ou II alors que 23% des patients était de phototype III ou IV

Dans l'étude de **El Kettani** (86) (Marrakech – Maroc), les phototypes IV et V étaient les phototypes prédominant avec 88% des cas

Dans la série de **El Mahi** (89) (Fes – Maroc), le phototype IV était prédominant avec 69 % des cas, suivi par le phototype III avec 29 % des cas (Tableau XIII)

Tableau N°XIII : les différents phototypes prédominants

	Phototype predominant	Pourcentage
Notre étude	II et III	92,8%
Ferreira et al (88)	I et II	77%
El Kettani (86)	IV et V	88%
El mahi (89)	IV	69%

3.2. Exposition solaire :

Multiplés études épidémiologiques ont établi une association causale entre l'exposition au rayonnement solaire et tous les principaux types de cancer de la peau (36). Les rayons UV provenant du soleil produisent des altérations de l'ADN, des mutations génétiques, une immunosuppression, un stress oxydatif et des réponses inflammatoires, qui ont tous un rôle important dans la carcinogénèse de la peau.(90)

Dans la série de **Ferreira et al** (88), 70,1% des patients ont été exposés durant leur enfance au soleil ou occupaient un travail exposé à l'âge adulte.

Dans l'étude de **El Kettani** (86), l'exposition solaire est notée chez 71% des patients.

Concernant la série de **El mahi** (89), Une exposition solaire intense a été retrouvée chez 47% des patients et une exposition modérée a été retrouvée chez 43% des patients.

Dans notre étude, l'exposition solaire est retrouvée de façon importante chez 87 % de nos patients. (Figure 48)

Taux d'exposition solaire

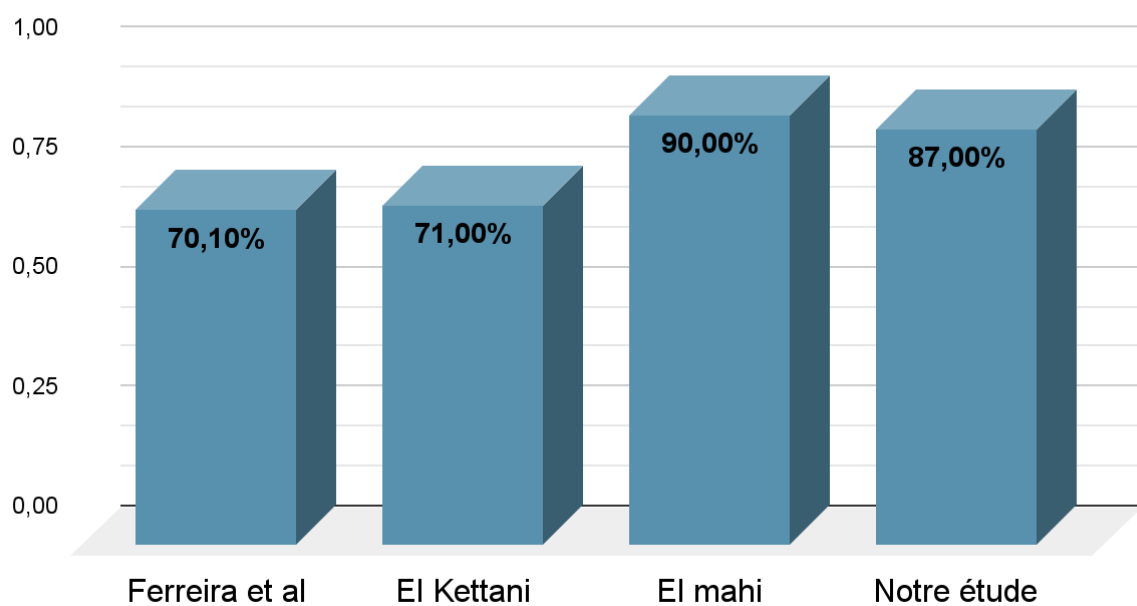


Figure 48 : Taux d'exposition solaire

3.3. Les états précancéreux :

A la différence du CBC, le CSC ou carcinome épidermoïde survient souvent sur une lésion précancéreuse.

- **La kératose actinique:**

Kératose actinique ou kératose sénile, se développe comme une lésion kératosique qui survient sur une peau habituellement exposée au soleil. La kératose actinique est la lésion cutanée précancéreuse la plus fréquente (13).

Dans notre étude 28,5% des patients avaient une kératose actinique. Alors que l'étude de **Kavousi et al** (91) menée en Iran a rapporté que 43% de leurs patients étaient porteurs de kératose actinique.

Dans l'étude de **El Kettani** (86), la kératose actinique était présente chez 14,5% des patients et dans la série de **Amraoui** (92) elle était présente chez 12,3% des patients.(tableau XIV)

La raison de cette découverte peut être l'exposition aux ultraviolets, en particulier l'effet cumulatif de la lumière ultraviolette sur la kératose actinique et le CE (91)

Tableau N°XIV: la fréquence des kératoses actiniques.

	Notre étude	Amraoui (92)	El Kettani (86)	Kavousi et al (91)
Kératoses actiniques	28,5%	12,3%	14,4%	43%

- **Les lésions cicatricielles:**

Les cicatrices de brûlures fibreuses pauvrement vascularisées ou de plaies persistantes, très sensibles aux microtraumatismes, font le lit du cancer (18)

Dans notre série, 2% des cancers cutanés ont apparu sur une cicatrice de brûlure, alors que dans l'étude de **Dieng et al** (93) (Sénégal), 18% des cancers ont été associés à des cicatrices de brûlure et dans l'étude de **Traore** (94) (Guinée), 10% des patients avaient des cancers cutanés sur des cicatrices.(tableau XV)

Tableau N°XV : la fréquence des cancers cutanés émanant des lésions cicatricielles:

	Notre étude	Dieng et al (93)	Traore (94)
Les lésions cicatricielles	2%	18%	10%

- **Autres ATCDs dermatologiques :**

- La rosacée est une maladie cutanée chronique caractérisée par un érythème facial transitoire ou persistant et peut être exacerbée par des conditions qui induisent une inflammation chronique. Des études récentes ont révélé une association épidémiologique entre la rosacée et les affections systémiques inflammatoires chroniques. L'état inflammatoire chronique est étroitement associé au développement et à la progression de plusieurs cancers, y compris le cancer de la peau. Dans une étude menée dans la Corée du Sud, ils ont remarqué une nette augmentation du risque de développement de kératose actinique et de cancers cutanés chez les patients présentant une rosacée (95)

Dans notre étude, la rosacée était présente chez 2% des patients.

- **Le tabagisme:**

Une méta-analyse a montré une relation claire et cohérente entre le tabagisme et le CE (96). Cependant, aucune association claire n'a été notée entre le tabagisme et le CBC (96).

Dans notre étude la notion de tabagisme chronique a été retrouvée chez 39% des patients, dont 8 cas de CE et 13 cas de CBC. Ce qui concorde avec l'étude de **El Kettani** (86), qui a rapporté 21% de tabagisme, dont 2 cas de CE et 8 cas de CBC.

II. L'analyse clinique :

1. Le délai de consultation:

Le délai de la consultation est un facteur aggravant le pronostic des tumeurs de la face. La détection précoce, offre des avantages pour les mélanomes et les cancers cutanés non mélaniques, car un diagnostic précoce améliore considérablement la morbidité et la mortalité (97).

Dans l'étude de **AMRAOUI** (92) , le délai de consultation était compris entre 5 mois et 16 ans avec une moyenne de 31 mois

Dans la série de **EL KETTANI** (86), le délai entre l'apparition de la lésion tumorale et la consultation était compris entre 2 mois et 10 ans avec une moyenne de 36 mois.

Alors que dans la série de **Felix Boon Bin** (98), ils ont rapporté une durée de 17,8 mois en moyenne. (tableau XVI)

Dans notre étude le temps moyen entre la découverte de la lésion tumorale et la consultation était de 4 mois, avec un délai variant entre 1 mois et 3 ans. Ce délai est nettement inférieur aux données de la littérature, ce qui peut être expliqué par la facilité d'accès aux soins dans les structures hospitalières militaires aux ayants droits à la mutuelle des FAR.

Tableau N°XVI : Comparaison du délai de consultation.

	Moyenne du délai de consultation	les extrêmes
Notre étude	4 mois	1 mois – 3 ans
Felix Boon Bin (98)	17,8 mois	1 mois – 2,8 ans
Amraoui (92)	31 mois	5 mois – 16 ans
El Kettani (86)	36 mois	2 mois – 10 ans

2. Les caractéristiques de la tumeur:

2.1. Le siège :

Les tumeurs cutanées malignes tendent à privilégier des zones cutanées chroniquement exposées au soleil comme le visage (5),

Dans notre travail, 33.9% des tumeurs siégeaient au niveau jugal, 26.7% au niveau nasal et 23.2% au niveau fronto-temporal. Ce qui concorde avec les données de la littérature.

Dans une étude de **Tiftikcioglu et al** menée en **Turquie** (99) les localisations les plus fréquentes sont la région jugale(26.5%), nasale (30.6%) et fronto-temporale (23.2%).

Les résultats d'une étude de **Helmy Ali et al** réalisée en **Egypte** (84) étaient de 31.9% au niveau nasal, 17.7% au niveau jugal et 16.1% au niveau péribuccal.

Une étude de **Felix Boon Bin** réalisée en **Malaisie** (98) a objectivé une prédominance médiofaciale, avec 37.7% des tumeurs siégeant au niveau jugal, 30.2% au niveau nasal et 20.8% au niveau palpébral.

Dans l'étude de **El Kettani** réalisée au maroc (86) l'atteinte nasale et frontopariétale était prédominante avec 19% respectivement . (Tableau XVII)

Tableau N°XVII : Comparaison des localisations les plus fréquentes.

Siège	Notre étude	El Kettani	Turquie Tiftikcioglu et al (99)	Malaisie Felix Boon Bin (98)	Egypte Helmy Ali et al (84)
Jugal	33.9	15	26.5	37.7	17.7
Nasal	26.7	19	30.6	30.2	31.9
Fronto-temporal	23.2	19	14.3	7.6	9
Palpébral	5.4	17	5,1	20.8	8.2
Péri-buccal	3.6	7	2.8	3.8	16.1

2.2. La taille :

Le diamètre moyen des tumeurs de notre série était de 23 mm, avec des extrêmes allant de 3 mm à 10 cm. Ce qui concorde avec les données de la littérature.

Dans l'étude de **Salasche et Amonette** (100), le diamètre des tumeurs varie entre 4mm et 3,6 cm. Alors que dans l'étude de **Kavoussi** (91) était entre 4mm – 10 cm. Dans la série de **Tiftikcioglu et al** (99) le diamètre tumoral était entre 2mm – 5 cm. L'étude de **Clayman et al** (101) rapporte un diamètre tumoral entre 2 mm – 17 cm.(TableauXVIII)

Tableau N°XVIII : comparaison entre la taille tumorale.

	Notre étude	Salasche et Amonette (100)	Kavoussi (91)	Tiftikcioglu et al (99)	Clayman et al (101)
Taille	3mm – 10 cm	4mm – 3,6 cm	4mm – 10 cm	2mm – 5 cm	2mm – 17 cm

3. L'extension ganglionnaire:

Le CE se propage par infiltration et extension locales. Le risque moyen de métastases ganglionnaires dans le CE est d'environ 3 %. Ce risque de métastase augmente chez les patients immunodéprimés. Et le risque de métastases ganglionnaires pour le CBC est de 1% (102).

Les résultats de l'étude de **Moore et al** (103) ont démontré 20% d'atteinte ganglionnaire dans le cadre de CSC de la face et du cou. L'étude de **Jaafari** (104) a objectivé cliniquement 21% d'atteinte ganglionnaire chez les patients atteints de CSC.

Dans notre étude, l'atteinte ganglionnaire était objectivée chez deux patients atteints d'un CSC, correspondant à 3,5% de tous les malades, et 14% des CSC. (tableau XIX)

Tableau N°XIX : Taux d'extension ganglionnaire du CSC

	Notre étude	Moore et al (103)	Jaafari (104)
CSC	14%	20%	21%

III. L'analyse anatomo-pathologique :

L'étude de **Staub et al** (105) a trouvé une prédominance du CBC avec un pourcentage de 80%, tandis que CSC était présent dans 20% des cas. Ces résultats sont similaires à ceux de l'étude de **Hoy** (106). La série de **Helmy Ali et al** (84) a également trouvé des résultats similaires avec 80,7% de CBC et 17,7% de CSC mais avec 1,7% de mélanome. De même pour la série de **El Kettani** (86) : 77% de CBC, 21% CSC et 2% de mélanome. Et la série de **Tazi** (107) : CBC 81%, CSC 11% et mélanome 2,7%.

Dans notre étude, le CBC a été le prédominant (69,6%), suivi par le CSC (25%) et le mélanome était présent dans 1,8% des cas. Ce qui est concordant avec les données de la littérature.

Le carcinome de Merkel de la peau est une forme rare et agressive de cancer cutané qui métastase dans d'autres parties du corps. Cette tumeur neuroendocrine cutanée touche principalement les personnes âgées avec des cas survenant généralement après l'âge de 50 ans (108). Ce type rare de cancer de la peau a une incidence de 0,1 à 0,2 pour 100 000 personnes selon une étude menée au Royaume-Uni (109). Dans notre étude, on a trouvé un seul cas de carcinome de Merkel chez une patiente âgée de 88 ans.

Le carcinome sébacé est une tumeur maligne cutanée rare mais potentiellement agressive (110). Les carcinomes sébacés surviennent généralement chez les personnes d'âge moyen à âgées. Ces tumeurs surviennent le plus souvent sur la peau de la tête et du cou, souvent à un emplacement périoculaire (111).

Dans notre série on a trouvé un seul carcinome sébacé au niveau jugal chez un patient âgé de 48 ans.(tableau XX)

Tableau N°XX : Comparaison de la fréquence des différents types histologiques

	Notre étude	Staub et al (105)	Hoy (106)	Helmy Ali et al (1)	EL Kettani (86)	Tazi (107)
CBC	69,6%	80 %	84.1%	80.7%	77%	81%
CSC	25%	20 %	12.7%	17.7%	21%	11%
Mélanome	1,8%	-	-	1.6%	2%	2,7%

IV. L'analyse thérapeutique

1. La chirurgie :

L'exérèse chirurgicale est le gold standard pour la prise en charge des tumeurs cutanées malignes. La prise en charge chirurgicale des cancers cutanés de la face nécessite une planification préopératoire et une compréhension approfondie des techniques de reconstruction, y compris la fermeture par suture directe, la greffe de peau et les lambeaux locaux ou loco-régionaux. La décision concernant la méthode de traitement est hautement individualisée et dépend de l'âge du patient, de la taille de la tumeur, du type histologique et du site. Aucune thérapie ou technique unique ne peut être utilisée dans toutes les situations (112).

Le traitement d'un cancer cutané du visage vise à obtenir une éradication complète du cancer avec un résultat esthétique et fonctionnel bon et acceptable ; cependant, l'éradication complète de la tumeur devrait être l'objectif principal (113).

1.1. l'exérèse tumorale:

Dans notre étude, tous nos patients ont été traités chirurgicalement. L'acte chirurgical a consisté en une exérèse de la tumeur. La résection tumorale était complète chez 51 patients (91% des cas) et incomplète chez 5 patients (9 % des cas). Ce qui concorde avec les études de Tiftikcioglu et al (99), Staub et al (105) et EL Kettani (86). (Tableau N°XXI)

Tableau N°XXI : Taux des exérèses incomplètes

	Notre étude	Tiftikcioglu et al (99)	Staub et al (105)	EL Kettani (86)
Taux des exérèses incomplètes	9%	7,4%	11%	12%

1.2. le curage ganglionnaire:

Dans notre série, le curage ganglionnaire a été réalisé chez 3,5% patients devant la présence d'adénopathies cervicales. Ce qui concorde avec l'étude de Tazi (107), qui a rapporté un taux de curage ganglionnaire de 2,7%. Tandis que les études de EL Kettani (86) et Jaafari (104) ont rapporté un taux de curage ganglionnaire de 12,5% et 15% respectivement. (Tableau XXII)

Tableau N°XXII : Taux de curage ganglionnaire

	Notre série	Tazi (107)	EL Kettani (86)	Jaafari (104)
Taux de curage ganglionnaire	3,5%	2,7%	12,5%	15%

2. Mode de reconstruction

2.1. La suture directe:

Pour les tumeurs de petite taille, la reconstruction peut être réalisée avec une simple fermeture par suture directe. Une bonne planification permet une fermeture dans la bonne

orientation pour minimiser la cicatrice en respectant les unités esthétiques et fonctionnelles et les lignes de tension cutanée de la face.

Dans notre étude, la fermeture par suture directe de la perte de substance a été réalisée chez 16 patients (28.5 %).

Les résultats de l'étude de **Mansouri Hattab et al** (114) ont objectivés l'utilisation de la suture directe dans les cancers cutanés de la face dans 32% des cas.

Dans la série de **Helmy Ali et al** (84), La fermeture par suture directe était utilisée chez 21% des malades.(tableau XXIII)

Tableau N°XXIII : taux de fermeture par suture directe après tumorectomie

	Notre série	Mansouri Hattab et al (114)	Helmy Ali et al (84)
Suture directe	28,5%	32%	21%

2.2. La cicatrisation dirigée:

La cicatrisation dirigée implique 3 processus : la contraction de la plaie, la réépithélialisation et la formation de cicatrice (115). L'épithélialisation procède des bords de la plaie et doit attendre le bourgeonnement de la plaie, un processus qui fournit une matrice pour la migration épithéliale (116)

Dans notre série la cicatrisation dirigée est utilisée dans un seul cas (1,8%) en attente de greffe cutanée. Dans l'étude de **Mansouri Hattab et al** (117) et **Tazi** (107) la cicatrisation dirigée était utilisée dans 7% et 2,7% des cas respectivement.(tableau XXIV)

Tableau N°XXIV : taux de reconstruction par cicatrisation dirigée

	Notre étude	Tazi (107)	Mansouri Hattab et al (117)
La cicatrisation dirigée	1,8%	2,7%	7%

2.3. Les greffes de peau:

La greffe de peau était utilisée dans 5,3% des cas dans notre étude. Dans les séries de **Helmy Ali et al** (84) , **Mansouri Hattab et al** (114) et **Lee et al** (118) la greffe de peau était le moyen de couverture dans 9,8%, 20% et 22% respectivement. (Tableau XXV)

Tableau N°XXV : Taux de reconstruction par greffe de peau

	Notre étude	Helmy Ali et al (84)	Mansouri Hattab et al (114)	Lee et al (118)
Greffe de peau	5,3%	9,8%	20%	22%

2.4. Les lambeaux

Dans notre étude les lambeaux étaient utilisés comme moyens de couverture des pertes de substance dans 73%des cas

Ce qui concorde avec les études de Helmy Ali et al (84) , Lee et al (118) et El Kettani (3).
(Tableau XXVI)

Tableau N°XXVI : L'utilisation des lambeaux après exérèse tumorale

	Notre étude	Helmy Ali et al (84)	Lee et al (118)	El Kettani (3)
Lambeaux	73%	68,9%	77.7%	85%

3. Traitement adjuvant :

3.1. Radiothérapie:

La radiothérapie joue un rôle important dans la prise en charge des cancers de la peau, y compris le CBC, CSC, le mélanome et le carcinome de Merkel (119).

Dans notre série 10 de nos patients ont bénéficié d'une radiothérapie comme traitement adjuvant (17,8%) ce qui concorde avec les résultats de El Kettani (86), alors que L.Kani (120) a utilisé la radiothérapie pour un taux plus élevé de patients(27,7%) (tableau XXVII)

Tableau N°XXVII : La radiothérapie comme traitement adjuvant des cancers cutanés

	Notre série	El Kettani (86)	L.Kani (120)
Radiothérapie	17,8%	14,5%	27,7%

3.2. Chimiothérapie:

Le traitement médical est rarement envisagé dans les carcinomes cutanés. Aucune chimiothérapie n'a été administrée pour nos patients.

V. Les complication :

1. La récurrence tumorale:

Dans notre série, deux patients ont présenté une récurrence tumorale au niveau de la face, les deux patients étaient suivis pour un CBC. Ce qui est concordant avec les données de la littérature.

Dans les études de Tiftikcioglu et al (99), Mansouri Hattab et al (117) et Helmy Ali et al (1) la récurrence tumorale était objectivée chez 3,5%, 4% et 6,3%. (Tableau XXVIII)

Tableau N°XXVIII: Le taux de récurrence des cancers cutanés.

	Notre série	Tiftikcioglu et al (99)	Mansouri Hattab et al (117)	Helmy Ali et al (1)
Le taux de récurrence	3,5%	3,5%	4%	6,3%

2. Décès :

Un seul patient est décédé, le patient était suivi pour un CE étendu au niveau temporal, ce qui donne un taux de mortalité de 1,8%. El Kettani (86) a rapporté aussi un seul décès (2% des patients) chez un patient qui a présenté un CE. L'étude de Mansouri Hattab et al (117) a objectivé un seul cas de décès (0,7% des patients).(Tableau XXIX)

Tableau N°XXIX : Taux de mortalité des cancers cutanés malignes de la face.

	Notre série	Mansouri Hattab et al (117)	El Kettani (86)
Taux de mortalité	1,8%	2%	0,7%

Partie 3: Recommandation :

Les principes de PES des tumeurs cutanées malignes de la face (Figure)

La prise en charge des tumeurs cutanées malignes de la face repose sur deux volets essentiels : les principes diagnostiques et les principes thérapeutiques.

Les principes diagnostiques :

- Examen clinique complet
- Biopsie ou exérèse biopsique
- Bilan d'extension

Les principes thérapeutiques :

- PEC multidisciplinaire
- Chirurgie carcinologique, qui repose sur :
 - Une exérèse carcinologique complète et suffisante.
 - Curage ganglionnaire.
- Chirurgie reconstructrice, qui se base sur 3 principes :
 - Similarité : le remplacement d'un tissu par son identique.
 - Sécurité : en respectant les notions des axes vasculaires et des arcades vasculaires
 - Simplicité : en respectant la cascade de reconstruction, allant de la simple suture au lambeau libre

Au-delà des principes diagnostiques et thérapeutiques, la prévention des cancers cutanés est également un aspect essentiel de la prise en charge. Cela implique la promotion d'une surveillance régulière de la peau et une protection solaire adéquate.

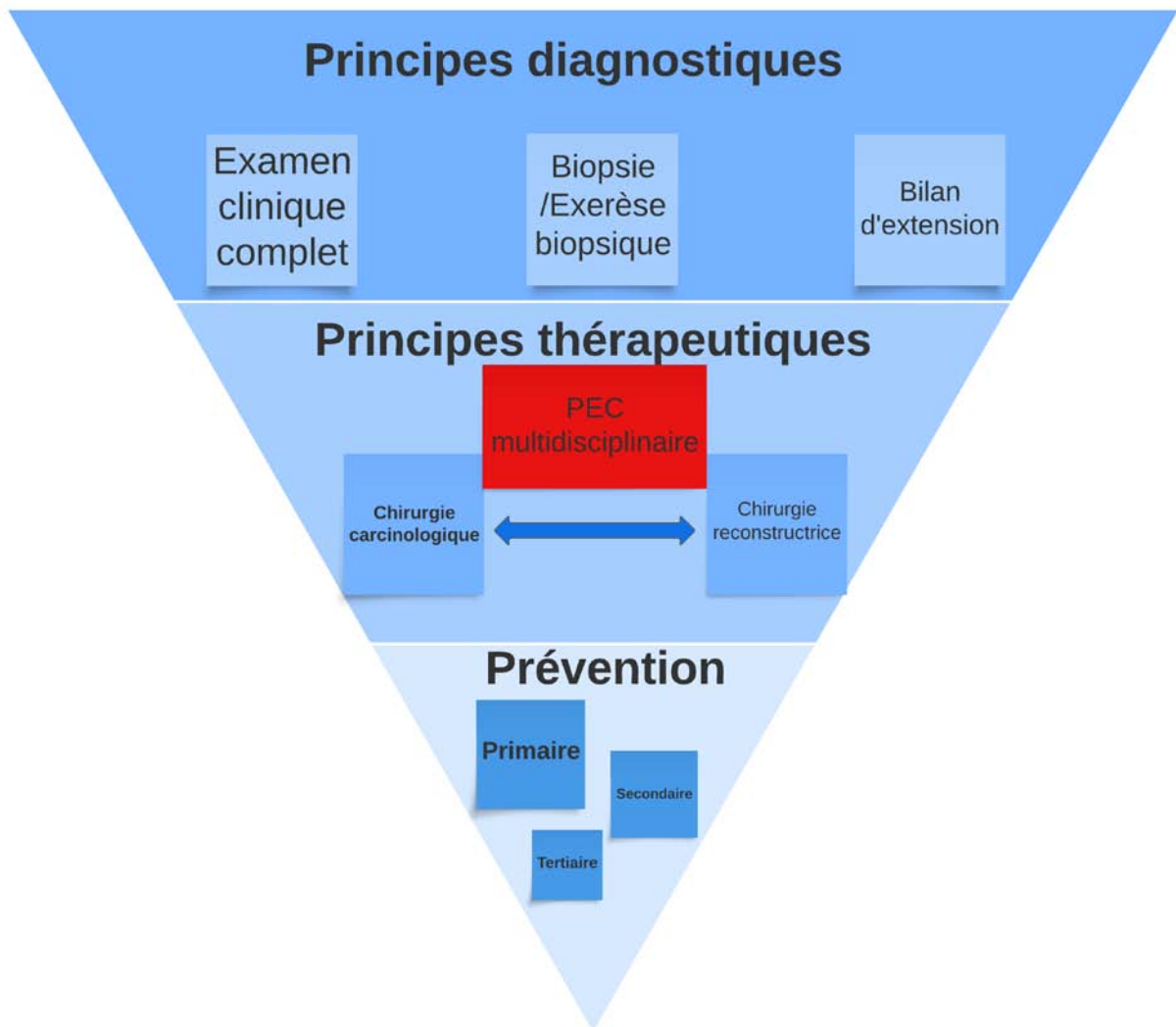


Figure : Les principes de PES des tumeurs cutanées malignes de la face



CONCLUSION



La face représente une entité spéciale. Elle représente l'identité de la personne, son image telle qu'elle est perçue.

Une bonne prise en charge du cancer de la peau dans cette zone nécessite un diagnostic précoce. Malheureusement, l'ignorance et la négligence de nos patients associées à un statut socio-économique bas expliquent les stades encore trop avancés rencontrés dans notre pays. Une éducation sanitaire est donc nécessaire à travers les médias afin de sensibiliser des patients sur les lésions cancéreuses, les méfaits de l'exposition solaire ainsi que de certaines thérapeutiques ancestrales.

Le traitement des carcinomes cutanés de la face reste avant tout chirurgical. Il apporte à la fois la sécurité carcinologique par le contrôle histologique et la réparation de la perte de substance avec les résultats esthétiques et fonctionnels optimaux. Il doit faire appel à une équipe multidisciplinaire intéressant donc le dermatologue, le chirurgien et l'anatomopathologiste pour préserver au maximum les unités fonctionnelles esthétiques de la face.

L'adage «Prévenir mieux que guérir » prend ainsi tout son sens. Nous devons déployer tous nos efforts afin de prévenir ces cancers et de faire un diagnostic précoce, à un stade où la tumeur est encore opérable et où le traitement adapté est codifié et moins mutilant assurant ainsi un excellent pronostic carcinologique avec le minimum de séquelles fonctionnelles et esthétiques.



ANNEXES



ANNEXES 1

FICHE D'EXPLOITATION : TUMEURS MALIGNES DE LA FACE

Non :

Sexe :

Age :

N téléphone :

Origine ethnique :

Profession :

Antécédents médicaux :

-Exposition solaire : Oui Non

-Dermatose :

-Lésion précancéreuse :

-Phototype :

Phototype I	Peau très pâle ; cheveux roux ou blonds ; taches de rousseur	Ne bronze pas et a des coups de soleil systématiquement
Phototype II	Peau très claire ; cheveux roux ou blonds ou châains ; taches de rousseur naissantes avec le soleil	Bronze difficilement et attrape souvent des coups de soleil
Phototype III	Peau claire ; Cheveux blonds ou châains	Bronze progressivement et a parfois des coups de soleil
Phototype IV	Peau mate ; cheveux châains ou bruns	Bronze bien et attrape peu de coups de soleil
Phototype V	Peau foncée	Bronze facilement et coups de soleil rares
Phototype VI	Peau noire	Jamais de coups de soleil

Autres :

Antécédents chirurgicaux :

Habitudes toxico-allergiques :

-Tabagisme (actif/passif) Oui Non

-Alcool Oui Non

-Autres

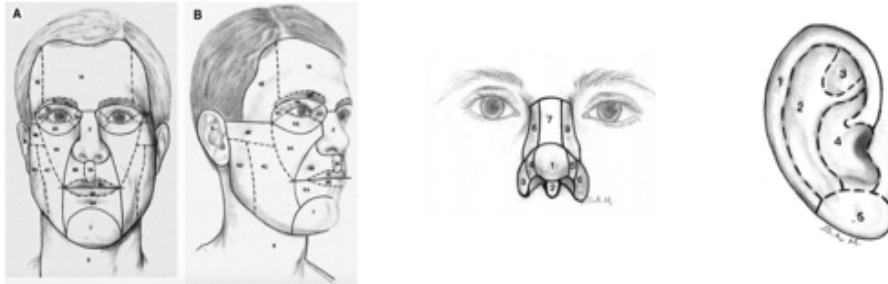
Antécédents familiaux :

Motif de consultation :

Histoire de la maladie :

-Date de début du symptôme :

-Lésion initiale (sémiologie et localisation) :



-Délai entre symptôme et consultation :

-Traitement entretenu :

-Evolution :

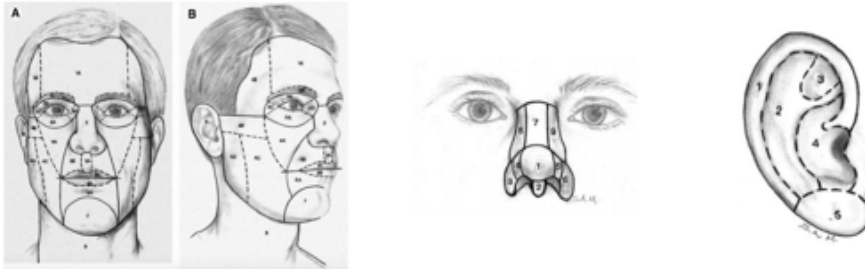
- Résultat anatomopathologique :

Examen clinique :

Score OMS :

-Description de la tumeur :

-Siege :



-Lésion élémentaire :

-Consistance :

-Saignement :

- Limites :

- examen ganglionnaires :

GROUPES GANGLIONNAIRES	HOMOLATERAUX Taille en cm	CONTROLATERAUX Taille en cm
I : sous mental, sous-maxillaire		
II : Jugulaire et spinal supérieur		
III : Jugulaire moyen		
IV : Jugulaire inférieur		
V : Spinal moyen et bas		
VI : Cervical antérieur		

Examens paracliniques :

Traitement chirurgical :

1. Anesthésie : AL ALR AG
2. Exérèse tumorale :
3. Marge de sécurité en mm :
4. Données anatomo-pathologique :
5. Marges d'exérèse : Economique Complète Incomplète
6. Curage ganglionnaire : De principe De nécessité
7. Mode de préparation de la perte de substance :
 - Immédiate - Différée
 - Suture directe - Cicatrice dirigée
 - En vue d'une greffe - En vue d'une re-epithélisation
 - Greffe cutanée - Lambeau
8. Suites postopératoires :
 - Immédiates :
 - Moyen terme :
 - Long terme :
9. Traitement carcinologique supplémentaire :

ANNEXE 2 :

Consentement éclairé :

Suite aux informations que j'ai reçues et aux réponses qui ont été apportées à mes éventuelles questions, j'accepte, après réflexion, l'intervention prévue.

J'ai été informé(e) de la nature et le but de l'intervention proposée. Le médecin m'a aussi informé(e) des bénéfices, risques et possibles complications (j'ai pris connaissance des effets secondaires et du fait que d'autres non connus peuvent apparaître), de même que des possibles alternatives au traitement proposé.

Date:

Patient (signature):

.....

Nom, prénom (majuscule):

Je, soussigné, Dr (Nom prénom, majuscule), certifie que j'ai expliqué la nature, le but, les bénéfices, les risques et les alternatives à l'intervention ci-dessus. Je certifie également avoir offert au patient la possibilité de poser toutes les questions qu'il souhaite et que j'ai pleinement répondu à ces dernières. Je crois que le patient a bien compris ce que j'ai expliqué.

Date: Médecin (signature):

Annexe 3:

Tableau présentant la classification de Fitzpatrick

<u>Type de peau</u>	<u>Caractéristiques typiques</u>	<u>Capacité à bronzer</u>
I	Peau très pâle ; cheveux roux ou blonds ; yeux bleus/verts ; taches de rousseur	Brûle toujours, ne bronze jamais
II	Peau très claire ; cheveux roux ou blonds ; yeux bleus, noisette ou verts	Brûle facilement, bronze difficilement
III	Peau claire ; toute couleur de cheveux et d'yeux	Brûle parfois légèrement, bronze progressivement
IV	Peau mate	Ne brûle que très légèrement, bronze facilement
V	Peau foncée	Brûle rarement, bronze facilement vers une teinte sombre
VI	Peau très foncée ou noire	Ne brûle jamais, bronze systématiquement et très facilement vers une teinte sombre

Collège hospitalo-universitaire français de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

« Anatomie cranio-faciale »,

Université Médicale Virtuelle Francophone, 2010-20119



RÉSUMÉS



Résumé :

Les tumeurs cutanées malignes de la face se définissent comme toute prolifération incontrôlable et anarchique des différentes cellules de la peau situées entre la ligne capillaire en haut et la tangente à la pointe du menton en bas.

Elles constituent une large entité qui nécessite une approche pluridisciplinaire, pour cela nous étudierons l'ensemble des points essentiels concernant le diagnostic et le traitement notamment les moyens de reconstruction à savoir : cicatrisation dirigée, exérèse suture directe, greffe de la peau et lambeaux.

A partir d'une série prospective étalée sur 12 mois (de Août 2021 à Août 2022), portant sur 56 cas de carcinomes cutanés malins de la face colligés au service de Chirurgie Plastique réparatrice et Esthétique de l'Hôpital Militaire OUED DAHAB d'Agadir nous avons déduit ce qui suit :

le sex-ratio est de 3, et l'âge moyen est de 59 ans, avec des extrêmes allant de 25 ans à 88 ans, et une prédominance des cas dans la tranche d'âge 50 ans à 70 ans .

le carcinome basocellulaire est la forme histologique la plus fréquente (69.6%) suivi du carcinome épidermoïde (25%) .

Nous rapportons un cas de mélanome, un cas de carcinome sébacé et un cas de carcinome de Merkel.

tous les patients ont bénéficiés d'un traitement chirurgical et 17,8 % l'ont associé à une radiothérapie adjuvante

pour l'évolution à long terme des patients, on a noté une récurrence chez 3,5% des cas.

Les tumeurs cutanées malignes de la face sont en constante augmentation.

Seule une prise en charge précoce et multi disciplinaire peut diminuer le risque de récurrence.

Abstract :

Facial skin cancer is defined as any uncontrolled and anarchic proliferation of the various skin cells located between the hairline at the top and the tangent to the chin tip at the bottom.

They constitute a broad entity that requires a multidisciplinary approach, for this, we will study all the essential points concerning the diagnosis and treatment, in particular the different methods of reconstruction : directed healing, direct suture, skin grafting, and flaps.

From a prospective study spread over 12 months (from August 2021 to August 2022), involving 56 cases of malignant cutaneous carcinoma of the face collected in the Plastic and Reconstructive Surgery Department OUED DAHAB Military Hospital of Agadir. We have deduced the following:

the sex ratio is 3, and the average age is 59 years, with extremes ranging from 25 years to 88 years, and a predominance of cases in the age group 50 years to 70 years.

Basal cell carcinoma is the most frequent histological form (69.6%) followed by squamous cell carcinoma (25%).

We report a case of melanoma, a case of sebaceous carcinoma, and a case of Merkel's carcinoma.

All patients underwent surgical treatment and 17,8 % were associated with adjuvant radiotherapy.

For the long-term evolution of the patients, recurrence was observed in 3.5% of the cases.

Facial skin malignancies are constantly increasing, and only early and multidisciplinary care can reduce the risk of recurrence.

ملخص:

الأورام الجلدية الخبيثة في الوجه هي أي تكاثر فوضوي لا يمكن السيطرة عليه لخلايا الجلد المختلفة الموجودة بين خط الشعر في الأعلى والماس إلى طرف الذقن في الأسفل

إنهم يشكلون كياناً كبيراً يتطلب نهجاً متعدد التخصصات ، لذلك سنقوم بدراسة جميع النقاط الأساسية المتعلقة بالتشخيص والعلاج ، ولا سيما وسائل إعادة التقويم .

عملنا هو دراسة استطلاعية تمتد على مدى 12 شهرًا (من غشت 2021 إلى غشت 2022) ، تتعلق بـ 56 حالة سرطان الجلد للوجه والتي تم علاجها في قسم الجراحة التجميلية و التقويمية و معالجة الحروق بمستشفى واد العسكري في أكادير ، استنتجنا ما يلي الذهب

- نسبة الذكور للإناث 3 ، ومتوسط أعمارهم 59 سنة ، وتتراوح بين 25 سنة و 88 سنة .
- سرطان الخلايا القاعدية هو الأكثر شيوعاً (69.6٪) يليه سرطان الخلايا الحرشفية (25٪).
- أبلغنا عن حالة سرطان الجلد الملانني، حالة سرطان دهني وحالة سرطان خلايا ميركل .
- استفاد جميع المرضى من العلاج الجراحي و 17.8٪ ربطوه بالعلاج الإشعاعي المساعد من أجل التطور طويل الأمد للمرضى ، لوحظ تكرار في 3.5 ٪ من الحالات.

تتزايد أورام الجلد الخبيثة في الوجه باستمرار.

فقط الإدارة المبكرة ومتعددة التخصصات يمكن أن تقلل من خطر التكرار.



BIBLIOGRAPHIE



1. **Fitzpatrick TB.**
The Validity and Practicality of Sun-Reactive Skin Types I Through VI.
Arch Dermatol. 1 juin 1988;124(6):869 71.
2. **Wallingford SC, Olsen CM, Plasmeijer E, Green AC.**
Skin Cancer Arising in Scars: A Systematic Review.
Dermatol Surg. sept 2011;37(9):1239 44.
3. **Pinatel B, Mojallal A.**
Prise en charge diagnostique et thérapeutique du carcinome cutané basocellulaire –
Analyse des recommandations.
Ann Chir Plast Esthét. 1 avr 2012;57(2):92 105.
4. **Haute Autorité de santé.**
Prise en charge diagnostique et thérapeutique du carcinome épidermoïde cutané
(spinocellulaire) et de ses précurseurs. Recommandations.
Rev Stomatol Chir Maxillofac. 1 sept 2010;111(4):228 37.
5. **Pavri SN, Clune J, Ariyan S, Narayan D.**
Malignant Melanoma: Beyond the Basics.
Plast Reconstr Surg. août 2016;138(2):330e 40e.
6. **Garbe C, Amaral T, Peris K, Hauschild A, Arenberger P, Basset-Seguín N, et al.**
European consensus-based interdisciplinary guideline for melanoma.
Part 1: Diagnostics: Update 2022. Eur J Cancer Oxf Engl 1990. juill 2022;170:236 55.
7. **El Ochi MR, Boudhas A, Allaoui M, Rharrassi I, Chahdi H, Bouzidi AA, et al.**
Les tumeurs annexielles cutanées: étude anatomopathologique à propos de 96 cas. Pan
Afr Med J. 20 avr 2015;20:389.
8. **Gordon R.**
Skin cancer: an overview of epidemiology and risk factors.
Semin Oncol Nurs. août 2013;29(3):160 9.
9. **Song L, Wang Y, Zhang J, Song N, Xu X, Lu Y.**
The risks of cancer development in systemic lupus erythematosus (SLE) patients: a
systematic review and meta-analysis.
Arthritis Res Ther. 6 déc 2018;20(1):270.

10. **Alkan Melikoglu M, Melikoglu M, Demirci E, Zafer Barin E.**
Discoid Lupus Erythematosus–Associated Cutaneous Squamous Cell Carcinoma in Systemic Lupus Erythematosus.
Eurasian J Med. 1 juin 2022;54(2):204 5.
11. **Stockfleth E, Kerl H.**
Guidelines for the management of actinic keratoses.
Eur J Dermatol. 1 nov 2006;16(6):599 606.
12. **Fuchs A, Marmur E.**
The Kinetics of Skin Cancer: Progression of Actinic Keratosis to Squamous Cell Carcinoma.
Dermatol Surg. 2007;33(9):1099 101.
13. **Gül U, Kiliç A.**
Squamous cell carcinoma developing on burn scar.
Ann Plast Surg. avr 2006;56(4):406 8.
14. **Mousa AK, Elshenawy AA, Maklad SM, Bebars SMM, Burezq HA, Sayed SE. Post-burn scar malignancy: 5-year management review and experience.**
Int Wound J. 18 sept 2021;19(4):895 909.
15. **Black JO.**
Xeroderma Pigmentosum.
Head Neck Pathol. juin 2016;10(2):139 44.
16. **Zghal M, Fazaa B, Abdelhak S, Mokni M.**
Xeroderma pigmentosum.
Ann Dermatol Vénéréologie. 1 nov 2018;145(11):706 22.
17. **Lehmann AR, McGibbon D, Stefanini M.**
Xeroderma pigmentosum.
Orphanet J Rare Dis. 1 nov 2011;6:70.
18. **Marçon CR, Maia M. Albinism:**
epidemiology, genetics, cutaneous characterization, psychosocial factors.
An Bras Dermatol. 2019;94(5):503 20.
19. **Grønskov K, Ek J, Brøndum–Nielsen K.**
Oculocutaneous albinism.
Orphanet J Rare Dis. 2 nov 2007;2:43.

20. **Agharbi FZ.**
Epidermodysplasie verruciforme: à propos d'un cas.
Pan Afr Med J. 29 mai 2018;30:78.
21. **Arnold AW, Burger B, Kump E, Ruffle A, Tyring SK, Kempf W, et al.**
Homozygosity for the c.917A → T (p.N306I) Polymorphism in the EVER2/TMC8 Gene of Two Sisters with Epidermodysplasia Verruciformis Lewandowsky–Lutz Originally Described by Wilhelm Lutz.
Dermatology. 2011;222(1):81–6.
22. **Paninson B, Trope BM, Moschini JC, Jeunon–Sousa MA, Ramos–E–Silva M.**
Basal Cell Carcinoma on a Nevus Sebaceous of Jadassohn: A Case Report.
J Clin Aesthetic Dermatol. mars 2019;12(3):40–3.
23. **Vargas–Mora P, Morgado–Carrasco D, Fustà–Novell X. Porokeratosis:**
A Review of Its Pathophysiology, Clinical Manifestations, Diagnosis, and Treatment.
Actas Dermosifiliogr. sept 2020;111(7):545–60.
24. **Palacios–Álvarez I, González–Sarmiento R, Fernández–López E.**
Gorlin Syndrome.
Actas Dermosifiliogr. avr 2018;109(3):207–17.
25. **Bresler SC, Padwa BL, Granter SR.**
Nevoid Basal Cell Carcinoma Syndrome (Gorlin Syndrome).
Head Neck Pathol. juin 2016;10(2):119–24.
26. **Rodrigues Júnior IA, Gresta LT, Cruz RC, Carvalho GG, Moreira MHCBQ.**
Bazex Syndrome. An Bras Dermatol.
2013;88(6 Suppl 1):209–11.
27. **Roy B, Lipner SR.**
A Review of Nail Changes in Acrokeratosis Paraneoplastica (Bazex Syndrome).
Skin Appendage Disord. avr 2021;7(3):163–72.
28. **Elwood JM, Jopson J.**
Melanoma and sun exposure: An overview of published studies.
Int J Cancer. 1997;73(2):198–203.

29. **Fartasch M, Diepgen TL, Schmitt J, Drexler H.**
The Relationship Between Occupational Sun Exposure and Non-Melanoma Skin Cancer.
Dtsch Arztebl Int. oct 2012;109(43):715 20.
30. **El Ghissassi F, Baan R, Straif K, Grosse Y, Secretan B, Bouvard V, et al.**
A review of human carcinogens—Part D: radiation. Lancet Oncol. août 2009;10(8):751 2.
31. **Collins L, Quinn A, Stasko T.**
Skin Cancer and Immunosuppression.
Dermatol Clin. janv 2019;37(1):83 94.
32. **Gerlini G, Romagnoli P, Pimpinelli N.**
Skin cancer and immunosuppression.
Crit Rev Oncol Hematol. oct 2005;56(1):127 36.
33. **Rollan MP, Cabrera R, Schwartz RA.**
Current knowledge of immunosuppression as a risk factor for skin cancer development.
Crit Rev Oncol Hematol. 1 sept 2022;177:103754.
34. **Khan HA, Keyhan SO.**
Fat Grafting in Facial Aesthetic Units.
Atlas Oral Maxillofac Surg Clin. mars 2018;26(1):15 23.
35. **Holmstrand K, Longacre JJ, Destefano GA.**
The ultrastructure of collagen in skin, scars and keloids.
Plast Reconstr Surg Transplant Bull. juin 1961;27:597 607.
36. **Les morsures et les griffures d'animaux en France métropolitaine [Internet].**
[cité 31 mai 2023].
Disponible sur: https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:Mwi5q2-z6o8J:scholar.google.com/+C.+Ribeiro,+G.+Sallaz,+et+A.+Fontanel,+%C2%AB+Les+morsures+et+les+griffures+d%E2%80%99animaux+en+France+m%C3%A9ropolitaine+%C2%BB,+Journal+Europ%C3%A9en+des+Urgences,+vol.+20,+p.+156%E2%80%93157,+2007.&hl=fr&as_sdt=0,5
37. **THE ULTRASTRUCTURE OF COLLAGEN IN SKIN, SCARS AND KELOIDS □: Plastic and Reconstructive Surgery [Internet].**
[cité 31 mai 2023].
Disponible sur:
https://journals.lww.com/plasreconsurg/Citation/1961/06000/The_Ultrastructure_of_Collagen_in_Skin,_Scars_and.3.aspx

38. **Sharma AN, Patel BC.**
Laser Fitzpatrick Skin Type Recommendations. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [cité 31 mai 2023].
Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557626/>
39. **Young AR, Claveau J, Rossi AB.**
Ultraviolet radiation and the skin: Photobiology and sunscreen photoprotection. J Am Acad Dermatol. mars 2017;76(3S1):S100 9.
40. **Brown BC, McKenna SP, Siddhi K, McGrouther DA, Bayat A.**
The hidden cost of skin scars: quality of life after skin scarring. J Plast Reconstr Aesthetic Surg JPRAS. sept 2008;61(9):1049 58.
41. **Marur T, Tuna Y, Demirci S.**
Facial anatomy. Clin Dermatol. janv 2014;32(1):14 23.
42. **Bentsianov B, Blitzler A.**
Facial anatomy. Clin Dermatol. 2004;22(1):3 13.
43. **Prost-Squarcioni C.**
Histologie de la peau et des follicules pileux. médecine/sciences. févr 2006;22(2):131 7.
44. **Dermo-epidermal junction of normal skin –**
PubMed [Internet]. [cité 22 mai 2023].
Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/361780/>
45. **Arda O, Göksügür N, Tüzün Y.**
Basic histological structure and functions of facial skin. Clin Dermatol. janv 2014;32(1):3 13.
46. **Losquadro WD.**
Anatomy of the Skin and the Pathogenesis of Nonmelanoma Skin Cancer. Facial Plast Surg Clin N Am. août 2017;25(3):283 9.
47. **BASSET-SEGUIN N, DEREURE O, GUILLOT B.**
Bases génétiques des tumeurs cutanées. Bases Génétiques Tumeurs Cutanées. 1995;122(4):217 25.

48. **MI K.**
Carcinogenesis : Ultraviolet radiation.
Dermatol Gen Med [Internet]. 1993 [cité 27 mai 2023];
Disponible sur: <https://cir.nii.ac.jp/crid/1573387450073261824>
49. **Lübbe J, Kleihues P, Burg G.**
[The tumor suppressor gene p53 and its significance for dermatology].
Hautarzt Z Dermatol Venerol Verwandte Geb. nov 1994;45(11):741 5.
50. **Hughes JH, Robinson RA.**
p53 expression in Bowen's disease and in microinvasive squamous cell carcinoma of the skin.
Mod Pathol Off J U S Can Acad Pathol Inc. juin 1995;8(5):526 9.
51. **Vaughan MB, Ramirez RD, Andrews CM, Wright WE, Shay JW.** H-ras expression in immortalized keratinocytes produces an invasive epithelium in cultured skin equivalents.
PloS One. 19 nov 2009;4(11):e7908.
52. **Ruffini F, Levati L, Graziani G, Caporali S, Atzori MG, D'Atri S, et al.**
Platelet-derived growth factor-C promotes human melanoma aggressiveness through activation of neuropilin-1.
Oncotarget. 15 sept 2017;8(40):66833 48.
53. **Graeven U, Fiedler W, Karpinski S, Ergün S, Kilic N, Rodeck U, et al.**
Melanoma-associated expression of vascular endothelial growth factor and its receptors FLT-1 and KDR.
J Cancer Res Clin Oncol. nov 1999;125(11):621 9.
54. **Hamoen KE, Borel Rinkes IH, Morgan JR.**
Hepatocyte growth factor and melanoma: gene transfer studies in human melanocytes.
Melanoma Res.
avr 2001;11(2):89 97.
55. **Wang Z, Wang M, Lin M, Li J, Song H, Wei P.**
Basic Fibroblast Growth Factor Blockade Leads to Distinct Cellular Responses in Melanoma B16 Cells.
Dokl Biochem Biophys. déc 2022;507(1):383 9.

56. **Masson E. Traitement chirurgical des tumeurs cutanées de la face [Internet]. EM-Consulte.**
[cité 28 mai 2023].
Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1488966/traitement-chirurgical-des-tumeurs-cutanees-de-la->
57. **Actualisation de la revue de la littérature d'une recommandation en santé publique sur la «□Détection précoce du mélanome cutané□» [Internet].**
Haute Autorité de Santé.
[cité 28 mai 2023].
Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1354947/fr/actualisation-de-la-revue-de-la-litterature-d-une-recommandation-en-sante-publique-sur-la-detection-precoce-du-melanome-cutane
58. **Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale – Vol 104 – n° 2 – EM consulte [Internet].**
[cité 28 mai 2023].
Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/revue/STOMAX/104/2/table-des-matieres/>
59. **Cancers cutanes – Louis Dubertret –**
Medecine Sciences Publications – Grand format – Librairies Autrement [Internet].
[cité 28 mai 2023].
Disponible sur: <https://www.sa-autrement.com/livre/9782257104649-cancers-cutanes-louis-dubertret/>
60. **Egasse D. Intérêts des lambeaux d'avancement dans la réparation des pertes de substance après exérèse des carcinomes frontaux et temporaux. In: Les Nouvelles dermatologiques [Internet].**
1999 [cité 1 juin 2023].
Disponible sur: <http://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=1739558>
61. **Mélanomes malins cervicofaciaux –**
EM consulte [Internet]. [cité 1 juin 2023].
Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/178189/melanomes-malins-cervicofaciaux>

62. **Parotid and neck metastases from cutaneous squamous cell carcinoma of the head and neck – ScienceDirect [Internet].**
[cité 1 juin 2023].
Disponible sur:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002961099803262>
63. **PEDROLI GLWG, HAMEDANI M, BARRACO P, OUBAAZ A, MORAX S.**
Métastases orbitaires de mélanome malin. A propos d'un cas. Métastases Orbitaires Mélanome Malin Propos Un Cas.
2001;24(3):286 90.
64. **Réparation péribuccale □Principes généraux □Poissonnet DG.**
Réparation du pavillon de l' Réparation du scalp et région frontale.□Réparation de la région jugale □oreille
65. **Masson E. Tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques □: les mélanomes [Internet].EM–**
Consulte.
[cité 1 juin 2023].
Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/666062/tumeurs-cutanees-epitheliales-et-melaniques-les-m>
66. **Ge NN, McGuire JF, Dyson S, Chark D.**
Nonmelanoma skin cancer of the head and neck II: surgical treatment and reconstruction.
Am J Otolaryngol. 2009;30(3):1 81 92.
67. **Lavie A, Desouches C, Casanova D, Bardot J, Grob JJ, Legré R, et al.**
[Surgical management of cutaneous malignant melanoma. Review]. Ann Chir Plast Esthet.
févr 2007;52(1):1 13.
68. **Durbec M, Couloigner V, Tronche S, Albert S, Kanitakis J, Ltaief Boudrigua A, et al.**
Recommandations de la SFORL (version courte). Bilan d'extension et principes d'exérèse des tumeurs de la face et du cou à point de départ cutané.
Ann Fr Oto–Rhino–Laryngol Pathol Cervico–Faciale. 1 déc 2014;131(6):360 9.
69. **Eigentler TK, Radny P, Kamin A, Weide B, Caroli UM, Garbe C.**
[Experiences with the new American Joint Committee on Cancer (AJCC) classification of cutaneous melanoma].
J Dtsch Dermatol Ges. 1 août 2005;3(8):592 8.

70. **Linares MA, Zakaria A, Nizran P.**
Skin Cancer.
Prim Care Clin Off Pract. déc 2015;42(4):645 59.
71. **Batra RS, Kelley LC.**
Predictors of extensive subclinical spread in nonmelanoma skin cancer treated with Mohs micrographic surgery.
Arch Dermatol. août 2002;138(8):1043 51.
72. **MARDI. Traitement chirurgical des cancers cutanés de la face □: 65 cas. Thèse.**
Med. Casablanca. 2003, N° : 167.
73. **Shipkov C, Simov R, Bukov Y, Piral T, Anastassov Y.**
[The nasolabial flap and the buccinator flap. Anatomic study and 2 cases reports].
Ann Chir Plast Esthet. 1 juin 2003;48(3):152 8.
74. **EGASSE.D. EGASSE.D**
Technique de réparation de perte de substance du canthus après exérèse de carcinome.
Nouv. Dermatol. 1999, 18.
75. **TALMANT JC. TALMANT JC**
Reconstitution du nez.
EMC. Chir. Plast. Esth. 45 – 540.
76. **SERVENT J.M, REVOL.M**
Les lambeaux cutanés ; Les lambeaux fascio-cutanés ;
EMC : Chirurgie plastique. 45080-61-1990 ; 450990, 6.1990.XTDY
77. **LUC THOMAS**
Tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques .
La revue du praticien.2002,52
78. **DELAUNAY.MM**
Place de la radiothérapie dans le traitement des carcinomes cutanés .
Nouvel. Dermatol. Venereol. 1999,18

79. **Grant W.**
The effect of solar UVB doses
European journal of cancer. 2008 : no.44.
80. **Masson E. Greffes cutanées [Internet].**
EM-Consulte. [cité 1 juin 2023].
Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/232104/greffes-cutanees>
81. **BASSET.N, SEGUIN.**
Tumeur cutanés épithéliales et melanique : Carcinomes épithéliaux
Ann. Dermatol. Vénereol. 2002, 12
82. **KOVARICK CL. STEWART D. BARNARD JJ.**
Lethal basal cell carcinoma secondary to cerebral invasion
J Am Acad Dermatol 2005 ;52 :149-51.
83. **Helmy Ali Y, Farahat Mohamed A, Nasef MA, Abu-Elvoud A, Dahi A, Hossni M, et al.**
Facial skin cancer reconstructive and cosmetic outcomes: Analysis with algorithm for its management.
J Cosmet Dermatol. mai 2020;19(5):1182-90.
84. **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.
85. **EL KETTANI / Tumeurs cutanées malignes de la face Prise en charge diagnostique et thérapeutique à propos de 48 [Internet].**
[cité 6 mai 2023].
Disponible sur: <http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/annee-hm/FT/2017/these85-17.pdf>
86. **Iannacone MR, Hughes MCB, Green AC.**
Effects of sunscreen on skin cancer and photoaging.
Photodermatol Photoimmunol Photomed. 2014;30(2-3):55-61.
87. **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. 1 juill 2011;57(4):424-30.

88. **ETUDE CLINICO-ÉPIDÉMIOLOGIQUE DES CANCERS CUTANÉS Hakima El mahi [Internet].**
[cité 3 mai 2023].
Disponible sur: https://cdim.fmp-usmba.ac.ma/mediatheque/memoires/e_memoires/27-17.pdf
89. **Narayanan DL, Saladi RN, Fox JL.**
Ultraviolet radiation and skin cancer.
Int J Dermatol. sept 2010;49(9):978-86.
90. **Hosseini K, Mansour R, Ali E, Shokofeh H.**
Epidemiological indices of non-melanoma skin cancers in Kermanshah, Iran. 2012;112:7.
91. **AMRAOUI / PROFIL ÉPIDÉMIO-CLINIQUE DES CANCERS CUTANÉS Expérience du service d'anatomie pathologique de l'hôpital militaire moulay ismail-meknès (À propos de 65 cas) [Internet].**
[cité 6 mai 2023].
Disponible sur: https://cdim.fmp-usmba.ac.ma/mediatheque/e_theses/307-21.pdf
92. **Dieng MT, Diop NN, Déme A, Sy TN, Niang SO, Ndiaye B.**
Carcinome épidermoïde sur peau noire : 80 cas.
Ann Dermatol Vénérologie. 1 déc 2004;131(12):1055-7.
93. **Traore B.**
Caractéristiques anatomo-cliniques des cancers cutanés à l'unité de chirurgie oncologique du CHU de Conakry. Rev Afr Malgache Rech Sci Santé [Internet]. 13 févr 2017 [cité 4 mai 2023];4(2).
Disponible sur: <http://publication.lecames.org/index.php/sante/article/view/334>
94. **Cho SI, Lee H, Cho S.**
Risk of Skin Cancer and Actinic Keratosis in Patients with Rosacea: A Nationwide Population-based Cohort Study.
Acta Derm Venereol. 27 oct 2022;102:adv00803.
95. **Leonardi-Bee J, Ellison T, Bath-Hextall F.**
Smoking and the risk of nonmelanoma skin cancer: systematic review and meta-analysis.
Arch Dermatol. août 2012;148(8):939-46.
96. **Brown AE, Najmi M, Duke T, Grabell DA, Koshelev MV, Nelson KC.**
Skin Cancer Education Interventions for Primary Care Providers: A Scoping Review.
J Gen Intern Med. juill 2022;37(9):2267-79.

97. **Yap FBB.**
Clinical characteristics of basal cell carcinoma in a tertiary hospital in Sarawak, Malaysia.
Int J Dermatol. févr 2010;49(2):176 9.
98. **Tiftikcioglu YO, Karaaslan O, Aksoy HM, Aksoy B, Kocer U.**
Basal cell carcinoma in Turkey.
J Dermatol. févr 2006;33(2):91 5.
99. **Salasche SJ, Amonette RA.**
Morpheaform Basal-Cell Epitheliomas: A Study of Subclinical Extensions in a Series of 51 Cases.
J Dermatol Surg Oncol. mai 1981;7(5):387 94.
100. **Clayman G, Lee J, Holsinger C, Zhou X, Duvic M, el-naggar A, et al.**
Mortality Risk From Squamous Cell Skin Cancer.
J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol. 1 mars 2005;23:759 65.
101. **Firnhaber JM.**
Basal Cell and Cutaneous Squamous Cell Carcinomas: Diagnosis and Treatment.
Am Fam Physician. 15 sept 2020;102(6):339 46.
102. **Moore BA, Weber RS, Prieto V, El-Naggar A, Holsinger FC, Zhou X, et al.**
Lymph Node Metastases from Cutaneous Squamous Cell Carcinoma of the Head and Neck: The Laryngoscope.
sept 2005;115(9):1561 7.
103. **JAAFARI / Les tumeurs cutanées malignes évoluées de la face. Expérience du service de chirurgie plastique à propos de 60 cas. [Internet].**
[cité 11 mai 2023].
Disponible sur: <http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/annee-hm/FT/2016/these29-16.pdf>
104. **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.
105. **Hoy WE.**
Nonmelanoma skin carcinoma in Albuquerque, New Mexico: Experience of a major health care provider. Cancer.
15 juin 1996;77(12):2489 95.

106. **TAZI LE PARDYA RIM MEH. TAZI /**
Tumeurs cutanées malignes – Face – Exérèse – Lambeaux.
107. **Patel P, Hussain K.**
Merkel cell carcinoma.
Clin Exp Dermatol. juill 2021;46(5):814 9.
108. **Rare skin cancer in England [Internet].**
[cité 11 mai 2023].
Disponible sur: http://www.ncin.org.uk/publications/data_briefings/rareskincancer
109. **Owen JL, Kibbi N, Worley B, Kelm RC, Wang JV, Barker CA, et al.**
Sebaceous carcinoma: evidence-based clinical practice guidelines.
Lancet Oncol. déc 2019;20(12):e699 714.
110. **Erickson LA.**
Sebaceous Carcinoma.
Mayo Clin Proc. août 2021;96(8):2285 7.
111. **Bailey JS, Goldwasser MS.**
Surgical management of facial skin cancer.
Oral Maxillofac Surg Clin N Am. mai 2005;17(2):205 33, vi.
112. **Akcam TM, Gubisch W, Unlu H.**
Nonmelanoma Skin Cancer of the Head and Neck.
Facial Plast Surg Clin N Am. nov 2012;20(4):455 71.
113. **Mansouri HE, Mansouri N, Fikry T.**
Place de la chirurgie en un temps dans les cancers cutanés de la face A propos de 150 cas. 2012;
114. **Pepper JP, Baker SR.**
Local Flaps: Cheek and Lip Reconstruction.
JAMA Facial Plast Surg. sept 2013;15(5):374 82.
115. **Becker GD, Adams LA, Levin BC.**
Secondary Intention Healing of Exposed Scalp and Forehead Bone after Mohs Surgery.
Otolaryngol Neck Surg. déc 1999;121(6):751 4.

116. **Mansouri Hattab N, El Bouihi M, Bouaichi A, Lahmiti S, Aimadeddine S, Akhdari N, et al.**
Profil des cancers cutanés cervicofaciaux au Maghreb, le point de vue du chirurgien.
Étude rétrospective de 150 cas.
J Afr Cancer Afr J Cancer. août 2012;4(3):180-6.
117. **Lee KS, Kim JO, Kim NG, Lee YJ, Park YJ, Kim JS.**
A Comparison of the Local Flap and Skin Graft by Location of Face in Reconstruction after
Resection of Facial Skin Cancer.
Arch Craniofacial Surg. 20 déc 2017;18(4):255-60.
118. **Mierzwa ML.**
Radiotherapy for Skin Cancers of the Face, Head, and Neck.
Facial Plast Surg Clin N Am. févr 2019;27(1):131-8.
119. **L.Kani.**
[Item no 149: epithelial and melanoma skin tumors: skin carcinoma].
Ann Dermatol Venereol. oct 2005;132(10 Suppl):7S127-127S133.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ
قَلَمُ الطَّيِّبِ

أَقْسَمُ بِاللَّهِ الْعَظِيمِ
أَنْ أَر_اقِبَ اللَّهَ فِي مَقْتِنِي
وَأَنْ أَصُونَ حَيَاةَ الْإِنْسَانِ فِي كَافَّةِ أَحْوَارِهَا؛ فِي
كُلِّ الضُّرُوفِ وَالْأَحْوَالِ، بِإِخْلَافٍ وَسُعْرِ فِي اسْتِنْفَافِهَا
مِنَ الْفَلَاحِ وَالْمَرَضِ وَالْأَلَمِ وَالْقَلْقِ
وَأَنْ أَحْفَظَ لِلنَّاسِ كَرَامَتَهُمْ وَأَسْتُرَ عَوْرَتَهُمْ وَأَكْتُمُ
سِرَّهُمْ

وَأَنْ أَكُونَ عَلَى الْكَوَامِ مِنْ وَسَائِلِ رَحْمَةِ اللَّهِ، بِإِخْلَافٍ
رِعَايَتِي الْكُفَيَّةَ لِلْقَرِيبِ وَالْبَعِيدِ، لِلصَّالِحِ وَالصَّالِحِ،
وَالصَّادِقِ وَالْعَدُوِّ

وَأَنْ أَثَابِرَ عَلَى كَلْبِ الْعِلْمِ أَسْحَرَهُ لِنَفْعِ الْإِنْسَانِ لَا
لِأَعَاةٍ

وَأَنْ أَوْقِرَ مَنْ عَلَّمَنِي وَأَعَلَّمَنِي مِنْ يَصْغُرَنِي وَأَكُونَ أَخًا
لِكُلِّ زَمِيلٍ فِي الْمِهْنَةِ الْكُفَيَّةِ، مُتَعَاوِنِينَ عَلَى الْبِرِّ
وَالتَّقْوَى

وَأَنْ تَكُونَ حَيَاتِي مَصْدَاقَ إِيمَانِي فِي سِرِّي وَعَلَانِيَتِي،
ثَبِيَّةً مِمَّا يُشْبِهُهَا الْجَاهُ اللَّهُ وَرَسُولُهُ وَالْمُؤْمِنِينَ
وَاللَّهُ عَلَيَّ مَا أَقُولُ شَهِيدٌ

مبادئ علاج أورام الجلد الخبيثة بالوجه دراسة استطلاعية بمستشفى واد الذهب العسكري

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2023/06/14

من طرف

السيد محمد أمين أوزال

المزاداد في 1997/05/25 بولاد تايمية

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

أورام الجلد الخبيثة - الوجه - الاستئصال - الجراحة التقيومية

اللجنة

الرئيس

ع. أبو شادي

السيد

المشرف

أستاذ في جراحة الوجه والفكين

ت. نسيم صباح

السيد

أستاذ في الجراحة التجميلية والتقيومية

ح. رايس

السيدة

أستاذة في التشريح المرضي

د. العمراني

السيد

أستاذ في التشريح

الحكام

