

RÉPUBLIQUE ALGÉRIENNE DÉMOCRATIQUE ET
POPULAIRE MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE



كلية الطب

Faculté de Médecine



**CONTRIBUTION À L'ÉTUDE
DES CANCERS DE LA LÈVRE**

**En vue de l'obtention du diplôme de docteur en science
médicales**

Par : Dr Fadila Gharsallah Boudraa
Maître assistante en chirurgie maxillo-faciale

Directeur de thèse : Pr Saidi A/ Krim

Membres du Jury :

Pr Filali Taha : Président

Pr Ferdjaoui Abdelkader : Membre

Pr Khemili El hachemi : Membre

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| 1. Introduction | 1 |
| 3. Embryologie | 5 |
| 3.1. Formation de la lèvre inférieure | 6 |
| 3.2. Formation de la lèvre supérieure | 6 |
| 3.3. Organisation faciale péri-buccale | 6 |
| 3.4. Différenciation musculaire | 7 |
| 3.5. Embryologie vasculaire faciale | 8 |
| 4. Anatomie des lèvres | 10 |
| 4.1. Situation et limite | 10 |
| 4.2. Morphologie | 10 |
| 4.2.1. Lèvre blanche | 10 |
| 4.2.1.1. Supérieure | 11 |
| 4.2.1.2. Inférieure | 11 |
| 4.2.2. Lèvre rouge | 11 |
| 4.2.3. Ligne de jonction cutanéomuqueuse | 12 |
| 4.2.4. Commissures buccales | 12 |
| 4.3. Équilibre entre les deux lèvres | 12 |
| 4.3.1. Reliefs et sous-unités labiales | 12 |
| 4.4. Le dispositif musculaire | 13 |
| 4.4.1. Plan profond | 14 |
| 4.4.2. Plan superficiel | 14 |
| 4.5. Vascularisation des lèvres | 15 |
| 4.5.1. Vascularisation artérielle | 15 |
| 4.5.1.1. Les artères coronaires labiales supérieures | 15 |
| 4.5.1.2. Les artères coronaires inférieures | 16 |
| 4.5.2. La vascularisation veineuse | 17 |
| 4.5.3. Les lymphatiques | 17 |
| 4.5.3.1. La face cutanée | 18 |
| 4.5.3.2. La face muqueuse | 18 |
| 4.5.3.3. Le ganglion de Küttner | 18 |
| 4.6. L'innervation | 19 |
| 4.6.1. Innervation motrice | 19 |
| 4.6.2. Innervation sensitive | 19 |
| 4.7. Anatomie des aires ganglionnaires cervicales | 20 |
| 4.7.1. Groupe I (Sous-mento-mandibulaire) | 20 |
| 4.7.2. Groupe II (Jugulo-carotidienne supérieure) | 21 |
| 4.7.3. Groupe III (Jugulo-carotidienne moyenne) | 21 |
| 4.7.4. Groupe IV (Jugulo-carotidienne inférieure) | 21 |
| 4.7.5. Groupe V (Triangle postérieur) | 21 |
| 4.7.6. Groupe VI (Triangle antérieur) | 22 |
| 4.7.7. Groupe VII | 22 |
| 5. PHYSIOLOGIE | 24 |
| 5.1. Fonction digestive | 24 |
| 5.2. Fonctions de relation | 25 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 5.3. | Fonction morphogénétique | 25 |
| 5.4. | Fonction respiratoire | 25 |
| 6. | Histologie & Histopathologie | 27 |
| 6.1. | Histologie | 27 |
| 6.2. | Histopathologie | 27 |
| 6.2.1. | Lésion précancéreuse | 28 |
| 6.2.1.1. | La leucoplasie | 28 |
| 6.2.1.2. | La chéilite actinosénile | 29 |
| 6.2.1.3. | La chéilite tabagique | 30 |
| 6.2.1.4. | L'érythroplasie de Queyrat, ou maladie de Bowen | 30 |
| 6.2.1.5. | La chéilite glandulaire | 31 |
| 6.2.1.6. | Chéilites en rapport avec une dermatose caractérisée | 31 |
| 6.2.2. | Les tumeurs malignes épithéliales | 32 |
| 6.2.2.1. | Carcinome épidermoïde spino-cellulaires (CSC) | 32 |
| 6.2.2.2. | Carcinome basocellulaire (CBC) | 33 |
| 6.2.3. | Autres tumeurs malignes épithéliales | 33 |
| 6.2.3.1. | les adénocarcinomes annexiels | 34 |
| 7. | Etiologie et facteurs de risque | 35 |
| 7.1. | Le tabagisme | 35 |
| 7.2. | Exposition solaire | 36 |
| 7.3. | Autres facteurs de risque | 37 |
| 7.3.1. | Alcool | 37 |
| 7.3.2. | Facteurs viraux | 38 |
| 7.3.3. | État dentaire | 38 |
| 7.3.4. | Les facteurs génétiques | 38 |
| 7.3.5. | Immunodépression | 39 |
| 7.3.6. | Facteurs nutritionnels | 39 |
| 7.3.7. | La consommation de drogues | 39 |
| 8. | Diagnostic et bilan prétherapeutique | 40 |
| 8.1. | Type de description | 40 |
| 8.1.1. | Signes fonctionnels : | 40 |
| 8.1.2. | Examen physique : | 40 |
| 8.1.2.1. | Examen local : | 40 |
| 8.1.2.2. | Examen loco-régional et somatique : | 40 |
| 8.1.3. | Extension locorégionale | 40 |
| 8.1.3.1. | Panoramique dentaire | 40 |
| 8.1.3.2. | L'échographie cervicale | 40 |
| 8.1.3.3. | Tomodensitométrie (TDM) cervico faciale | 40 |
| 8.1.3.4. | La panendoscopie | 41 |
| 8.1.3.5. | Biopsie | 41 |
| 8.1.4. | Extension à distance | 41 |
| 8.1.4.1. | Radiographie pulmonaire | 41 |
| 8.1.4.2. | Echographie abdominale | 41 |
| 8.1.4.3. | Bilan biologique | 41 |
| 8.2. | Formes anatomo-pathologiques des carcinomes épidermoïdes | 41 |
| 8.2.1. | Forme ulcéreuse | 41 |
| 8.2.2. | Forme fissuraire | 42 |
| 8.2.3. | Forme en surface | 42 |
| 8.2.4. | Forme végétante | 42 |
| 8.2.5. | Forme nodulaire | 42 |
| 8.2.6. | Forme érosive superficielle | 42 |
| 8.2.7. | Forme hyperkératosique | 42 |

| | |
|--|-----------|
| 8.3. Formes topographiques | 42 |
| 8.3.1. Cancers du versant muqueux de la lèvre inférieure | 42 |
| 8.3.2. Cancers de la commissure labiale | 43 |
| 8.3.3. Carcinome de la lèvre supérieur | 44 |
| 9. Classification | 45 |
| 9.1. Staging TNM | 45 |
| 9.1.1. Tumeur T | 45 |
| 9.1.2. Ganglions N | 45 |
| 9.2. Facteurs histopronostiques défavorables | 46 |
| 9.3. Classification de la tumeur « T » | 46 |
| 9.3.1. T : Tumeur primaire | 46 |
| 9.3.2. Classification des adénopathies régionales « N » | 48 |
| 9.3.3. Classification des métastases à distance « M » | 48 |
| 9.4. Regroupement par stades | 48 |
| 9.5. Classification internationale des maladies 10^e édition (CIM-10) | 49 |
| 10. Modalités thérapeutiques | 50 |
| 10.1. Buts | 50 |
| 10.2. Principes généraux | 50 |
| 10.3. Complications post opératoires | 51 |
| 10.3.1. Hémorragie et hématome | 51 |
| 10.3.2. Infections | 51 |
| 10.3.3. Fistules et Orostomes | 51 |
| 10.3.4. Problèmes cicatriciels | 51 |
| 10.3.5. Troubles fonctionnels | 51 |
| 10.3.5.1. Incontinence labiale | 52 |
| 10.3.5.2. Microstomie | 52 |
| 10.3.5.3. Anesthésie séquellaire | 52 |
| 10.4. Techniques de réparation labiale | 53 |
| 10.4.1. Greffes | 53 |
| 10.4.2. Lambeaux | 53 |
| 10.4.3. Lambeaux d'avancement | 53 |
| 10.4.3.1. La technique de Webster | 55 |
| 10.4.3.2. Lambeau nasogénien en îlot | 56 |
| 10.4.4. Les lambeaux de transposition d'origine nasogénienne | 57 |
| 10.4.4.1. Lambeau de Camille Bernard | 58 |
| 10.4.4.2. Le raffinement de Webster, Fries | 59 |
| 10.4.4.3. Meyer | 60 |
| 10.4.5. Lambeaux de rotation | 60 |
| 10.4.5.1. « Fan flap » ou éventail | 61 |
| 10.4.5.2. Lambeau neurovasculaire de Karapandzic | 62 |
| 10.4.5.3. Lambeaux d'origine jugale | 63 |
| 10.4.5.4. Lambeau d'origine labiale | 65 |
| 10.4.5.5. Lambeau d'escalier de Johanson, technique « en marche d'escalier » | 66 |
| 10.4.6. Techniques combinées | 66 |
| 10.4.7. Réparation de la lèvre rouge | 66 |
| 10.4.7.1. Fermeture simple | 67 |
| 10.4.7.2. Lambeaux muqueux | 69 |
| 10.4.7.3. Lambeaux myomuqueux | 70 |
| 10.4.7.4. Réparation des commissures labiales | 72 |
| 10.4.7.5. Les commissuroplasties | 75 |
| 10.4.8. Lèvres dépassées | 75 |
| 10.4.8.1. Pertes de substance totales des deux lèvres | 75 |

| | |
|---|-----------|
| 10.5. LES AUTRES MOYENS THERAPEUTIQUES | 76 |
| 10.5.1. Chirurgie micrographique de Mohs (CMM) | 76 |
| 10.5.2. L'électrocoagulation | 76 |
| 10.5.3. Le laser | 77 |
| 10.6. CHIRURGIE GANGLIONNAIRE | 77 |
| 10.6.1. L'évidement radical | 78 |
| 10.6.2. L'évidement radical modifié | 78 |
| 10.6.3. L'évidement radical élargi | 78 |
| 10.6.4. L'évidement sélectif | 78 |
| 10.6.5. Indication de l'évidement ganglionnaire | 78 |
| 10.6.6. Le ganglion sentinelle GS | 79 |
| 10.7. La Radiothérapie | 81 |
| 10.7.1. Bilan initial | 81 |
| 10.7.1.1. Bilan stomatologique | 81 |
| 10.7.2. Techniques d'irradiation | 81 |
| 10.7.2.1. Radiothérapie externe conventionnelle | 81 |
| 10.7.2.2. Complications précoces | 83 |
| 10.7.2.3. Complications tardives | 83 |
| 10.7.3. Curiethérapie | 84 |
| 10.7.3.1. Curiethérapie de bas débit de dose | 84 |
| 10.7.3.2. Curiethérapie de haut débit de dose | 84 |
| 10.7.3.3. Résultats thérapeutiques | 85 |
| 10.8. La Chimiothérapie | 86 |
| 10.8.1. Chimiothérapie d'induction | 86 |
| 10.8.2. Chimiothérapie concomitante à la radiothérapie | 87 |
| 10.8.3. Chimiothérapie des récurrences locorégionales et des formes métastatiques | 87 |
| 10.8.4. Place des thérapeutiques moléculaires ciblées | 88 |
| 11. Matériels & méthodes | 90 |
| 11.1. Lieu de l'étude | 90 |
| 11.2. Période de l'étude | 90 |
| 11.3. Population | 90 |
| 11.4. Mode de recrutement | 90 |
| 11.5. Méthode | 90 |
| 11.5.1. Type de l'étude | 90 |
| 11.5.2. Collecte des données | 91 |
| 11.6. Analyse statistique | 92 |
| 12. Résultats | 93 |
| 12.1. Données épidémiologiques | 93 |
| 12.1.1. Répartition annuelle des cas de cancer maxillo-faciaux (Toutes localisation confondus) | 93 |
| 12.1.2. Recrutement annuel de la pathologie maligne par rapport à l'activité opératoire générale du service | 94 |
| 12.1.3. Répartition des cancers maxillo-faciaux selon la topographie | 95 |
| 12.1.4. Recrutement annuel des cancers des lèvres par rapport au nombre total des opérés au service de chirurgie maxillo facial CHU Constantine | 96 |
| 12.1.5. Fréquence du cancer de la lèvre par rapport à la pathologie maligne en CMF | 97 |
| 12.1.6. Répartition des patients selon l'âge | 98 |
| 12.1.7. Répartition des patients selon le sexe | 99 |
| 12.1.8. Répartition des patients selon leurs wilayates d'origine | 100 |
| 12.1.9. Répartition des patients selon leur profession antérieure et actuelle | 101 |

| | | |
|--------------|---|------------|
| 12.1.10. | Répartition des patients selon leur occupation professionnelles « outdoor », « indoor » | 103 |
| 12.1.11. | Répartition des carcinomes spino cellulaires selon leurs occupations | 104 |
| 12.1.12. | L'occupation professionnelle des patients atteint d'un cbc | 105 |
| 12.1.13. | Répartition des patients selon l'intoxication tabagique/tabac à chiqué/alcool | 106 |
| 12.1.13.1. | Répartition des patients selon l'intoxication tabagique | 106 |
| 12.1.13.2. | Fréquence des patients qui consomment le tabac dans le carcinome spino cellulaire | 107 |
| 12.1.13.3. | Fréquence des patients qui consomment le tabac dans le carcinome baso cellulaire | 108 |
| 12.1.13.4. | Répartition des patients selon l'intoxication au tabac à chiquer | 109 |
| 12.1.13.5. | Fréquence des patients qui consomment le tabac à chiquer dans le CSC | 110 |
| 12.1.13.6. | Fréquence des patients qui consomment le tabac à chiquer dans le CBC | 111 |
| 12.1.13.7. | Répartition des patients selon l'intoxication alcoolique | 112 |
| 12.1.13.8. | Fréquence des patients qui consomment l'alcool dans le carcinome spino cellulaire | 113 |
| 12.1.13.9. | Fréquence des patients qui consomment l'alcool dans le carcinome baso cellulaire | 114 |
| 12.1.13.10. | Répartition des patients selon l'Association des facteurs d'intoxication | 115 |
| 12.1.14. | Répartition des patients selon le niveau socio-économique | 116 |
| 12.1.15. | Répartition des patients selon la couleur de la peau (Phototype) | 117 |
| 12.1.16. | Données cliniques | 118 |
| 12.1.16.1. | Répartition des patients selon le délai de la première consultation | 118 |
| 12.1.16.2. | Répartition des carcinomes spino cellulaires selon le délai de la première consultation | 119 |
| 12.1.16.3. | Répartition des patients présentant un cbc selon le délai de la première consultation | 120 |
| 12.1.17. | Répartition des patients selon la lésion précancéreuse | 121 |
| 12.1.17.1. | Répartition des patients présentant un csc selon les lésions précancéreuses | 122 |
| 12.1.17.2. | Répartition des patients présentant un cbc selon les lésions précancéreuses | 123 |
| 12.1.18. | Répartition des patients selon l'état buccodentaire | 124 |
| 12.1.18.1. | Répartition des patients présentant un csc selon l'état buccodentaire | 125 |
| 12.1.18.2. | Répartition des patients présentant un cbc selon l'état buccodentaire | 126 |
| 12.1.19. | Répartition des patients selon l'association avec d'autres lésions cervico-faciales | 127 |
| 12.1.20. | Répartition des patients selon le siège de la tumeur | 128 |
| 12.1.21. | Répartition des patients selon le type histologique de la tumeur | 129 |
| 12.1.22. | Répartition des patients selon le type histologique et sa fréquence sur la lèvre | 130 |
| 12.1.23. | Répartition des patients selon le degré de différenciation histopathologique des carcinomes spino cellulaires | 131 |
| 12.1.24. | Selon le caractère T | 132 |
| 12.1.24.1. | Répartition des carcinomes spino cellulaires selon la taille | 133 |
| 12.1.24.2. | Répartition des carcinomes baso cellulaires selon la taille | 134 |
| 12.1.25. | Selon le caractère N | 135 |
| 12.1.26. | Selon le caractère M | 135 |
| 12.1.27. | Correlation entre la taille de la tumeur et les métastases ganglionnaires | 136 |
| 12.1.28. | Répartition des patients selon la classification TNM (UICC 2002) [41] | 137 |
| 12.2. | Données thérapeutiques | 138 |
| 12.2.1. | Répartition des patients selon le type d'anesthésie | 138 |
| 12.2.2. | Le type d'anesthésie selon la taille tumorale | 139 |
| 12.2.3. | Répartition des patients selon les modalités de réparation des PDS | 140 |

| | | |
|--------------|--|------------|
| 12.2.4. | Type de reconstruction labiale selon la taille de la tumeur(T) | 141 |
| 12.2.5. | Répartition des patients selon le type de lambeau | 142 |
| 12.2.6. | Attitude sur les aires ganglionnaires | 143 |
| 12.2.7. | Marges chirurgicales | 144 |
| 12.2.8. | Marges chirurgicales des spino cellulaires | 144 |
| 12.2.9. | Marges chirurgicales des carcinomes baso cellulaires | 145 |
| 12.2.10. | Les marges d'exérèse selon la taille tumorale(T) | 145 |
| 12.2.11. | Radiothérapie | 146 |
| 12.2.12. | Chimiothérapie | 146 |
| 12.3. | Evolution | 147 |
| 12.3.1. | Suivi post opératoire | 147 |
| 12.3.2. | Répartition des patients selon les complications post opératoires précoces | 147 |
| 12.3.3. | Répartition des patients selon les complications post opératoire tardives | 148 |
| 12.3.4. | Les complications à long terme selon les limites d'exérèse | 148 |
| 12.3.5. | Troubles fonctionnels post opératoire | 149 |
| 12.3.6. | Traitement des récurrences | 149 |
| 12.3.7. | Résultats esthétique | 150 |
| 12.3.8. | Résultats fonctionnels | 151 |
| 12.3.9. | Les résultats fonctionnels selon la taille tumorale | 152 |
| 12.3.10. | Les résultats esthétiques selon la taille tumorale | 152 |
| 12.3.11. | Les résultats esthétiques selon le mode de réparation | 153 |
| 12.3.12. | Les résultats fonctionnels selon le mode de réparation | 153 |
| 12.3.13. | COMMISSUROPLASTIE | 154 |
| 12.3.14. | Etat des malades | 154 |
| 12.3.15. | Décès | 155 |
| 12.3.16. | La survie | 156 |
| 12.3.16.1. | La survie globale | 156 |
| 12.3.16.2. | la survie selon le sexe : | 157 |
| 12.3.16.3. | La survie selon le T : | 158 |
| 12.3.16.4. | La survie selon le N | 159 |
| 13. | DISCUSSION | 160 |
| 13.1. | Problèmes méthodologiques | 160 |
| 13.2. | Les données épidémiologiques | 162 |
| 13.2.1. | Âge : | 163 |
| 13.2.2. | Sexe | 164 |
| 13.3. | Les facteurs de risque | 166 |
| 13.3.1. | Rayonnement solaire | 166 |
| 13.3.2. | L'intoxication tabagique/tabac à chiqué/alcool | 168 |
| 13.3.3. | Profession | 171 |
| 13.3.4. | L'état buccodentaire | 171 |
| 13.4. | Données cliniques | 172 |
| 13.4.1. | Le délai de la première consultation | 172 |
| 13.4.2. | L'existence de lésions précancéreuse. | 173 |
| 13.4.3. | Le siège de la tumeur | 174 |
| 13.4.4. | Le type histologique | 176 |
| 13.4.5. | La taille tumorale | 177 |
| 13.4.6. | Répartition selon le N | 179 |
| 13.5. | Données thérapeutiques | 182 |
| 13.5.1. | Le type d'anesthésie | 183 |
| 13.5.2. | Répartition des patients selon les modalités de réparation des PDS | 184 |
| 13.5.3. | Attitude sur les aires ganglionnaires | 189 |
| 13.5.3.1. | Adénopathies non palpables | 190 |
| 13.5.4. | Marges chirurgicales | 193 |
| 13.5.5. | Radiothérapie | 197 |

| | | |
|---|---|------------|
| 13.5.6. | La chimiothérapie | 198 |
| 13.5.7. | Evolution | 199 |
| 13.5.7.1. | Les complications post opératoire précoce | 199 |
| 13.5.7.2. | Les récidives | 199 |
| 13.5.7.3. | Traitement des récidives | 202 |
| 13.5.8. | Résultats fonctionnels et esthétiques | 203 |
| 13.5.9. | Etat des malades | 204 |
| 13.5.10. | La survie | 205 |
| 13.5.11. | Algorithme de la prise en charge | 206 |
| 13.5.12. | Observations cliniques | 214 |
| 13.6. | Recommandations | 237 |
| 13.6.1. | Sur le plan diagnostique | 237 |
| 13.6.2. | Sur le plan thérapeutique | 238 |
| 13.6.3. | La qualité de vie | 239 |
| 13.6.4. | Sur le plan préventif | 240 |
| 14. | Conclusion | 241 |
| 15. | Annexe | 243 |
| 15.1. | Fiche technique | 244 |
| 16. | Références Bibliographiques | 250 |
| <i>Abstract</i> | | 276 |
| <i>Keywords : Csc, Cbc, reconstruction, radiation therapy, risk factors</i> | | 276 |

Résumé

Introduction : Le cancer de la lèvre représente 1,9 à 3,5% des cancers des voies aérodigestives supérieures le carcinome épidermoïde (CE) est le principal cancer (90%) [1]. Malgré des signes d'appels précoces, un grand nombre de tumeurs de la lèvre sont diagnostiqués à des stades avancés, relevant d'une chirurgie mutilante. Ce travail dont l'objectif principal est la détermination de la fréquence, il vise également l'étude des caractéristiques épidémiologiques, cliniques, histopathologiques, thérapeutiques, et évolutives.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective, descriptive, portant sur les cas de CE des lèvres, colligés au service de chirurgie maxillo-faciale Chu BenBadis, sur une période de 5 ans, allant de Janvier 2006 à Décembre 2010. Les paramètres épidémiologiques, cliniques, anatomopathologiques et les différentes données thérapeutiques et évolutives sont étudiés. Les données ont été saisies sur le logiciel Epi info version 7.0. et SPSS version 13.0.

Résultats : Au total 114 patients atteints de carcinome de la lèvre ont été inclus, avec une prédominance masculine, 92 hommes et 22 femmes, une moyenne d'âge de 66 ans avec des extrêmes entre 23 et 88 ans. Le type histologique est dominé par le CSC, puis le CBC. Ces tumeurs siégeaient le plus souvent au niveau de la lèvre inférieure (72% patients). Les facteurs de risque sont de nature multifactorielle, associant le tabac/Tabac chiqué dans (78,2%) et l'exposition aux UV dans (67%), La présence d'une lésion précurseure était notée dans 28,07% des cas. Notre étude souligne, par ailleurs le retard diagnostique, le délai moyen de diagnostic dans la présente étude était de 62, 28% au-delà d'une année. on trouve plus de 68,5 % des tumeurs au stade T1, T2, et 31,6% au stade T3, T4. 78.30% des patients ne sont pas porteurs d'adénopathies, contre seulement 21, 8%. Le traitement de la tumeur primitive chez nos patients était essentiellement chirurgical (112 cas), associé à un curage ganglionnaire (24 cas) et/ou une radiothérapie (43 cas). Tous ces patients ont eu une exérèse tumorale suivie d'un geste de réparation à type de suture directe par rapprochement des berges dans 55 cas, de lambeaux dans 58 cas et de commissuroplastie à distance du geste opératoire dans 34 cas. Le taux de survie global des patients atteints de cancer de la lèvre était 96% à 5, et 80, 7% à 9 ans.

Conclusion: les cancers des lèvres restent un problème de santé publique, moins médiatisés que les autres cancers, en absence des données épidémiologiques à l'échelle nationale. Ils occupent une place primordiale dans l'ensemble des cancers buccales, ils peuvent être diagnostiqués précocement. Mais l'amélioration du pronostic repose non seulement sur le diagnostic et le traitement précoces mais également sur la prévention par des campagnes de sensibilisations concernant l'intoxication alcoolotabagique et la protection solaire et une prise en charge adéquate des lésions précurseures.

Mots clés: Csc, Cbc, reconstruction, radiothérapie, facteurs de risqué,