

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 anato-mo-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 metastases 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
	Abstract _____	276
	Keywords : Csc, Cbc, reconstruction, radiation therapy, risk factors _____	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,