## Prise en charge d'un carcinome épidermoïde dans une cavité d'éviscération

A. Cherabli\*a (Dr), A. Bourihaneb (Dr), D. Aida (Dr)

- Aucun conflit d'intérêt.-

<sup>a</sup> HMRUB, Alger, ALGERIE; <sup>b</sup> HMRUO, Oran ALGERIE; cherabliwahid1@yahoo,fr

#### Introduction

✓ Le carcinome épidermoïde est une complication qui peut survenir suite aux frottements de la prothèse oculaire sur les tissus épithéliaux orbitaire.

#### Rut

✓ Etude d'un cas de prise en charge d'un carcinome épidermoïde dans une cavité d'éviscération

# ✓ Patients et Méthodes CAS CLINIOUE

**B.A** âgé de 42 ans se présente en consultation pour une désadaptation de sa prothèse oculaire à l'Oeil gauche depuis trois mois.



| Anamnèse               |  |   |
|------------------------|--|---|
| Antécédents            | <ul><li>balistique 1995</li><li>Mise en place d'une</li></ul>  | gauche suite à un traumatisme<br>bille biocéramique biocolonisable en<br>une prothèse oculaire.     |
| Motif de consultation  | <ul> <li>Urgences:</li> <li>Déplacement permanent de la prothèse oculaire,</li> <li>Douleur au cul de sac conjonctival inférieur</li> <li>Sécrétions orbitaires depuis trois mois.</li> <li>Défaut de suivi annuel de la prothèse oculaire par l'oculariste depuis trois ans.</li> </ul> |   |
| Examen ophtalmologique | Œil droit  | Œil gauche  |
| Acuité visuelle (AV)   | 10/10°   | Perception lumineuse négative (PL-)   |
| Annexes                | RAS  | <ul> <li>la bille n'est pas exposée,</li> </ul>   |
| Segment Antérieur      | Normal   | <ul> <li>présence d'un tissu de</li> </ul>  |
| Fond d'æil             | Rétine à plat<br>Papille et macula normales  | granulation au niveau du cul de sac conjonctival inférieur, Figure 1  Absence de signe de cellulite |

Prise en charge: Exérèse complète du tissu de granulation sous anesthésie locale +réalisation de marges de 0,5 cm.

#### ✓ Résultats

- Anatomo-pathologiques: présence d'un carcinome épidermoïde infiltrant moyennement différencié kératinisant sans embole tumoral ni engainement péri-nerveux qui semble atteindre les limites de résection + lésion de dysplasie intra-épithéliale et de carcinome in situ associés. Figure 2
- ☐ Reprise **chirurgicale** avec marges d'exérèse élargies + examen extemporané (exérèse complète avec marges saines).
- ☐ La consultation de contrôle avec l'oculariste ne permet pas la mise en place d'une nouvelle prothèse suite à la rétraction de la cavité et à la brièveté du cul de sac conjonctival inférieur.
- ☐ Reprise chirurgicale dans les 4 mois: allongement du cul de sac conjonctival par greffe de muqueuse buccale, en l'absence de récidive tumorale *Figure 3,4 et 5*



Prélèvement de 5 cm de muqueuse buccale.



- Mise en place de 2 fils de Vicryl 4.0 au bord libre de la paupière inférieure pour faciliter la dissection.
- Dissection.
   Dissection de la fibrose au niveau du cul de sac conjonctival inférieur.



orbitaire associé.

 Mise en place d'un point de Vicryl 6.0 reliant la muqueuse conjonctivale et la graisse orbitaire au périoste du rebord orbitaire inférieur.





# Greffe de muqueuse buccale Figure 6 et 7

- Passage du fil relié au périoste à travers le greffon.
- Suture du greffon à la muqueuse conjonctivale par du Vicryl 5.0



## Mise en place d'un bourdonnet Figure 8 et 9

- Le bourdonnet est laissé en place pendant 10 jours.
- On constate bien la reformation du cul de sac inférieur après fermeture palpébrale en fin d'intervention.

## Conclusion

- ✓ Le carcinome épidermoïde est une complication qui peut survenir suite aux frottements de la prothèse oculaire sur les tissus épithéliaux orbitaire.
- ✓ Il est nécessaire d'insister sur une surveillance annuelle de la prothèse par l'oculariste et de suspecter un carcinome épidermoïde en cas d'apparition nouvelle d'un tissu de granulation ou en cas de désadaptation de la prothèse oculaire,