

Prise en charge chirurgicale des tumeurs palpébro-orbitaires malignes : À propos de 12 cas

ZA. Baba Hassene*^a (Dr), S. Benwadih*^a (Dr), M. Boulaadas^a (Pr)

^a Hôpital des spécialités, Rabat, MAROC

* sarrabenwadih045@gmail.com

Introduction :

Les cancers palpébro-orbitaires sont des tumeurs malignes des paupières représentés à 90 % par le carcinome baso-cellulaire. Le dépistage précoce des lésions constitue l'élément clé du pronostic.

La prise en charge thérapeutique représente un challenge pour le chirurgien pour rétablir les fonctions mécaniques et physiologiques, et les aspects esthétiques.

Matériel et méthodes :

Nous avons réalisé une étude rétrospective tendue sur une période de 3 ans allant de janvier 2019 au juillet 2022, regroupant 12 patients atteints de cancers palpébro-orbitaires pris en charge au service de chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie à l'hôpital des spécialités au CHU Avicenne de Rabat.

Résultats :

L'âge moyen dans notre série était de 68 ans avec des extrêmes allant de 36 ans à 85 ans, il s'agit de 9 hommes (75 %) et 3 femmes (25 %). L'exposition chronique au soleil a été retrouvée chez plus de 2/3 de nos patients. Le délai de consultation dans notre série était variable avec des extrêmes de 4 mois à 18 mois. La paupière supérieure était la plus touchée dans 7 cas. La paupière inférieure était concernée dans 5 cas. 3 de nos patients ont présenté une tumeur prenant juste le globe oculaire. La biopsie a été réalisée chez tous nos patients en révélant 6 carcinomes basocellulaires, 5 carcinomes épidermoïdes et 1 mélanome. Nous avons réalisé un examen tomodensitométrique (TDM) de l'orbite chez tous nos patients, il a mis en évidence 8 cas d'envahissement du globe oculaire et de la graisse extra et intra-conique, 1 cas de tumeur adhérente à l'os zygomatique sans lyse osseuse. Un traitement chirurgical a été réalisé chez tous nos patients. Il a consisté en une exérèse carcinologique de la tumeur avec des marges de sécurité variant entre 5 mm et 1 cm avec des recoupes latérales et profondes et une éviscération dans 2 cas et exentération dans 9 cas suivie d'une reconstruction palpébrale. 1 patiente a refusé l'exentération et a bénéficié d'une exérèse non carcinologique de la tumeur. Une étude extemporané des marges d'exérèse a été réalisée chez tous nos patients. La reconstruction a été réalisé au même temps opératoire.

la reconstruction réalisée était:

- L'éviscération a été réalisé chez 1 patient avec reconstruction palpébrale ultérieure (**Figure 1 et 2**)
- la cicatrisation dirigée a été préconisée chez 5 de nos patients (**Figure 3**)
- le lambeau frontal a été réalisé chez 3 patients. (**Figure 6,9**)
- le lambeau temporo-jugal de Mustardé a été réalisé chez 1 cas. (**Figure 8**)
- le lambeau glabellaire a été réalisé chez 2 patients (**Figure 10,11**)
- le lambeau orbito-naso-génien a été réalisé chez 1 patient.

Parmi nos 12 cas opérés 10 patients ont bénéficié d'une radiothérapie externe .
L'ectropion était la seule complication postopératoire observée chez 3 de nos patients, il était manifeste chez 1 cas qui a nécessité une reprise chirurgicale avec réamarrage du lambeau au périoste orbitaire. Nous avons eu un seul cas de récurrence tumorale.



Fig 1: Carcinome épidermoïde de l'oeil gauche



Fig 2: Image après éviscération de l'oeil gauche pour carcinome épidermoïde



Fig 3: Image après exentération gauche et cicatrisation dirigée



Fig 4: Image d'un carcinome basocellulaire orbito-palpébral gauche



Fig 5: Image d'un carcinome basocellulaire orbito-palpébral gauche



Fig 6: Image après exérèse d'un carcinome basocellulaire orbito-palpébral gauche avec reconstruction par un lambeau frontal



Fig 7: Carcinome épidermoïde de l'oeil gauche



Fig 8: Lambeau Mustardé droit



Fig 9: Image après exérèse d'un carcinome épidermoïde orbito-palpébral droit avec reconstruction par un lambeau frontal



Fig 10: Image après exérèse d'un carcinome épidermoïde orbito-palpébral droit avec reconstruction par un lambeau glabéllaire



Fig 11 : Image après exérèse d'un carcinome épidermoïde orbito-palpébral droit avec reconstruction par un lambeau glabéllaire



Fig 12: Image après exentération droite pour un mélanome orbito-palpébral

Discussion :

Les cancers palpébro-orbitaires représentent 15 % des tumeurs malignes de la face. Les tissus potentiellement entrepris comprennent la conjonctive, le tarse, le muscle orbiculaire, la peau et les cils ainsi que leurs annexes (glandes eccrines et sébacées). La multiplicité histologique de toutes ces petites structures de la marge, ainsi que leur confinement dans un organe aussi exigü expliquent que la pathologie palpébrale soit la plus variée du corps. Virtuellement chaque composant histologique peut donner lieu à une prolifération tumorale, bénigne ou maligne [1].

À l'évidence, l'âge est un facteur de risque majeur pour la survenue des cancers en général, y compris cutanés comme le montre notre série [2]. Ainsi une tumeur présente depuis l'enfance ne connaît de transformation maligne que très exceptionnellement [3]. Il en va ainsi des nævus. En revanche, du fait de l'exposition solaire de loisir, de plus en plus de tumeurs malignes sur- viennent actuellement chez des patients jeunes. Ainsi, la survenue d'un carcinome basocellulaire chez un quadragénaire n'est plus un fait rare [4]

Le phototype constitue un élément clé dans l'analyse clinique de la situation: en Occident et en Australie, les dégâts héli-induits dominent le tableau, à l'inverse de l'Afrique sub-saharienne, où le mélanome et autres altérations pigmentées sont exceptionnels, et où, en revanche, la pathologie tumorale d'origine infectieuse est floride. En Orient, il semble exister un lien entre la prévalence du virus HPV (human papilloma virus) et la survenue de carcinomes sébacés palpébraux, beaucoup plus fréquents qu'en Occident [5].

L'examen histopathologique seul et, si nécessaire, un examen immunohistochimique complémentaire du tissu réséqué permet un diagnostic définitif, facilitant ainsi la distinction entre les tumeurs orbitaires primaires et secondaires.

La chirurgie de la tumeur orbitaire est un défi. De plus, la proximité anatomique avec le globe oculaire, les sinus et le système nerveux central nécessite l'intervention de chirurgiens cranio-maxillo-faciaux. Des techniques chirurgicales particulières, utilisées à l'origine pour les traumatismes des os de la face et de l'orbite osseuse, ont été adaptées aux exigences chirurgicales des tumeurs orbitaires, entraînant ainsi des améliorations significatives pour le patient en termes de traitement du cancer ainsi que d'un point de vue fonctionnel et esthétique. Les tumeurs orbitaires entraînent souvent un déplacement du globe oculaire, des troubles de la motilité, une diplopie et des anomalies du champ visuel ; la compression du nerf optique peut finalement entraîner une perte complète de la vision. De tels signes oculaires doivent inciter le clinicien à effectuer une imagerie par résonance magnétique (IRM) pour apprécier l'extension intraorbitaires et intracrâniennes. La tomодensitométrie (TDM) est essentielle pour l'évaluation d'une éventuelle atteinte osseuse. [6]

En raison de la variété des tumeurs orbitopalpébrales, des concepts de traitement interdisciplinaires sont souvent nécessaires. Par conséquent, les maladies orbitaires plus rares ne devraient être traitées que dans des centres spécialisés. [7]

De nouveaux concepts de traitement et techniques chirurgicales innovants résultent d'une étroite coopération entre disciplines connexes. Les approches de traitement interdisciplinaires aident à préserver l'intégrité fonctionnelle de l'œil. Par exemple, chez les patients atteints de carcinomes des paupières et de la conjonctive, une exentération orbitaire peut souvent être évitée.

Par conséquent, une distinction est faite parmi les principaux groupes d'indications :

-Thérapie conservatrice de la fonction des tumeurs rétrobulbaires

- Tumeurs malignes de la conjonctive et des paupières
- Exentération de l'orbite et reconstruction ultérieure
- Stratégie opératoire et thérapeutique des métastases orbitaires

En cas d'exérèse incomplète, une reprise chirurgicale est indispensable. La radiothérapie et/ou chimiothérapie reste cependant utile dans certains cas, soit en première intention ou en complément de la chirurgie. Dans notre équipe on opte en général pour des reconstructions immédiates dans les exérèses transfixiantes en élargissant les marges de sécurité. La multitude des techniques de reconstruction permet de rétablir les aspects fonctionnels et esthétiques de la région orbito-palpébrale.

L'ectropion est la plus redoutée complication d'où l'importance de la reconstruction des deux lamelles et d'un amarrage de qualité de la néo-paupière à un plan profond solide à fin d'éviter cette complication. Le suivi postopératoire nécessite des soins quotidiens ainsi qu'une antibioprophyllaxie locale (collyres, pommades) et/ou générale afin de prévenir et traiter à temps toute complication indésirable. Enfin, le suivi post-thérapeutique régulier est essentiel afin de détecter et de traiter à temps toute complication ou récurrence tumorale.

Conclusion :

Les tumeurs orbito-palpébrales sont des tumeurs peu fréquentes en pratique maxillo- faciale, mais graves sur le plan esthétique, fonctionnel et vital.

Elles sont dominées, dans notre contexte, par les carcinomes basocellulaire suite au phototype clair et de l'exposition solaire chez la plupart des patients.

Notre étude étendue sur une période de 3 ans a pu recueillir 12 patients traités et suivis dans notre formation.

Le diagnostic de ces tumeurs repose sur la clinique et les moyens radiologiques qui sont dominés par la TDM et l'IRM, mais la biopsie est souvent requise pour la confirmation diagnostique.

Le traitement est en premier lieu chirurgical, qui consiste dans la majorité des cas en une exentération suivie d'une reconstruction orbito-palpébrale qui se fait en même temps ou dans un 2^{ème} temps chirurgical.

Le complément par radiothérapie ou par chimiothérapie est parfois nécessaire, surtout si l'exérèse n'est pas complète ou s'il y'a des métastases à distance.

Les résultats thérapeutiques sont en général satisfaisants, mais le suivi demeure primordial pour détecter et traiter toute possible récurrence.

Référence:

- [1] Lasudry J, Adenis JP, Robert PY. Tumeurs palpébrales: aspects cliniques, diagnostiques et thérapeutiques. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris) Ophtalmologie 2011, 21-110-A-10.
- [2] Adenis JP, Sabatier A, Robert PY. Les tumeurs des paupières des personnes âgées. J Fr Ophtalmol 2006;29:687—93.
- [3] Al-Buloushi A, Filho JPS, Cassie A, Arthurs B, Burnier MN. Basal cell carcinoma of the eyelid in children: a report of three cases. Eye 2005;19:1313—4.
- [4] Malhotra R, Huilgol SC, Huynh NT, Selva D. The Australian Mohs database: periocular squamous cell carcinoma. Ophthalmology 2004;111:617—23.
- [5] Verma V, Shen D, Sieving PC, Chan CC. The role of infectious agents in the etiology of ocular adnexal neoplasia. Surv Ophthalmol 2008;53:312—31.
- [6] Akda F, Hafezi F, Heule-Dieleman HA, et al. Orbital metastases of breast cancer. Radiologic features [in German]. Ophthalmologie 2010;107(8):728—732
- [7] Hassler W, Unsold R, Schick U. Orbital tumors—diagnosis and surgical treatment. Dtsch Arztebl 2007;104(8):496—501