

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de
la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi



U.S.T.T-B



F.M.O.S.

**UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET
DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO**

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année universitaire 2021-2022

MEMOIRE

N° :

**LAMBEAU NASOGENIEN :
IMPORTANCE DANS LA CHIRURGIE DU
MELANOME DE LA LEVRE SUPERIEURE**

Présenté et soutenu publiquement le 28/01/2023 par

Dr. Moriba TRAORE

Pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Spécialisées (D.E.S)

En STOMATOLOGIE ET CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

JURY

PRÉSIDENT : Professeur Drissa TRAORE

MEMBRE : Professeur Boubacar BA

DIRECTEUR DE MEMOIRE : Professeur Amady COULIBALY

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

- Nous rendons un vibrant Hommage à notre Cher Maître **Feu Professeur Hamady TRAORE** pour des enseignements que vous nous avez prodigués avant votre décès et pour tout ce que vous avez entrepris pour l'émergence de la Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale au Mali. Nous gardons un souvenir ému de la chaleur de votre accueil, de vos qualités de praticien.

Dormez en paix cher Maître. Que Dieu vous accueille dans son paradis.

Nos remerciements vont à l'endroit de :

- Tous nos maîtres de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie de Bamako pour la qualité des enseignements que nous avons reçus tout au long de notre formation.
- Professeur Amady COULIBALY et tout le personnel du Service de Stomatologie Chirurgie maxillo-faciale du CHU-CNOS Professeur Hamady TRAORE.

Pour votre soutien, votre collaboration et votre disponibilité de la transmission du savoir.

- Tous nos collègues Docteurs en Spécialisation pour votre collaboration.
- Tous ceux qui nous ont aidés de près ou de loin à la réalisation de ce travail.
- Nos parents : notre père Feu Kaba TRAORE et notre mère Nia SOUCKO.

Cher père votre absence parmi nous est la seule amertume que nous avons à cœur aujourd'hui. Dormez en paix cher père, que le Tout Puissant vous récompense par son paradis. Nous avons hérité de vous le sens du travail bien fait. Vos conseils, encouragements et bénédictions nous ont permis d'être là où nous sommes aujourd'hui. Recevez ici, tous les honneurs de ce travail. Soyez rassuré de notre profonde reconnaissance.

- A notre épouse Mariam BERTHE

Tu as été toujours un soutien pour nous pendant les moments difficiles.

Tu as aussi contribué chère épouse à la bonne réussite de ma formation et à la réalisation de ce travail.

Les mots nous manquent aujourd'hui pour te dire toute notre reconnaissance.

Mes frères et sœurs :Yacouba, Django, Hawa,Sokona,Tiémoko,Sékou,Moussa merci tous pour votre contribution à notre formation.

- Nos enfants : Chers enfants Papa vous adore.

Notre souhait le plus ardent est de vous donner d'abord une bonne éducation et vous souhaiter une bonne santé et une longue vie. Nous vous souhaitons une bonne chance dans vos études.

SIGLES ET ABREVIATIONS

CHU-CNOS: Centre Hospitalier Universitaire- Centre National d'Odonto-Stomatologie

CHU-CNOS : Centre Hospitalier Universitaire Centre Nationale D'odonto-Stomatologie

DES: Diplôme d'Etudes Spécialisées

FMOS: Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

LN: Lambeau Nasogénien

LS : Lèvre Supérieure

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire

SNG: Sillon Naso génien

SCMF : Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale

USTTB: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako.

LISTE DES FIGURES

Figure n°1: Vue antérieure de la bouche montrant la configuration

Figure n°2: Modiolus

Figure n°3: Muscles des lèvres

Figure n°4: Muscles de la face

Figure n°5: Muscles de la lèvre supérieure

Figure n°6 : Vascularisation Artérielle de la face

Figure n°7: Innervation de la face

Figure n°8: Dimensions du lambeau

Figure n°9 : Illustration en cas de pédicule latéral

Figure n°10 : Le lambeau est disséqué avec précaution au niveau de son pédicule vasculaire, avant d'être tunnelisé puis translaté vers la perte de substance endo-buccal

Photon°1: Patiente à l'admission

Photon°2: Installation de la patiente sous anesthésie générale

Photon°3: Dessin de l'incision

Photon°4: Incision

Photon°5: Exérèse de la tumeur

Photon°6: Pièce Opératoire

Photon°7: Fermeture de la plaie

Photon°8: Infection de la plaie

Photon°9: Cicatrisation de la plaie à 3 mois

SOMMAIRE

1.Introduction :.....	5
2.Rappels	7
Définition :	
Anatomie :.....	
Classification :	
Epidémiologie :	
Diagnostic :	
Traitement :	
3.Observation	29
4.Discussion	41
5.Conclusion	44
6.Recomandations	46
7.Références	48
Résumé	52

INTRODUCTION

Le mélanome de la lèvre supérieure est une tumeur qui se développe à partir des cellules pigmentaires de la lèvre supérieure dérivant des crêtes neurales[1].

Le mélanome cutané a pour origine la transformation tumorale des mélanocytes, des cellules pigmentées qui produisent la mélanine et la transmettent aux kératinocytes environnants de la peau, des poils et des cheveux. La fonction principale de la mélanine est de protéger les cellules et leur ADN des dommages causés par les ultraviolets. Le mélanome est le cancer cutané le plus agressif. Son incidence n'a cessé d'augmenter au cours des dernières décennies. Les progrès de la recherche fondamentale ont cependant permis d'obtenir une meilleure compréhension des événements moléculaires et cellulaires responsables de l'initiation et de la progression des mélanomes[2]. La prise en charge chirurgicale a entraîné une perte de substance labiale supérieure. Elle a été reconstruite à l'aide d'un lambeau nasogénien.

Le lambeau nasogénien est un lambeau au hasard de rotation dont la vascularisation provient du plexus vasculaire dermique et sous-cutané qui est très riche, il peut être à pédicule supérieur ou inférieur [3].

Le lambeau nasogénien est surtout indiqué dans la reconstruction du nez, la reconstruction de la perte de la substance alvéolaire, la reconstruction du plancher buccal, la reconstruction de la perte de substance jugale, la reconstruction de la perte de substance palatine et la reconstruction de la lèvre inférieure. Nous n'avons pas trouvé d'étude portant son utilisation dans la lèvre supérieure ni dans les pays développés, ni dans les pays en développement comme le Mali. C'est ainsi que cette étude a été initiée et qui a pour but de rapporter un cas de reconstruction de la lèvre supérieure par le LN après exérèse carcinologique d'un mélanome.

RAPPELS

2.RAPPELS[2,7,10,19, 23, 24]

2-1-Définitions :

Le mélanome est une tumeur qui se développe à partir des cellules pigmentaires dérivant des crêtes neurales. Les mélanomes buccaux constituent 0,4 à 8 % de l'ensemble des tumeurs mélaniques [24].

Le lambeau naso-génien est un lambeau musculo-cutané pédiculé sur l'artère faciale. Il est fiable, très plastique et parfaitement adapté à la reconstruction en un temps des pertes de substance bucco-pharyngées ou facio-cutanées. Ce chapitre traite principalement de son intérêt dans la prise en charge des pertes de substance muqueuse [2].

2-2 Anatomie

Les lèvres sont constituées de toutes les parties molles qui forment la paroi antérieure de la cavité buccale. Elle est située à la partie médiane de l'étage inférieur de la face.

2-2-1 Limites des lèvres

La lèvre supérieure est limitée :

- En haut par une ligne horizontale qui passe par le seuil narinaire et le pied de la columelle. Et latéralement par les deux sillons nasogéniens.

2-2-2 Morphologie labiale

L'épaisseur, la coloration et la longueur des lèvres en extension maximale varient selon l'origine ethnique des individus. Le vermillon est rouge chez les sujets à peau claire. Il est pigmenté chez les sujets de couleur. On distingue :

➤ La lèvre blanche :

Son revêtement extérieur est cutané. Il donne la hauteur à la lèvre.

Supérieure : Elle présente une dépression médiane : le philtrum, bordé par les crêtes philtrales. Chez l'homme, elle présente de nombreux éléments pileux. La hauteur de la lèvre blanche va en augmentant depuis la crête philtrale jusqu'à la commissure.

➤ **Lèvre rouge :**

Elle représente le bord libre de la lèvre. On lui distingue deux portions :

- Une portion interne muqueuse ou lèvre humide. Elle est en continuité avec la muqueuse buccale.
- Une portion externe semi-muqueuse ou lèvre sèche qu'on appelle vermillon. Il est dépourvu de glandes salivaires. Sa limite postérieure est définie par le point de contact entre les deux lèvres quand la bouche est fermée. Au niveau de la lèvre supérieure, il existe un petit tubercule médian qui répond à une légère dépression de la lèvre inférieure.

➤ **Ligne de jonction cutané-muqueuse :**

Elle sépare la lèvre blanche de la lèvre rouge. Elle est saillante et nette. Cette ligne est incurvée à la partie médiane de la lèvre supérieure selon l'arc de Cupidon qui répond au philtrum et sous lequel siège le tubercule médian quand il existe. À cet arc correspond une légère incurvation inverse à la lèvre inférieure.

➤ **Commissures labiales**

Zones d'union de la lèvre supérieure et inférieure, elles se réunissent en s'amincissant.

Elles sont caractérisées par leur aptitude au déplacement liée à une réserve d'étoffe cutanée et muqueuse. Chaque commissure est bordée par une petite éminence cutanée sur laquelle se termine le sillon nasogénien.

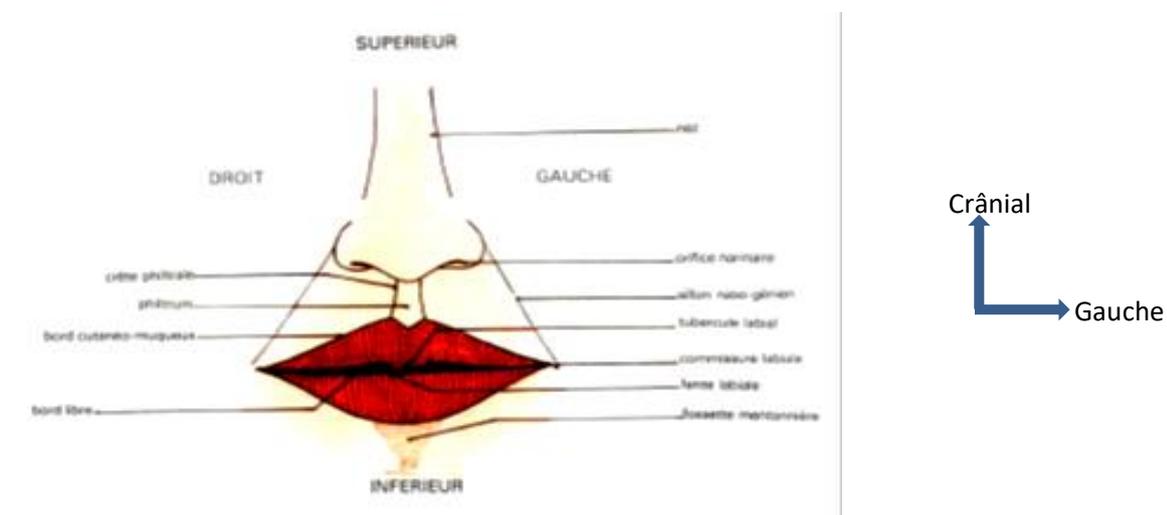


Figure 1 : Vue antérieure de la bouche montrant la configuration[7]

2-2-3 Constitution :

Les lèvres sont formées de la superficie vers la profondeur par les éléments suivants :

➤ **La peau :**

Le revêtement cutané de la lèvre blanche est épais. Il donne insertion par sa face profonde aux muscles peauciers

➤ **Le plan musculaire :**

L'architecture musculaire des lèvres s'organise autour de l'orbiculaire et du modiolus. Les muscles des lèvres sont tous des muscles peauciers innervés par le nerf facial. On en distingue deux groupes : les muscles constricteurs et les muscles dilatateurs. L'orbiculaire des lèvres occupe l'épaisseur des 2 lèvres, c'est un muscle constricteur puissant, elliptique qui circonscrit l'orifice buccal.

- **Les muscles constricteurs :** Ils sont représentés par :
- L'orbiculaire des lèvres (pars labialis orbicularis oris)

Il est disposé concentriquement autour de l'orifice buccal. On lui distingue 2 parties :

- Centrale, ou « orbiculaire interne », situé le long du bord libre.
- Périphérique ou « orbiculaire externe », qui comprend des fibres extrinsèques s'insérant à la face profonde de la peau, et des fibres intrinsèques qui s'insèrent sur l'os alvéolaire des maxillaires et de la mandibule. (A noter que ces fibres sont faites de la terminaison de fibres musculaires dilatatrices de la bouche).
- Le compresseur des lèvres ou muscle de Klein Ce sont de petits faisceaux musculaires antéro-postérieurs tendus entre la face profonde de la peau et de la muqueuse à travers les fibres de l'orbiculaire. Il est surtout développé chez le nouveau-né (c'est le muscle de la succion).

Le muscle orbiculaire est le plus important dans la chirurgie des lèvres puisqu'il forme une sangle dont la restauration de la continuité doit être une priorité.

- **Les muscles dilatateurs**

Ils sont disposés en 2 plans :

❖ Superficiel :

- Le releveur superficiel de l'aile du nez et de la lèvre supérieure (levator labii superioris alaeque nasi) ;
- Le releveur profond de l'aile du nez et de la lèvre supérieure ;

- Le petit et le grand zygomatique (zygomaticus minor et major) ;
- Le risorius ;
- Le triangulaire des lèvres (depressor anguli oris) ;
- Le peaucier du cou (platysma) ;
- ❖ Profond :
 - Le canin (levator anguli oris)
 - Le buccinateur (buccinator)
 - Le carré du menton (depressor labii inferioris)
 - Les muscles de la houppe du menton.

La majorité des muscles dilatateurs convergent vers la commissure labiale, où ils s'entrecroisent et constituent le modiulus, adhérent au derme commissural.

2-2-4 Le modiulus

Il est formé par la réunion vers le derme de la commissure labiale des muscles petit et grand zygomatique, canin, risorius et orbiculaire. Il a la forme d'un cône aplati d'environ 1cm d'épaisseur dont la base repose sur la muqueuse et le sommet arrondi se trouve sous la panicule adipeuse. C'est un point d'amarrage qui permet la mise en tension des lèvres et qu'il faut tenter de reconstruire.

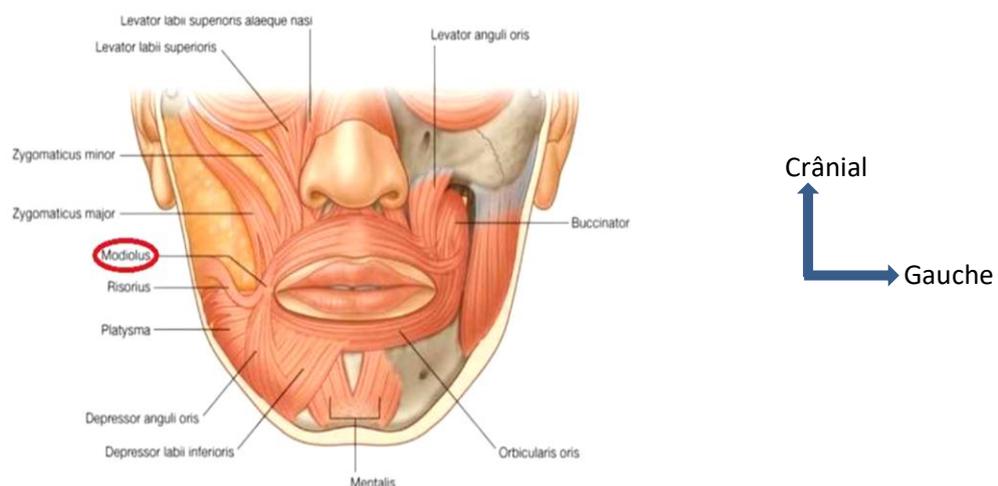


Figure 2 :Modiulus[7]

2-2-5 La couche glandulaire

Au-dessous du plan musculaire, on rencontre dans du tissu peu dense, une couche de petites glandes salivaires.

2-2-6 La muqueuse buccale

Elle tapisse la face profonde du muscle buccinateur. Elle descend jusqu'au fond du vestibule pour se réfléchir sur la face externe des maxillaires qu'elle tapisse pour former l'encive.

Cette muqueuse est souple, élastique, facile à individualiser, ces propriétés permettent sa mobilisation lors de la chirurgie endobuccale.

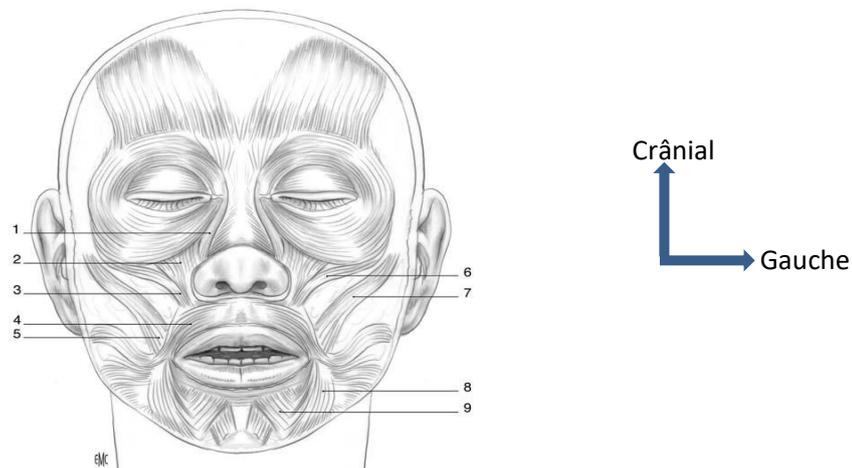


Figure 3 : Muscles des lèvres(7)

1. Releveur profond de la lèvre supérieure
2. Releveur superficiel de l'aile du nez et de la lèvre supérieure
3. Muscle canin ;
4. Orbiculaire des lèvres (externe)
5. Orbiculaire des lèvres (interne)
6. Petit zygomatique
7. Grand zygomatique ;
8. Carré du menton
9. Triangulaire des lèvres.[7]

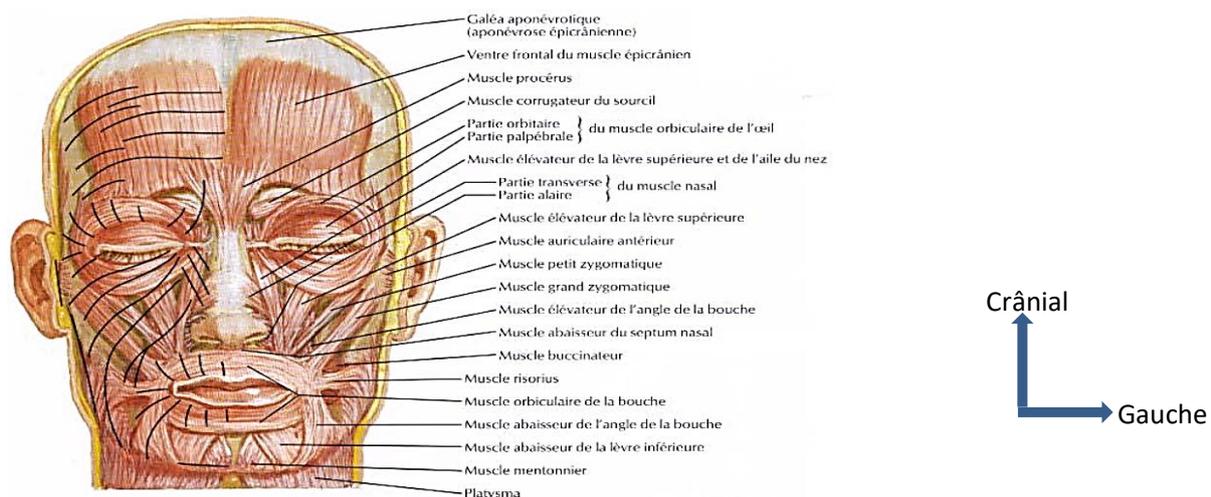


Figure 4 : Muscles de la face[7]

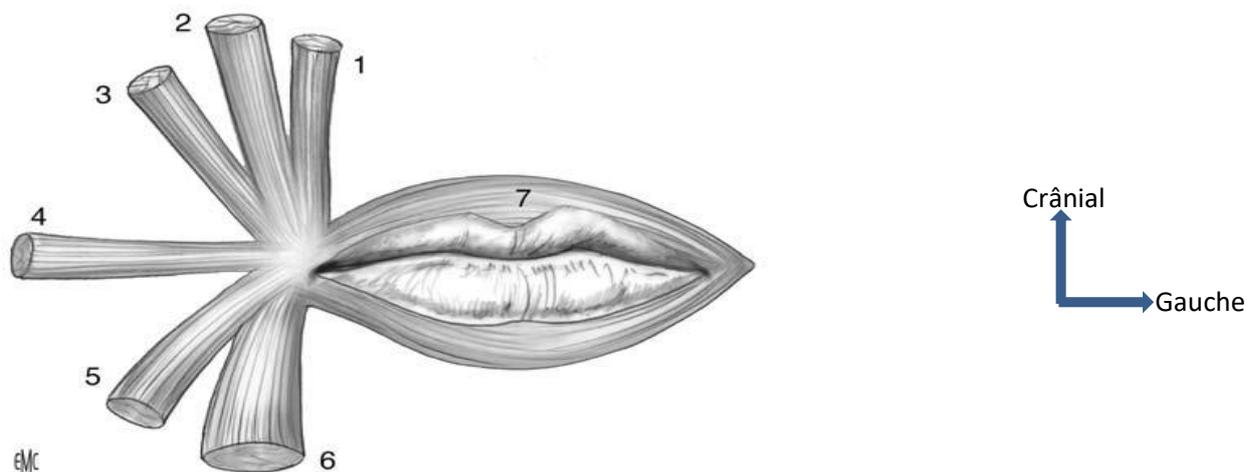


Figure 5 : Muscles de la lèvre[7]

1. Muscle canin
2. Petit et grand zygomatiques
3. Risorius ;
4. Platysma ;
5. Triangulaire ;
6. Orbiculaire externe
7. Orbiculaire interne

2-2-7 Vascularisation

L'artère faciale et la veine faciale composent le pédicule principal du lambeau nasogénien.

L'artère est issue de l'artère carotide externe, et répond latéralement au ventre postérieur du muscle digastrique. Elle présente un trajet sinueux, contourne la glande submandibulaire puis s'infléchit sur le bord basilaire de la mandibule au niveau de l'encoche pré-massétéline en avant du muscle masséter. Elle chemine ensuite en direction de la commissure labiale, longe l'aile nasariaire jusqu'au canthus médial. Sa longueur moyenne est de 12 cm, son diamètre moyen au rebord mandibulaire est de 2,8 mm chez l'adulte. Au niveau du visage, elle se situe sous les muscles risorius, LLSAN, LLS et zygomatiques et au-dessus des muscles buccinateur et levator anguli oris.

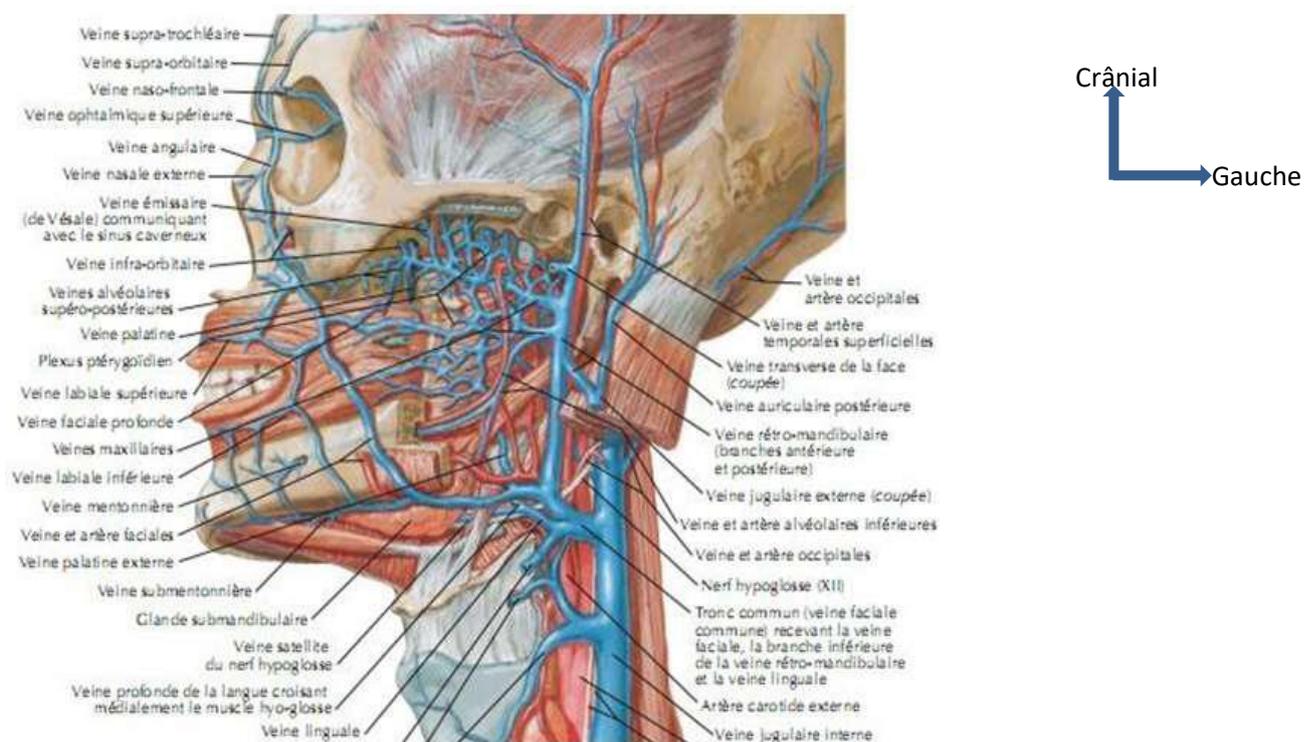


Figure 6 : Vascularisation Artérielle de la face[7]

Koh et al. décrivent une distance moyenne entre l'angle mandibulaire et l'artère faciale de 27 mm, et de 44,8 mm avec le stomion (point médian de contact entre les lèvres). Yang et al. rapportent que la distance moyenne entre l'artère faciale et la commissure labiale homolatérale varie entre 8,5 et 13,5 mm, et celle entre l'artère faciale et le rebord alaire entre et 3,2 et 12,1 mm. Entre ces deux points, l'artère faciale serait légèrement médiale au SNG dans 42% des cas, latérale

dans 23% des cas ou le traverserait dans 33% des cas. 65,5% des artères faciales étudiées sont médiales dans l'article de Kosiej et al. Koh et al. Ne retrouvent pas de différence significative selon la latéralité, mais la distance entre le seuil narinaire et l'artère faciale était significativement plus grande chez les hommes que chez les femmes.

Les différents trajets de l'artère faciale et leur pourcentage selon l'étude de Yang et al.

On lui décrit classiquement les collatérales suivantes :

- l'artère palatine ascendante,
- l'artère tonsillaire,
- l'artère sous-mentale,
- les artères labiales inférieure et supérieure,
- l'artère alaire inférieure,
- l'artère latérale nasale,
- l'artère angulaire,
- l'artère dorsale du nez.

Les variations anatomiques sont fréquentes. L'artère faciale se termine classiquement en s'anastomosant, via l'artère angulaire, avec l'artère dorsale du nez qui fait suite à l'artère ophtalmique et l'artère carotide interne. L'anastomose artérielle entre ces deux réseaux, bien que variable comme nous le verrons ci-dessous, est primordiale à connaître et explique le risque de cécité décrit après injections de produits de comblements à ce niveau. [10]

Plusieurs classifications ont été décrites, en fonction des différentes terminaisons de l'artère faciale. Pilsel et al. Proposent:

Classification des terminaisons retrouvées dans l'étude de Pilsel et al.

A : Type 1 : schéma classique avec terminaison de l'artère faciale en artère angulaire ;

B : Type 2 : l'artère faciale se termine en artère nasale latérale ;

C : Type 3 : l'artère faciale se termine au niveau de l'artère labiale supérieure ;

D: Type4 : l'artère faciale se divise en une branche antérieure et une branche postérieure [10].

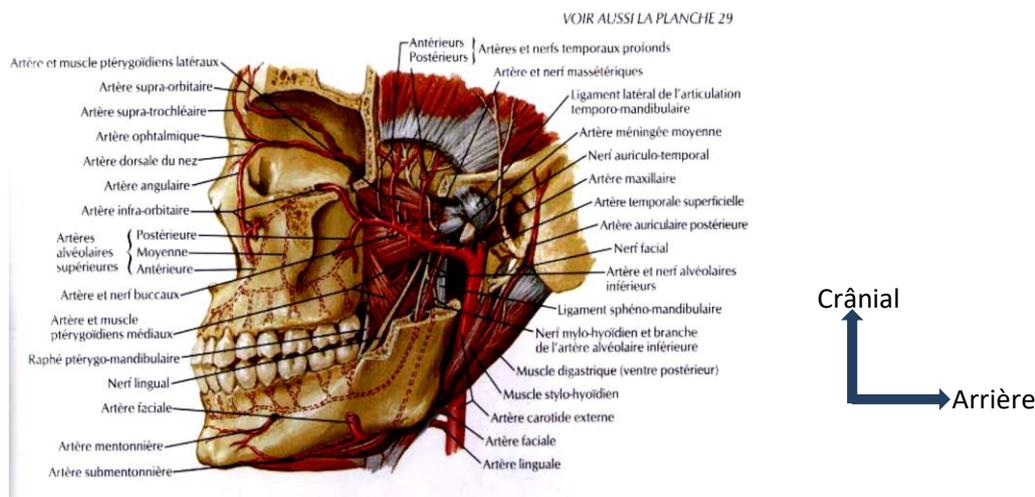


Figure 7 : Vascularisation artérielle[10]

➤ Drainage lymphatique

Très importante à connaître, en raison du curage ganglionnaire souvent nécessaire dans les tumeurs malignes.

Les lymphatiques des lèvres naissent de deux réseaux ; le réseau cutané et le réseau muqueux, qui s'anastomosent sur le bord libre des lèvres [7].

➤ Les lymphatiques de la lèvre supérieure :

Le drainage lymphatique de la partie latérale de la lèvre supérieure et de la commissure labiale s'effectue de façon homolatérale vers les ganglions pré-auriculaire, sous digastrique, sous-mentaux et sous-maxillaires [7].

2-2-8 Innervation

Le SNG est innervé à la fois par des fibres sensibles et motrices :

- l'innervation sensitive est assurée par des branches maxillaire et mandibulaire, divisions du nerf trijumeau.
- l'innervation motrice est assurée par le nerf facial. Les rameaux zygomatique et buccal se partagent l'innervation des muscles du SNG [10].

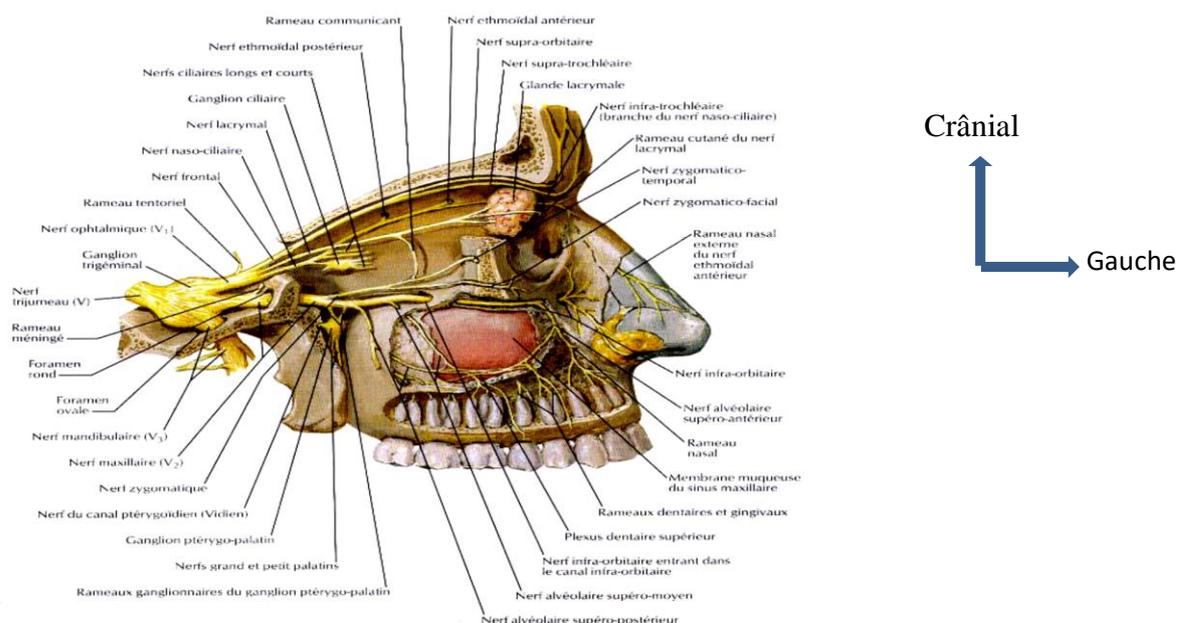


Figure 8 : Innervation de la face[10]

3 Classification de Clark

Le niveau de Clark est utilisé avec l'indice de Breslow pour quantifier l'invasion en profondeur des mélanomes et depuis 2009 du carcinome épidermoïde invasif cutané (carcinome spinocellulaire) (OMS 2009).

Cinq niveaux ont été définis :

- niveau 1 : tumeur confinée à l'épiderme (mélanome in situ)
- niveau 2 : invasion du derme papillaire
- niveau 3 : invasion de la jonction du derme papillaire et du derme réticulaire
- niveau 4 : invasion du derme réticulaire
- niveau 5 : invasion de la graisse hypodermique (hypoderme) [2].

4 EPIDEMIOLOGIE [19-23]

Le mélanome représente entre 2 et 3 % de l'ensemble des cancers. Le mélanome cutané se situe au 8ème rang des cancers chez l'homme et au 6ème rang chez la femme. Les deux tiers de ces cancers sont liés à des expositions excessives au soleil, principalement des expositions intermittentes et intenses pendant l'enfance.

Les derniers chiffres publiés par Santé publique en 2019, font état de 15 513 nouveaux cas de mélanome de la peau recensés en France.

Le mélanome cutané est le premier des cancers en termes d'augmentation de fréquence. Chez l'homme, le nombre de cas incidents de mélanome cutané a été multiplié par 5 (+371 %) entre 1990 et 2018. Chez la femme, il a été multiplié par 3 (+189 %) entre 1990 et 2018. Le pic d'incidence se situe entre 40 et 50 ans. L'âge moyen au diagnostic est de 60 ans, chez la femme et de 66 ans chez l'homme. Le mélanome survient à tout âge et c'est le cancer le plus fréquent de l'adulte jeune entre 25 et 50 ans dans la zone occidentale. Il reste exceptionnel avant l'âge de 20 ans.

Le nombre de décès en 2018 est estimé à 1 975 dont 57 % chez l'homme. Les taux de mortalité sont respectivement de 1,7 chez l'homme et 1,0 chez la femme. Les âges médians au diagnostic et au décès sont respectivement de 66 et 71 ans chez l'homme et de 60 et 73 ans chez la femme (*Globocan, 2018*). [19]

Le mélanome possède la plus forte augmentation d'incidence parmi tous les cancers. Dans les pays occidentaux, la fréquence des mélanomes est multipliée par deux tous les dix ans depuis 50 ans. Cette très forte augmentation a conduit à la mise en place d'importantes campagnes de prévention solaire dans la plupart des pays. Actuellement, ce cancer touche 15 personnes sur 100.000 par an. L'incidence de ce cancer est en forte augmentation pour les deux sexes depuis 1980 avec toutefois un petit ralentissement de cette croissance entre 2005 et 2012 (2,9 % et 1,7 % par an, respectivement, chez l'homme et chez la femme) (*Globocan, 2018*).

Selon la latitude géographique et l'origine ethnique des populations, l'incidence pour le mélanome est très variable (les données sont exprimées en nombre de cas pour 100 000 personnes):

- 0,4 cas en Afrique Noire

- 0,4 cas en Asie
- 11 cas en Europe (19 Europe de l'Ouest ; 5 en Europe de l'Est et du Centre)
- 13 cas en Amérique de Nord
- 34 cas en Australie et Nouvelle Zélande

Les pays avec le plus grand nombre de nouveaux cas sont de loin la Nouvelle-Zélande (35,1 nouveaux cas pour 100 000 personnes chez les hommes et 32.8 chez les femmes en 2000-2002), l'Australie et les États-Unis (*Globocan, 2020*) [19].

Le pourcentage de patients ayant une récurrence tardive est compris entre 0,8 et 6,6 % et le risque de récurrence est corrélé à l'indice de Breslow : 0,7-0,8 % à 5 ans si l'indice de Breslow < 0,75 mm et 4,7 % s'il est compris entre 1,5 et 4 mm ; 4 % à 10 ans si l'indice de Breslow < 1,5 mm et 6 % s'il est > 1,5 mm [23].

5- DIAGNOSTIC : [23]

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). Les membres du groupe de travail précisent que les dermatologues français utilisent de manière consensuelle la règle abécédaire ; 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).

La règle ABCDE (Se = 0,57-0,90 / Spe = 0,59-1) et la liste révisée en 7 points du groupe de Glasgow (Se = 0,95-1 / Spe = 0,28-0,75) ont une sensibilité (Se) et une spécificité (Spe) élevées sous réserve que le médecin ait une bonne connaissance de la sémiologie des mélanomes. Le niveau d'expérience et la formation augmentent sa performance diagnostique. La méthode cognitive visuelle semble avoir des résultats intéressants sous réserve d'une éducation à la reconnaissance visuelle. Des études de validation sont nécessaires pour vérifier sa pertinence d'utilisation chez les praticiens (médecins généralistes, médecins du travail) par comparaison aux méthodes analytiques. L'identification d'un mélanome par l'examen clinique reste difficile pour les mélanomes de petite taille (< 6 mm) et pour les formes nodulaires qui ne rentrent pas dans le champ de la règle ABCDE. Le diagnostic différentiel est difficile pour les mélanomes non pigmentés, les nævus atypiques, les lésions de kératose séborrhéique, les carcinomes basocellulaires « tatoués », les histiocytofibromes pigmentés ou les angiomes thrombosés [23].

6-TRAITEMENT

Le traitement du mélanome présenté dans ce chapitre ne concerne que les mélanomes primitifs (formes non métastasées de stades I et II de l'AJCCvi) pour lesquels l'objectif est l'exérèse chirurgicale avant la dissémination des cellules malignes, le mélanome à un stade évolué n'étant pas curable. Entre 1995 et 2006, neuf recommandations sur le traitement du mélanome ont été identifiées par la recherche documentaire : trois recommandations françaises : une conférence de consensus publiée en 1995 sur le Suivi des patients opérés d'un mélanome de stade I, des Standards, options et recommandations pour la prise en charge des patients adultes atteints d'un mélanome cutané publiés en 1998 et en 2005 ; une recommandation écossaise publiée par le Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) en 2003 ; deux recommandations anglaises publiées en 2002 et en 2006 ; une recommandation américaine publiée par le National Comprehensive Cancer Network (NCCN) en 2004 .

Le traitement du mélanome présenté dans ce chapitre ne concerne que les mélanomes primitifs (formes non métastasées de stades I et II de l'AJCCvi) pour lesquels l'objectif est l'exérèse chirurgicale avant la dissémination des cellules malignes, le mélanome à un stade évolué n'étant pas curable. Entre 1995 et 2006, 9 recommandations sur le traitement du mélanome ont été

identifiées par la recherche documentaire :trois recommandations françaises : une conférence de consensus publiée en 1995 sur le Suivi des patients opérés d'un mélanome de stade I , des Standards,options et recommandations pour la prise en charge des patients adultes atteints d'un mélanome cutané publiés en 1998 et en 2005; une recommandation écossaise publiée par le Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) en 2003; deux recommandations anglaises publiées en 2002 et en 2006 ; une recommandation américaine publiée par le National Comprehensive Cancer Network (NCCN) en 2004 [23] .

6-1 Traitement chirurgical[1, 4, 23]

L'exérèse chirurgicale, pratiquée en deux temps, est le seul traitement curatif pour les mélanomes primitifs. Un bilan d'extension n'est pas nécessaire en cas de mélanome in situ. L'exérèse du ganglion sentinelle est discutée.

- L'exérèse complète du mélanome permet d'effectuer un examen anatomopathologique et d'obtenir un indice de Breslow fiable car mesuré sur la totalité de la tumeur.
- Une reprise d'exérèse sera réalisée pour tout mélanome confirmé par l'examen anatomo-pathologique, le plus précocement possible après la première chirurgie.
- La reprise d'exérèse respecte une marge de sécurité selon la valeur de l'indice de Breslow. Les recommandations françaises et internationales ne sont pas en cohérence en ce qui concerne la valeur de cette marge,· une marge d'exérèse supérieure à 3 cm n'améliore pas le pronostic des mélanomes dont l'épaisseur est comprise entre 1 et 4 mm par rapport à une marge de 1 à 2 cm

(Aucune différence significative en termes de survie globale ou de survie sans récidence) ; les données disponibles ne permettent pas de déterminer les marges d'exérèse optimales, en termes de bénéfices/risques, pour des mélanomes dont l'épaisseur est

Supérieure à 4 mm, ainsi que pour les mélanomes in situ.

En ce qui concerne les marges d'exérèse pour le mélanome de Dubreuil, les SOR recommandent une marge de 1 cm. Si pour des raisons anatomiques ou fonctionnelles cela est impossible, les SOR préconisent des marges de 0,5 cm associées à un contrôle histologique systématique des berges.

6-1-1 Efficacité du traitement

Les critères d'efficacité du traitement du mélanome sont la survie globale sans récurrence, le taux de récurrence locorégionale ou à distance

6-1-2 Survie globale après traitement

Dans les recommandations issues de la conférence de consensus de l'Andem en 1995, il était précisé que la survie d'un patient traité pour un mélanome était de 74 à 80 % entre 5 et 10 ans.

- Les données des registres de surveillance des principaux cancers en France rapportaient un taux de survie à 5 ans des patients traités pour un mélanome (tous stades confondus) de 77 % (taux standardisé sur l'âge).
- Une étude évaluant la relation entre l'indice de Breslow et la survie à 5 ans après traitement rapporte un taux compris entre 45 % pour un mélanome de stade T4 avec ulcération et 95 % pour un mélanome de stade T1 sans ulcération.

2-Risque de récurrence

L'évolution et les complications sont le risque de récurrence locale, régionale ou à distance lié à la capacité de métastaser des mélanomes. Le pouvoir métastatique du mélanome est observé dès sa phase invasive, c'est-à-dire dès le franchissement par les cellules malignes de la jonction dermo-épidermique. Les récurrences peuvent survenir plus de 10 ans après le traitement du mélanome initial.

Le pourcentage de patients ayant une récurrence tardive est compris entre 0,8 et 6,6 % et le risque de récurrence est corrélé à l'indice de Breslow :

· 0,7-0,8 % à 5 ans si l'indice de Breslow < 0,75 mm et 4,7 % s'il est compris entre 1,5 et 4 mm ; 4 % à 10 ans si l'indice de Breslow < 1,5 mm et 6 % s'il est > 1,5 mm [23]

A-Technique chirurgicale

1-Dessin du lambeau

L'incision est fusiforme, profitant des rides naturelles (*Figures 1, 4, 5*).

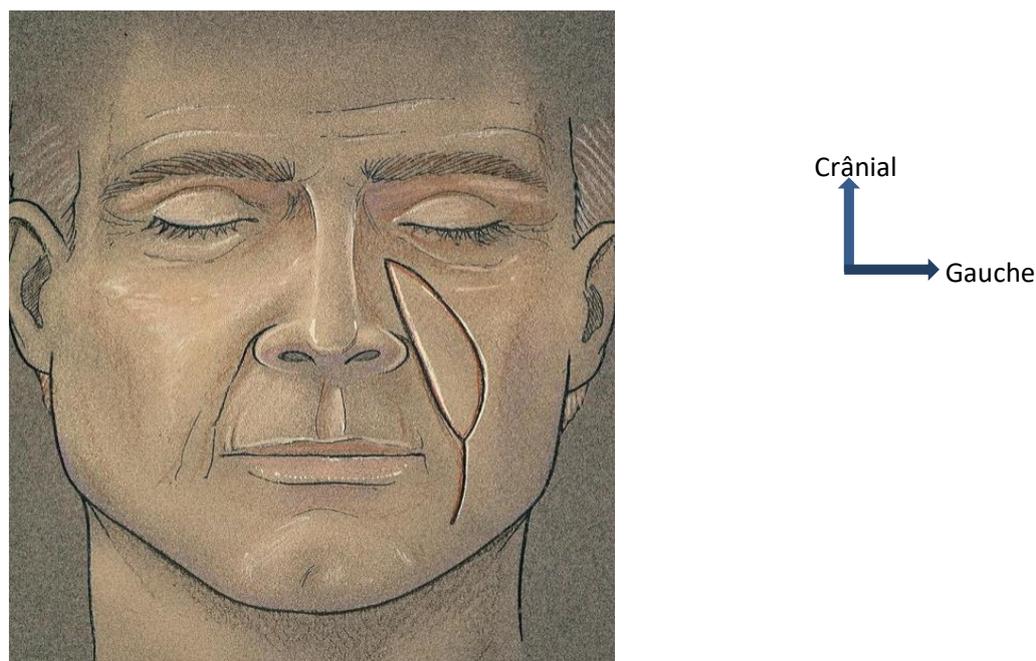


Figure 8 : Dimensions du lambeau(2)

Le recours à un mini-Doppler peut-être utile pour localiser et préciser le trajet anatomique de l'artère. La palette du lambeau est en moyenne de 6 cm de hauteur. La largeur varie de 2,5 à 5 cm en fonction de la laxité et de l'excès cutané. La limite haute du lambeau reste un peu à distance du canthus interne. La limite inférieure dépend elle de la nature de la perte de substance. Pour la reconstruction du plancher de la bouche, le prélèvement inférieur du lambeau s'approche de la mandibule, alors que pour celle de la région palatine, la dissection s'arrête à hauteur de la commissure labiale. [2]

On dessine le tracé de la palette cutanée avec un stylo dermatographique ou au bleu de méthylène, il est réalisé un peu en dehors du sillon nasogénien, d'après un patron de la perte de substance .le rapport longueur sur largeur peut atteindre 5/1 sans risque vasculaire. Une largeur allant jusqu'à 2,5 à 3 cm permet une reconstruction aisée, tout en gardant la possibilité d'une fermeture directe du site donneur[1].

2-Anesthésie

En fonction du siège de la pathologie au niveau de la face ainsi que du choix des patients, plusieurs types d'anesthésie ont été utilisés. Un seul patient (sujet âgé) a bénéficié d'une anesthésie générale avec hospitalisation pendant deux jours ; 39 sous anesthésie locale seule (xylocaïne 1% avec ou sans adrénaline).

L'infiltration se fait à l'aide d'une seringue intradermique, le plus souvent pour diminuer au maximum les sensations douloureuses ainsi que la lenteur de l'injection pour éviter la distension rapide et douloureuse. L'infiltration intéresse le tissu cellulaire partout où devront être créés des décollements, et doit être en couronne en évitant d'être en intra lésionnel. Elle doit être plus superficielle au niveau des tracés de l'incision[1].

3-Antibioprophylaxie :

Tous nos malades ont bénéficié d'une antibiothérapie par voie générale à base d'amoxicilline + inhibiteurs de Béta-lactames (à type d'acide clavulanique) au début de l'intervention, selon le protocole établi (lors de l'induction en cas d'anesthésie générale) [1].

4-Temps d'exérèse de la lésion :

Les tracés de l'excision de la lésion et du lambeau sont préétablis au stylo dermographique avant toute infiltration locale. La résection de la lésion se fait au bistouri froid, emportant d'emblée le quartier cutané et l'atmosphère sous cutanée en s'élargissant en profondeur ; et doit respecter impérativement les marges de sécurité qui dépendent des facteurs pronostics de chaque lésion[1].

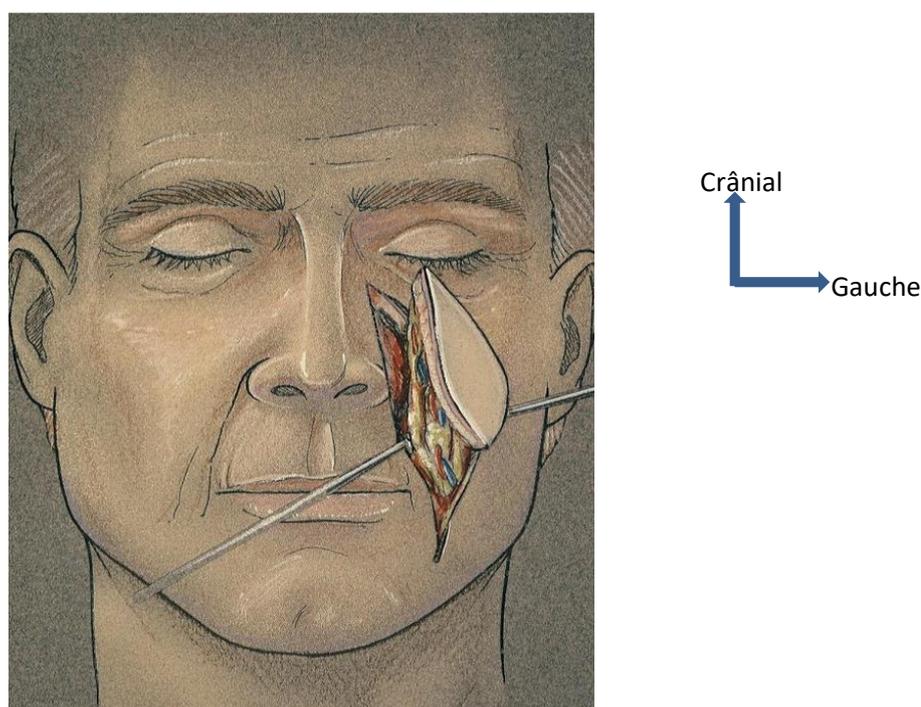


Figure 9: Illustration en cas de pédicule latéral(2)

2-Prélèvement du lambeau

L'incision est menée jusqu'au plan musculaire, de façon à avoir la sécurité vasculaire requise. Le prélèvement est effectué de haut en bas, à la face profonde du plan musculaire, après repérage du pédicule artérioveineux à la face profonde de la palette. L'ostium du canal parotidien est repéré et préservé. Le pédicule de l'artère labiale supérieure doit éventuellement être lié.

3-Mise en place

Le lambeau naso-génien musculocutané est isolé autour du pédicule vasculaire facial (Figures 5, 6, Case #6). Il est ensuite tunnelisé puis translaté vers l'espace buccal pour être positionné au niveau de la perte de substance. Dans les procédures en un seul temps, il est nécessaire de désépithélialiser la palette au niveau de sa zone de transfert depuis la joue vers la région bucco-pharyngée. En cas de reconstruction en plusieurs temps, le pédicule peut être sevré à distance, en conservant un délai nécessaire à l'autonomisation du lambeau (obtention de la néo-vascularisation).



Figure 10 : Le lambeau est disséqué avec précaution au niveau de son pédicule vasculaire, avant d'être tunnelisé puis translaté vers la perte de substance endo-buccal(2)

4-Fermeture du site donneur

La fermeture après rinçage au sérum est effectuée plan par plan par exemple au 4-0 Vicryl pour les plans profonds et avec un mono filament cutané pour assurer le bon affrontement des berges naso-géniennes. Le temps de fermeture se fait par avancement jugal en profitant de l'excès de tégument jugaux, de préférence dans un axe supéro-médian afin d'éviter les tensions excessives dans la région de la paupière inférieure [4].

5-Complications liées au traitement.

L'exérèse chirurgicale expose aux complications potentielles de toute chirurgie dermatologique : hématome, infection, désunion de la cicatrice, dommages sur les structures sous-jacentes, mauvaise qualité esthétique de la cicatrice, trouble de la pigmentation, cicatrice hypertrophique (chéloïde). L'impact de ces complications sur la qualité de vie du patient reste à évaluer [23].

5-1-Parésie labiale supérieure

La parésie labiale supérieure est la conséquence d'une atteinte distale des rameaux du VII destinés aux muscles labio-moteurs élévateurs (*zygomaticus major/minor, levator labii alique nasi, levator anguli oris*). Une atteinte musculaire directe est également possible lorsqu'une dissection et/ou une mobilisation extensive du lambeau sont nécessaires.

Les atteintes unilatérales n'ont le plus souvent pas de conséquences fonctionnelles graves. Par comparaison, les reconstructions hétérolabiales de type Abbé sont en général associées à une ré-innervation électromyographique (de 1 à 5 ans postopératoires) entre 80 et 100%. En revanche, les atteintes sévères bilatérales peuvent être source de dysfonctions cliniquement significatives. Il est habituel que la fermeture de la zone donneuse confère un effet liftant très favorable[4].

OBSERVATION

3. OBSERVATION

Il s'agissait de Mme **OD**, âgée de 32 ans, ménagère domiciliée à Bacodjicoroni reçue en consultation dans le service le 24/10/2019, adressée par un médecin pour prise en charge d'une ulcération de la lèvre supérieure. Elle est sans antécédent médico-chirurgicaux connus.

Le début de la symptomatologie remonterait à 4 ans environ marqué par l'apparition spontanée d'un nodule labial supérieur qu'il aurait considéré comme un furoncle et l'a rompu laissant souder un liquide sero-hématique. L'évolution a été marquée par l'apparition d'une plaie de la lèvre supérieure qui a augmenté progressivement de volume accompagné de douleur à type de brûlure, une éruption cutanée de type vésiculaire diffuse avec des prurits survenant de façon intermittente autour de la plaie. Devant ce tableau, elle a reçu des traitements traditionnels sans succès puis a consulté chez un médecin de la place où elle a reçu un traitement médical à base de Fluconazole 100mg comprimé n'entraînant pas d'amélioration. Devant la persistance des symptômes, elle fut référée dans le service de chirurgie pour une meilleure prise en charge.

A l'admission, la patiente avait un bon état général, index de performance OMS = 0.

A l'examen stomatologique, en exobuccal, il y avait une plaie ulcérobourgeonnante, crouteuse de la lèvre supérieure.

Ces lésions correspondent aux critères cliniques ABCDE décrites par Friedman, Thomas et Al:

Une 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) [23].

L'examen endobuccal et celui des autres appareils sont sans particularités.

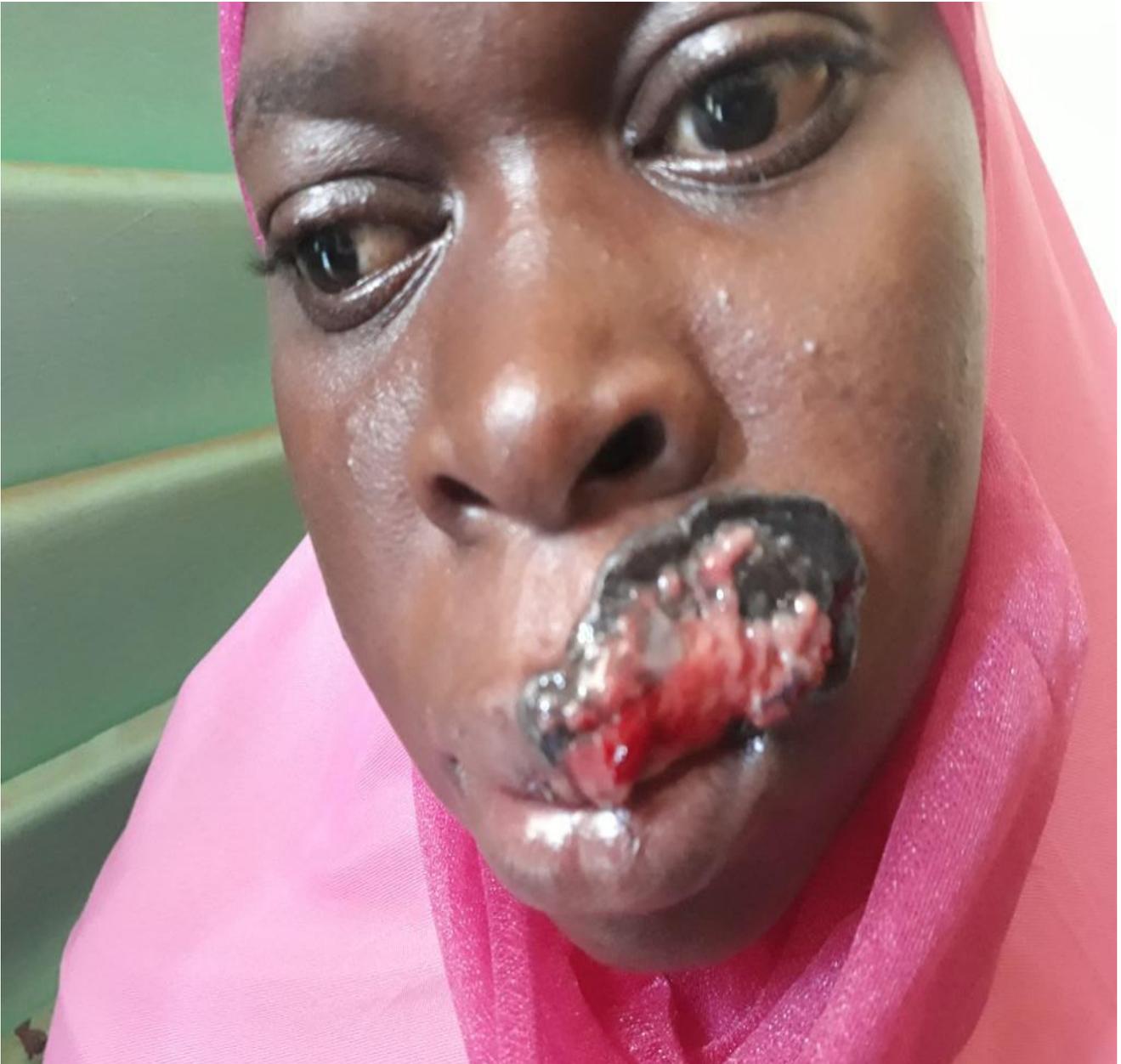
Devant ce tableau, l'hypothèse diagnostique de mélanome a été retenue et discutée en RCP le 28/10/2019.

Le bilan biologique (NFS, Groupage rhésus, Glycémie, SRV, Créatinémie, TP, TCK) réalisé est revenu sans particularité.

Après la consultation préanesthésique, elle a été opérée le 18/12/2019 et l'intervention a consisté en une exérèse carcinologique avec une marge de un centimètre (1cm). Elle a été suivie d'une reconstruction à l'aide d'un lambeau nasogénien.

L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a conclu à un Mélanome Clark V.

Photo 1 : Patiente à l'admission



L'évolution a été marquée par une suppuration de la plaie, traitée par antibiotiques antalgique à base de (Curam1g, Flagyl 500mg,Doliprane1g) et pansement chaque deux jours (2j).



Photo2 : Installation de la patiente sous anesthésie générale



Photo 3 : Dessin de l'incision



Photo 4 : Incision

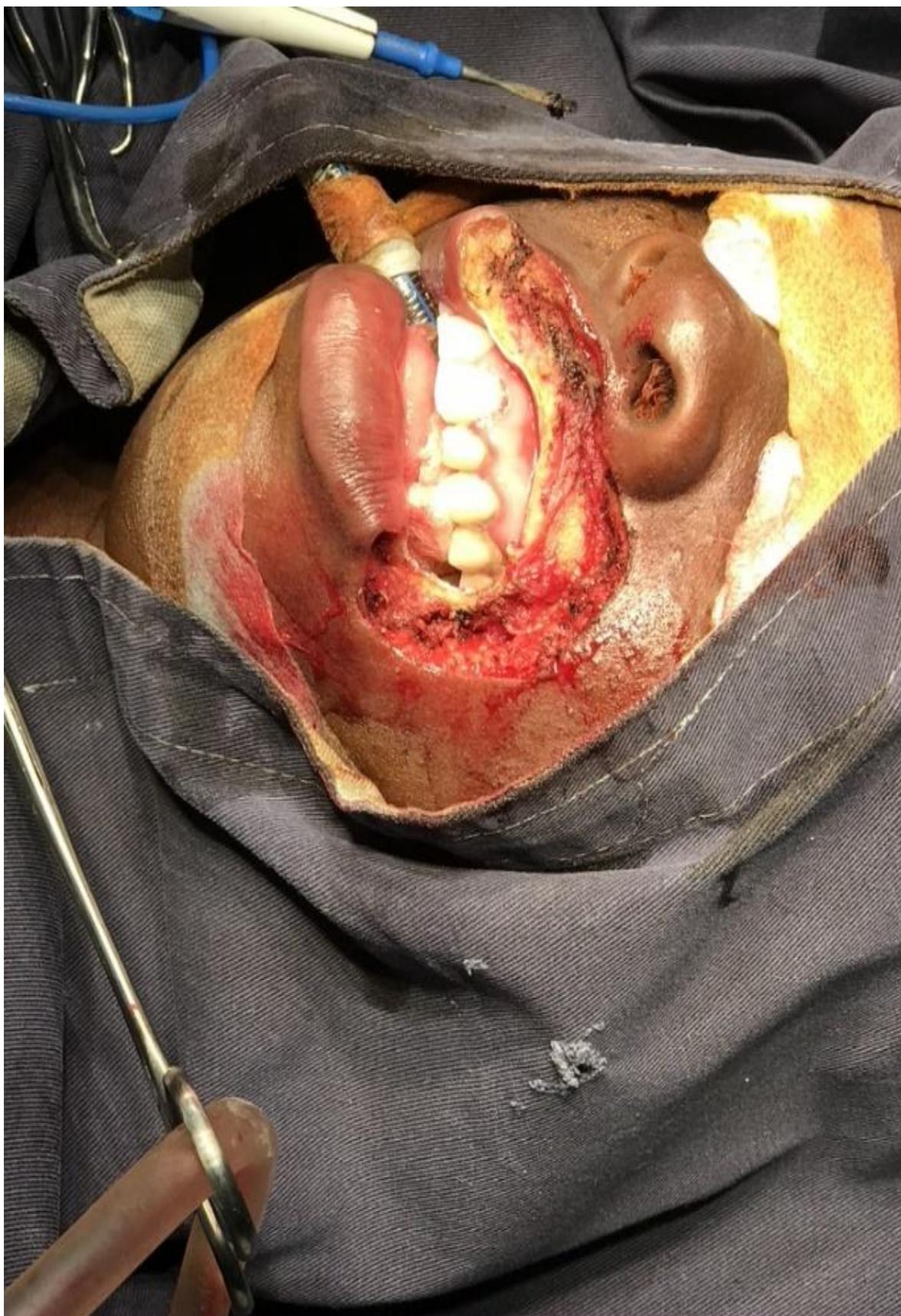


Photo 5 : Exérèse de la tumeur



Photo 6 : Pièce Opératoire



Photo 7 : Fermeture de la plaie

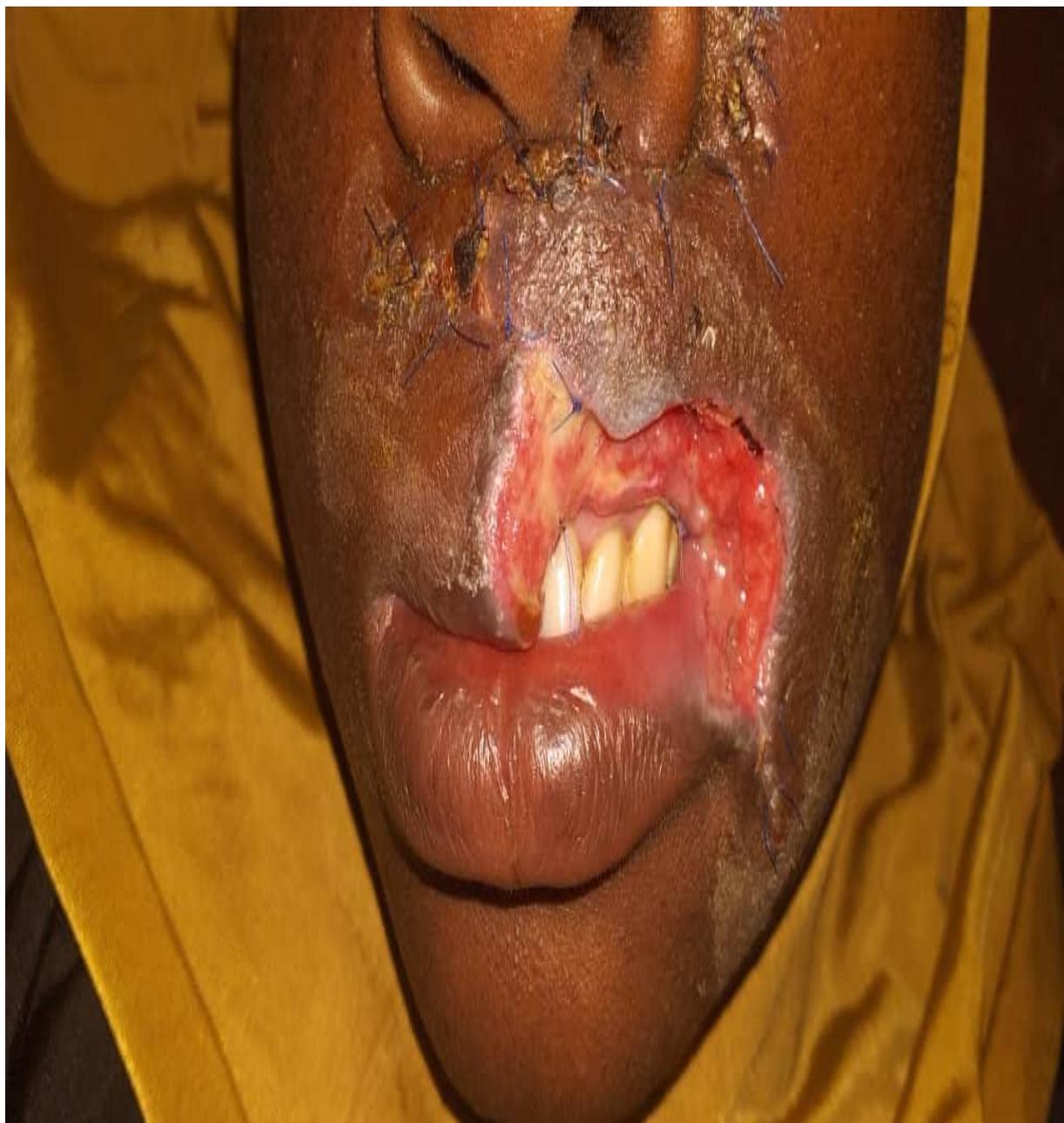


Photo 8 : Infection de la plaie

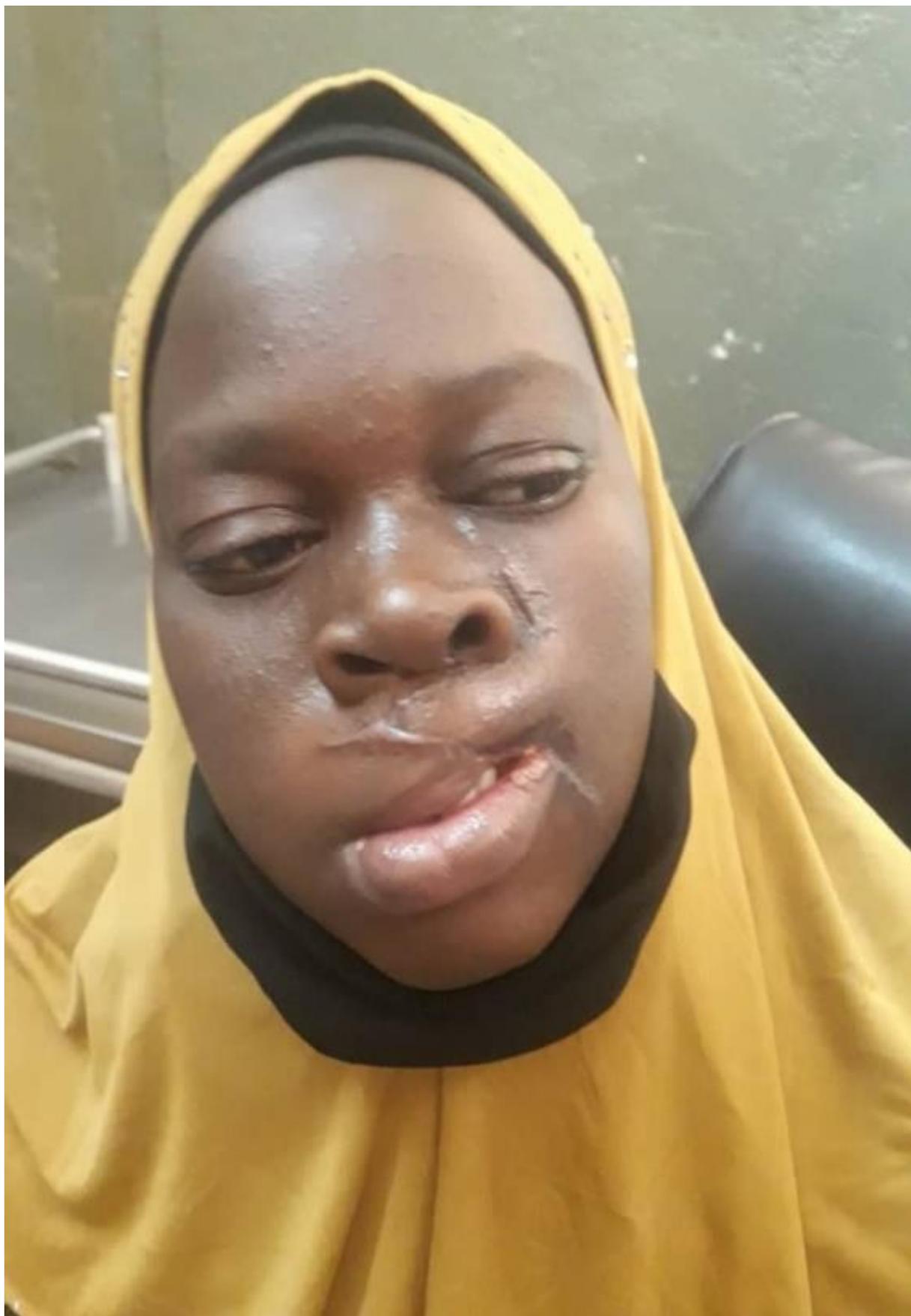


Photo 9 : Cicatrisation de la plaie à 3 mois

DISCUSSION

DISCUSSION :

Le mélanome représente entre 2 et 3 % de l'ensemble des cancers. Le mélanome cutané se situe au 8ème rang des cancers chez l'homme et au 6ème rang chez la femme. Les deux tiers de ces cancers sont liés à des expositions excessives au soleil, principalement des expositions intermittentes et intenses pendant l'enfance [19]. Le mélanome est une tumeur maligne dont la fréquence est élevée chez la peau blanche que chez la peau noire [21]. Elle s'explique par la diminution du taux de mélanine dans la peau. La fréquence du mélanome au niveau de la lèvre supérieure est moins importante que celle de la lèvre inférieure [25]. La moyenne d'âge est de 30,07 ans avec des extrêmes entre 1 et 70 ans. La tranche d'âge la plus touchée est celle comprise entre 19 et 45 ans (18/44 cas) soit 40,90%. Dans notre observation notre patiente était âgée de 32ans. L'atteinte de la tranche d'âge de 1-18 ans est de 15/44 cas (30,10%). Pour BERNIER et CLARK cités par E. MAHE, l'atteinte des sujets jeunes n'est pas rare : environ 71,00% dans leur observation pour les 20-44 ans [26]. Une prédominance masculine a été rapportée par certains auteurs [9] (86,3%) contre 13,7% des femmes. Notre patiente est de sexe féminin.

La localisation au niveau de la lèvre inférieure était la plus fréquente (72,8% des cas) [9]. Le siège au niveau de la lèvre supérieure représentait 9,1% des cas [9]. L'examen anatomopathologique a confirmé le résultat de mélanome Clark V dans notre cas. Le mélanome Clark I et II ont un niveau faible selon Tossou [22]. Le mélanome Clark III et V ont un niveau élevé selon Pitché [22].

Selon Diomandé 71% des cas avaient un niveau de CLARCK à IV et [22]. La prise en charge était essentiellement chirurgicale, la chimiothérapie étant inaccessible financièrement pour la plupart de nos patients. [22].

La radiothérapie a été bénéfique chez certains patients après quelques séances [16].

Après la prise en charge chirurgicale et les différents soins, elle n'a pas fait de traitement de chimiothérapie ni de radiothérapie.

Le LNG à pédicule inférieur est le plus utilisé. Il peut être d'avancement, de rotation ou de transposition, pour reconstruire des pertes de substances labiales latérales, centrales ou complètes, transfixiantes ou non. Le philtrum est reconstruit par tunnélisation de ce lambeau. Un triangle de décharge de « Burrow » peut s'avérer nécessaire afin de recréer le sillon péri-alair La pilosité

du site donneur rend ce procédé de reconstruction particulièrement intéressante chez l'homme [11].

Le lambeau nasogénien triangulaire à pédicule supérieure a été réalisé chez notre patiente.

Le problème des marges d'exérèse est délicat car il s'agit d'éviter un sacrifice inutile de peau saine en ayant des limites carcinologiques correctes en tenant compte de l'extension infra clinique.

- Carcinome basocellulaires : marge de 3-5 mm atteignant en profondeur l'hypoderme

- La marge de 8-10 mm en cas de carcinome basocellulaire sclérodermiforme

- Carcinome spinocellulaire : marge de 8-10 mm.

Pour une perte de substance de la lèvre supérieure située entre le tiers et les deux tiers, la méthode de réparation utilisée était un lambeau de Gillies.

Pour une perte de substance de la lèvre supérieure, supérieure à deux tiers, la méthode de réparation utilisée était un lambeau nasogénien[4].

Pour des pertes de substance au niveau de la lèvre inférieure, inférieures à un 1/3 la méthode la plus utilisée était la résection suture.

Pour une perte de substance de la lèvre inférieure située entre un tiers et deux tiers, la méthode la plus utilisée était le lambeau de Karapandzic dans trois cas, ainsi que le lambeau Nasogénien dans trois autres cas, suivis du lambeau de Gillies dans un cas.

Pour une perte de substance supérieure à un tiers, les méthodes les plus utilisées étaient le lambeau de Camille Bernard dans deux cas d'atteinte commissurale, le lambeau nasogénien dans un cas de commissure et un cas de lèvre inférieure, suivis du lambeau de Dufourmentel ou dans un cas pour réparer une perte de substance totale de lèvre inférieure [1].

CONCLUSION

CONCLUSION

Le lambeau naso-génien est un lambeau fiable et versatile. Sa description originelle est aisément réalisable et nous avons vu au cours de ce travail que de nombreux raffinements techniques ont été apportés permettant d'étendre ses indications. Il apparaît très avantageux pour les défauts de la partie inféro-latérale du nez. Son utilisation endobuccale offre une solution pour les patients fragiles, pour lesquels une intervention longue et fastidieuse n'est pas envisageable. Il reste un lambeau incontournable dans les pertes de substances oro-faciales avec une faible morbidité au site donneur.

RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATIONS

Au sortir de notre étude, nous pouvons formuler les recommandations ci-après :

A l'attention des autorités publiques :

- ❖ Généraliser la couverture sociale de la population ;
- ❖ Lutter contre la précarité

A l'attention de la population :

- ❖ Consulter précocement devant toute ulcération ;

A l'attention des médecins et des étudiants :

- ❖ Veiller à la tenue correcte des dossiers médicaux des patients ;
- ❖ Référer très tôt les patients

REFERENCES

- 1- Sofia H, Ishsane B Y, Loubna K, Latefa B.
Mélanomes de la cavité buccale : présentation de 3 cas. *Med Buccale Chir Buccale* 2011 ; 17:271-277.
- 2- Mona A A, onco-dermatologue, Centre Léon Bérard, Lyon le 08 sept. 2022 Vol. 100D : Rayonnements Cancer de la peau Mélanome.
- 3- Dilmi. M. Lambeaux naso-génien et leurs applications dans la chirurgie tumorale de la face : à propos de 40 cas. secteur médecine. Université Cadi Ayyad à Marrakech, 2011, N° 145.
- 4- Adenis J P, Albert, S, Bach C, Baujat B, Beauvillain de Montreuil C, Bernat I, Boudard P, et autres *Chirurgie plastique réparatrice de la face et du cou Volume 1. Société française de chirurgie plastique et esthétique de la face et du cou*, 2011, 413 pages.
- 5- Harry W, Scott S, James N. Lambeau naso-génien pour la reconstruction bucco pharyngée. *Atlas d'aces libre en chirurgie ORL et cervico-faciale*, 2017.
- 6- Laurent G, Pierre S, Hervé B. *Techniques en chirurgie maxillo-faciale et plastique de la face. Collège hospitalo-universitaire de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie. Springer Verlag France, Paris, 2010 ,328 pages.*
- 7- Binder J P, Revol M. Lambeau fasciocutanés. *Bibliothèque université UPM Montpellier*, 2016, Volume7, 11pages.
- 8- Rhili M. *Guide du résident pour la levée des lambeaux les plus utilisés en chirurgie réparatrice : bases anatomiques et étapes chirurgicales, secteur médecine. Faculté de médecine et de pharmacie Marrakech*, 2019, N°182.
- 9- Nisrine A *cancers des lèvres à propos de 22 cas médecine Marrakech Université Cadi Ayyad Année 2009 Thèse N° 50*
- 10- Joquet J, *Réparation des pertes de substance de la columelle*, 2000.
- 11- Mohamed A E, Abdenacer M, *Epithéliomas basocellaires de la face : prise en charge chirurgicale à propos de 45 cas et revue de la littérature, pan african medical journal*, 2014, service de chirurgie plastique, Réparatrice et des brulés, Hôpital militaire d'Instruction Mohamed V, Rabat, Maroc

- 12- Eric S D, Reconstruction des pertes de substance de la face, Revue d'Odonto-Stomatologie, 2007.
- 13- Bompy L, Versatilité du lambeau nasogénien, thèse Médecine, Université de Bourgogne UFR des sciences de santé, 2019.
- 14- Sbai A, Les rhinopoiées techniques et indications : expérience du service de chirurgie maxillo-facial et stomatologie de l'hôpital militaire Moulay Ismail de Meknès à propos de 159 cas, Université Sidi Mohamed de FES /Faculté de médecine, de pharmacie et de médecine dentaire, N°157/22 ,2022.
- 15- Kadre A K O, Mayaou A K, Djafarou, Moustapha H, Salami A, et Autres, (2021). Utilisation des lambeaux dans les pertes de substances maxillo-faciales : à propos de 32 cas au Niger. European Scientific Journal, ESJ, 17(17), 306.
- 16- Amine S, l'intérêt de la chirurgie micrographique de Mohs dans la prise en charge des carcinomes basocellaires : Expérience du service de dermatologie CHU-Hassan II-Fès-(à propos de 29 cas)(thèse) médecine, Université Sidi Mohamed Ben Abdallah/Faculté de médecine et de pharmacie,N° 092/18, 2018
- 17- Renwart. L, Nizet J-L. Comment je traite la reconstruction du Nez. Revue Med Liège 2015 ; 70 : 10 : 481-485.
- 18- Danic A. Lambeau clic création d'un outil en ligne d'aide au choix de la technique de reconstruction en chirurgie maxillo-faciale. Thèse médecine. Université de Strasbourg, Faculté de médecine de Strasbourg, N°126 ,2022.
- 19- Konimba C. Prise en charge chirurgicale du noma au centre hospitalier mère enfant le Luxembourg de Bamako : 30 cas. Thèse médecine Université de Bamako. Faculté de médecine, de pharmacie et d'Odonto-Stomatologie, 2011 ;
- 20- AnzouanK E, Assouan C, NguéssanD, Vieira S, Salami A, Konan E, Assa A. Utilisation des lambeaux dans les pertes de substance de la face au CHU de Treichville. Rev col odonto-stpmatol Afr Chir Maxillo-fac, 2015 vol 22, N°1, pp 41-4
- 21-Hérodote W T, Lambeau utilisés dans la réparation des pertes de substances maxillo-faciales : Indications, ecueils thérapeutique, thèse médecine, Université des sciences, des techniques et des technologies de Bamako, Faculté de Médecine et Odonto-Stomatologie, 2014

- 22-Franck G, Lionel L Le mélanome cutané Des modèles rationalisés aux soins des patients Med Sci (Paris) 2018 ; 34 : 407–416 n° 5, vol. 34.
- 23-Nina K-S1 , &, Nayi Z2, Edgar O2, Patrice T1, Muriel S O1, Léopold I1, Alban B1, MaryamS1, Djounitana D1, Fatou B-T1, Pascal N1, Adama T1 aspects épidémiologique, clinique et anatomopathologique du mélanome CHUYalgado Ouédraogo de Ouagadougou (Burkina Faso) Pan AfricanMedicalJournal.2015 ;20:220 doi:10.11604/pamj.2015.20.220.6351
- 24-Haute Autorité de santé - Service évaluation médico-économique et santé - Octobre 2006 Stratégie de diagnostic précoce du mélanome
- 25-Wallace H. Clark Jr, Lynn F, Evelina A. Bernardino M C. « The Histogenesis and Biologic Behavior of Primary Human Malignant Melanomas of the Skin », *Cancer Research*, n° 29, mars 1969, p. 705-727 .
- 26- Diombana M.L., Mohamed AG. A, Kushner H, Sine B. Penneau M. Tumeurs de la lèvre Et Des Joues au service de Stomatologie de l'Hôpital National de Kati (République du mali) - à propos de 44 cas médecine d'Afrique noire : 1996, 43 (8/9).

ANNEXES

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom: TRAORE

Prénom: MORIBA

Téléphone : (00223)76151287/69330437

Email: tmoriba981@gmail.com

Titre: Lambeau Nasogénien : Importance dans la Chirurgie du Mélanome de la lèvre Supérieure.

Lieu de dépôts : bibliothèque de la FMOS, bibliothèque du CHU- CNOS

Secteurs d'intérêt : Chirurgie maxillo-faciale, chirurgie reconstructive, Oncologie

RESUME

Introduction

L'objectif de ce travail était d'illustrer l'importance du lambeau nasogénien dans la reconstruction de la lèvre supérieure post exérèse tumorale.

Observation

Il s'agissait de Mme **OD**, âgée de 32ans, ménagère reçue en consultation dans le service le 24/10/2019 pour prise en charge d'une ulcération de la lèvre supérieure dont le début de la symptomatologie remonterait à 4 ans environ.

Elle est sans antécédent médico-chirurgicaux connu.

A l'admission, la patiente avait un bon état général, index de performance OMS = 0.

A l'examen stomatologique, en exobuccal, il y avait une plaie ulcérobourgeonnante, crouteuse de la lèvre supérieure

L'examen endobuccale et les autres examens sont sans particularités.

Après discussion du dossier en RCP le 28/10/2019 le diagnostic du mélanome a été retenu sur la base des arguments cliniques ABCDE.

Le bilan biologique réalisé est revenu sans particularité.

Après la consultation pré anesthésique, elle a été opérée et l'intervention a consisté en une exérèse carcinologique avec une marge de un centimètre (1cm). Elle a été suivie d'une reconstruction à l'aide d'un lambeau nasogénien.

L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a conclu à un Mélanome Clark V.

L'évolution a été marquée par une suppuration de la plaie, traitée par des antibiotiques.

Conclusion :

Le choix de la méthode et des modalités de reconstruction à l'aide du lambeau nasogénien doit se fonder non seulement sur la fiabilité et la faisabilité mais aussi sur le coût.

Mots clés : Lambeau, Nasogénien, Mélanome, Reconstruction.