

Case series

Epithéliomas basocellulaires de la face : prise en charge chirurgicale, à propos de 45 cas et revue de la littérature

Mohamed Amine Ennouhi^{1,&}, Abdenacer Moussaoui¹

¹Service de Chirurgie Plastique, Réparatrice et des Brûlés, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc

[&]Corresponding author: Mohamed Amine Ennouhi, Service de Chirurgie Plastique, Réparatrice et des Brûlés, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc

Key words: Epithélioma basocellulaire, face, chirurgie, anatomopathologie

Received: 03/08/2014 - Accepted: 14/09/2014 - Published: 25/09/2014

Abstract

L'épithélioma basocellulaire est de loin la tumeur épithéliale maligne la plus répandue. L'atteinte faciale représente plus de 65% des cas et constitue un facteur de risque de récurrence. L'objectif de notre travail est de rappeler les principes et modalités du traitement chirurgical. Sur une période de douze mois, nous avons pris en charge quarante-cinq patients atteints de carcinomes basocellulaires de la face. Le traitement chirurgical comprend deux volets : -carcinologique : emportant la tumeur et une marge de tissu sain ; -et une chirurgie réparatrice faisant appel à la suture cutanée directe ; greffes ou lambeaux loco -régionaux. L'examen histologique systématique des pièces opératoires permet la confirmation du diagnostic, le typage histologique et l'appréciation de la qualité de l'exérèse chirurgicale. Les résultats esthétiques sont jugés satisfaisants. Quant aux résultats carcinologiques, nous déplorons quatre récurrences. Le traitement chirurgical des épithéliomas basocellulaires est le seul garant de la guérison. Au niveau de la face, il faut trouver le meilleur compromis entre impératifs carcinologiques et esthétiques. L'amélioration des résultats passe par : la prévention, le dépistage précoce des lésions, la collaboration étroite des anatomo-pathologistes et la création de comités de concertation pluri -disciplinaire pour la prise en charge des cas difficiles.

Pan African Medical Journal. 2014; 19:80 doi:10.11604/pamj.2014.19.80.5187

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/19/80/full/>

© Mohamed Amine Ennouhi et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Introduction

L'épithélioma ou carcinome basocellulaire est de loin la tumeur épithéliale maligne la plus répandue ; et représente 75 % des cancers cutanés non mélaniques [1]. L'atteinte faciale représente entre 65% et 85% des cas [2,3] et constitue un facteur de risque de récurrence [4,5]. La chirurgie est le traitement de référence de cette lésion ; Elle permet un taux élevé de guérison, notamment par le contrôle histologique des marges. L'objectif de notre travail est de rappeler les principes et modalités du traitement chirurgical.

Méthodes

Sur une période de 12 mois, nous avons pris en charge 45 patients atteints de carcinomes basocellulaires de la face ; dont deux récurrences et un cas en poussée évolutive. Le traitement chirurgical ; conduit sous anesthésie locale, locorégionale ou générale comprend deux volets : carcinologique : l'exérèse tumorale emporte en périphérie une marge de sécurité variant de 3 à 10 mm. En profondeur, elle emporte l'hypoderme jusqu'à la première barrière anatomique exclue. Les pièces opératoires sont envoyées systématiquement au laboratoire d'anatomie pathologique. L'examen histologique, réalisé après fixation des pièces, permet : la confirmation du diagnostic, le typage histologique et l'appréciation de la qualité de l'exérèse chirurgicale. Pour des raisons techniques, liées à un effectif restreint du laboratoire d'anatomo-pathologie, aucun examen extemporané n'a pu être réalisé. -une chirurgie réparatrice faisant appel selon le besoin à une ou plusieurs techniques de réparation cutanée : cicatrisation dirigée, suture cutanée directe, greffes, lambeaux... Les patients sont revus à 3 mois, 6 mois et 1 an ; puis tous les ans.

Résultats

Age: L'âge moyen de nos patients est de 66 ans. Les extrêmes sont de 37 et 80 ans. **Sexe :** on note une prédominance masculine, avec un sexe ratio=2. **Taille tumorale:** elle varie entre 6 et 32mm ; la moyenne est de 16mm. **Localisation :** la localisation nasale est la plus fréquente (53% des cas), suivie de la région orbito-palpébrale (25% des cas). La lésion siège aux étages moyen et supérieur de la face dans 93% des cas. **Type histologique :** nodulaire (**Figure 1**)

dans 53% des cas. *infiltrant (**Figure 2**) dans 40% des cas. *sclérodermiforme dans 6 % des cas. **Marge d'exérèse :** macroscopiquement, elle varie entre 3 et 10mm. La qualité de l'exérèse tumorale est jugée satisfaisante dans 39 cas ; dans 6 cas elle a été jugée incomplète, ce qui a motivé une reprise du lit tumoral et confirmation du caractère carcinologique de l'exérèse avant couverture dans 5 cas.

Traitement : la chirurgie s'est déroulée en deux temps dans 30 cas, la couverture a été réalisée après confirmation du caractère complet de l'exérèse tumorale par l'examen histologique définitif. La reconstruction a fait appel à : la cicatrisation dirigée : 3 cas ; la suture directe : 3 cas ; Greffe de peau totale : 13 cas ; lambeaux loco – régionaux : 27 cas. Les résultats esthétiques sont jugés sur la qualité et l'emplacement des cicatrices, le respect des sous-unités esthétiques et l'intégration du tissu de recouvrement dans la zone receveuse. Dans l'ensemble, ils sont satisfaisants. Quant aux résultats carcinologiques, nous disposons d'un recul moyen de trois ans, avec des extrêmes de 18 et 72 mois. Nous déplorons quatre récurrences dont trois sont locales, la quatrième est régionale sous forme de métastases ganglionnaires, le patient est malheureusement décédé quelques mois plus tard. Le délai de survenue des récurrences est de 18 mois en moyenne. Les données des quatre patients ayant récidivé sont récapitulées dans le **Tableau 1**.

Discussion

L'épithélioma ou carcinome basocellulaire (CBC) représente un tiers des cancers dans les pays occidentaux et 80% des cancers cutanés en dehors du mélanome [6]. Son incidence croît rapidement [1,7]. En France, elle serait de 70 pour 100000 habitants [8]. Au Maroc, il constitue 61% des cancers cutanés, et siège dans 80% des cas au niveau de la région cervico-faciale [6]. Sous prétexte que l'évolution est lente et locale, le carcinome basocellulaire est pris pour une tumeur à malignité réduite. Or, certaines formes peuvent être très mutilantes d'autant plus qu'au niveau de la face, L'épaisseur des parties molles recouvrant le squelette est faible et le danger d'extension dans les zones de fusion des bourgeons embryonnaires est important [1,9,10]. Par conséquent, le préjudice fonctionnel et esthétique peut être considérable (**Figure 3, Figure 4 et Figure 5**).

Le traitement chirurgical des épithéliomas basocellulaires est le seul garant de la guérison [11]. Toute ablation tumorale maligne ne doit être guidée que par les impératifs carcinologiques ; les éventuelles difficultés de réparation des pertes de substance n'ont pas à interférer dans les modalités et la conduite de l'exérèse [12], sauf si l'on décide de prendre un risque pour respecter un organe noble [13]. Si la majorité des auteurs s'accordent sur l'importance d'une exérèse chirurgicale complète du CBC, ils ne s'accordent pas pour autant sur la définition d'une marge de sécurité « standard ». Ainsi, Pour une même lésion, située au même endroit, les marges d'exérèse varient en fonction des opérateurs et des services [14]. Compte tenu de la multiplicité des facteurs pouvant influencer sur la décision thérapeutique, l'ANAES recommande dans son rapport de 2004 [4] de classer les patients atteints de CBC en 3 groupes pronostiques : mauvais, intermédiaire et bon. Cette classification basée sur des critères cliniques et histologiques permet de recommander une prise en charge diagnostique et thérapeutique adaptée aux critères pronostiques identifiés. Pour ce qui est des critères cliniques : *Sont de mauvais pronostic : -la localisation nasale et péri-orificielle [4, 14,15] ; -la taille supérieure à 10mm. - les formes mal limitées et récidivantes. *Les critères de bon pronostic sont : -la localisation extra céphalique (tronc et membres) ; -les formes superficielles. Les critères histologiques de mauvais pronostic sont les basocellulaires sclérodermiforme, infiltrant et les formes métatypiques. En cas d'association, le pronostic global dépend de la composante de plus mauvais pronostic.

Dans notre série : 27 patients sont classés de mauvais pronostic, soit 60% des cas. 15 patients sont de pronostic intermédiaire. Et trois sont de bon pronostic. Après avoir identifié les groupes pronostiques, L'ANAES [4] recommande de respecter une marge de 3mm dans les formes de bon pronostic ; et d'aller jusqu'à 10mm, dans les formes de mauvais pronostic. L'évaluation de l'efficacité du traitement chirurgical des CBC repose sur un critère principal : le taux de récurrence [16]. Ce dernier est en étroite relation avec la qualité de l'exérèse [14]. Sur une durée de cinq ans, Pascal et al. [17] ont étudié la survenue de récurrence en fonction de la distance plan d'exérèse-tumeur, leur étude incluait 143 carcinomes basocellulaires. Le taux de récurrence était de 1,2 % lorsque la distance plan d'exérèse-tumeur était supérieure à 5mm. En dessous, le taux de récurrence était dix fois plus important, soit 12 %. Lorsque la tumeur arrivait au contact des berges, le taux de récurrence était de 33 % [14,17]. Ce dernier résultat est confirmé par d'autres études [18- 21] qui retrouvent entre 21 et 41 % de récurrence quand l'exérèse est histologiquement incomplète. Selon Boulinguez et al.

24% des CBC incomplètement excisés récidiveraient sous une forme plus agressive [22,23].

Dans notre série, pour les quatre CBC ayant récidivés, les marges d'exérèse calculées par l'anatomopathologiste ont été comprises entre 1 et 3 mm. Malheureusement, les paramètres de mauvais pronostic relevés dans les quatre cas (**Tableau 1**) n'ont pas été suffisamment pris en compte et l'attitude chirurgicale aurait dû être plus radicale. Dans son étude portant sur 674 basocellulaires, STAUB et al. [14], rapporte plus de 95 % d'absence de récurrence à cinq ans en utilisant des marges d'exérèse moyennes de 4 mm pour les carcinomes basocellulaires non sclérodermiforme, et de 8 à 10 mm pour les sclérodermiformes et les lésions péri-orificielles. Mais, dans certaines localisations (à proximité de l'œil par exemple), se pose parfois le dilemme entre le respect strict des marges de sécurité et la préservation de la fonction. Dans de telles circonstances, la chirurgie micrographique de Mohs (CMM) peut être une alternative offrant une guérison maximale tout en sacrifiant un minimum de tissu sain pour arriver à un résultat cosmétique et fonctionnel satisfaisant [11]. Technique décrite pour la première fois par Frederic Mohs en 1941 [24], elle est largement répandue aux USA. Le principe de cette chirurgie est d'étudier 100% des marges latérales et en profondeur, contrairement aux techniques habituelles qui n'analysent que 1% des marges d'exérèse [4, 11,25]. La CMM est la technique pour laquelle les taux de récurrence rapportés dans la littérature sont les plus faibles, particulièrement pour le traitement des basocellulaires de mauvais pronostic [4, 16,26].

Dans une étude rétrospective, portant sur 587 basocellulaires agressifs de la face traités par CMM, J.PAOLI et al. [27] rapportent des taux de récurrence à 5ans de 2,1% pour les CBC primitifs et 5,2% pour les CBC récidivants. Pour d'autres auteurs [11,28,29] ces taux varient entre 4 % et 6,5% pour les CBC primitifs et entre 6 % et 10 % pour les formes récidivantes. K. Mosterd et al. [30] ont publié en 2008 les résultats d'une étude prospective randomisée comparant la chirurgie micrographique de Mohs à l'excision chirurgicale des basocellulaires primitifs et récidivants de la face. Les taux de récurrence à 5 ans des CBC primitifs et récidivants sont respectivement de 4 ,1% et 12,1% après chirurgie standard, et de 2,5% et 2,4% après CMM. Les auteurs de cette étude concluent à la supériorité de la CMM dans le groupe des CBC récidivants et à l'absence de différence significative entre les deux méthodes dans le groupe des CBC primitifs de la face. Il conviendrait donc de limiter les indications de la CMM aux CBC à haut risque de récurrence [23] tels que les CBC récidivants, les localisations péri-orificielles et les CBC

infiltrant et sclérodermiforme. Quoique les métastases ganglionnaires du carcinome basocellulaire soient exceptionnelles, la présence d'adénopathies dans le territoire de drainage de la tumeur peut être en rapport avec des métastases ganglionnaires. Cette éventualité justifie à notre sens la réalisation d'un curage ganglionnaire sélectif afin d'asseoir le diagnostic précis de ces adénopathies.

Dans notre série, nous avons colligé un cas d'épithélioma basocellulaire sclérodermiforme de la lèvre inférieure et de la région mentonnière (**Figure 6**) traité initialement par des exérèses itératives incomplètes. L'évolution a été marquée par l'apparition d'adénopathies cervicales bilatérales intéressant les groupes Ib droit et gauche (**Figure 7**). On a réalisé un curage sélectif bilatéral. L'étude histologique des ganglions prélevés a porté le diagnostic de métastase de carcinome basocellulaire. Le patient a été traité par radiothérapie et est décédé, malheureusement, quelque mois plus tard. Nous estimons que le caractère incomplet et insuffisant du traitement chirurgical initial serait à l'origine de l'essaimage tumoral. Enfin, nous mettons l'accent sur la nécessité d'un traitement chirurgical bien réfléchi, prenant en considération les différents facteurs pronostiques et soulignons l'intérêt d'un examen anatomopathologique rigoureux des pièces opératoires.

Conclusion

Le carcinome basocellulaire est une tumeur fréquente sous nos cieux. L'atteinte du visage, étant un élément de mauvais pronostic de récurrence, expose à des préjudices esthétiques et fonctionnels lourds. L'amélioration des résultats passe par : la prévention (protection anti-soleil, information de la population) ; le dépistage précoce des lésions, offrant ainsi au patient des chances de guérison plus importantes avec le minimum de séquelles ; le développement des plateaux techniques des centres d'anatomopathologie ; la création de comités de concertation pluridisciplinaire réunissant : dermatologues -chirurgiens plasticiens, anatomopathologistes et cancérologues pour la prise en charge des cas difficiles.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Les deux auteurs ont participé à l'élaboration de ce travail. Tous les auteurs ont contribué à la conduite de ce travail. Tous les auteurs déclarent également avoir lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Tableaux et figures

Tableau 1: récapitulatif des données cliniques, histologiques et thérapeutiques des patients ayant récidivé

Figure 1: aspect histologique d'un épithélioma basocellulaire nodulaire (coloration H.E, grossissement $\times 10$)

Figure 2: aspect histologique d'un épithélioma basocellulaire infiltrant (coloration H.E, grossissement $\times 10$)

Figure 3: cas clinique illustrant une récurrence d'un CBC et l'importance de l'envahissement local et le préjudice fonctionnel et esthétique qui en résulte ; basocellulaire récidivant du sillon nasogénien avec envahissement du canthus interne et de la paupière inférieure

Figure 4: cas clinique illustrant une récurrence d'un CBC et l'importance de l'envahissement local et le préjudice fonctionnel et esthétique qui en résulte ; exérèse emportant la paupière inférieure, le canthus interne, la paroi latérale du nez, l'aile du nez et la joue

Figure 5: cas clinique illustrant une récurrence d'un CBC et l'importance de l'envahissement local et le préjudice fonctionnel et esthétique qui en résulte ; couverture par lambeau temporo-jugal d'avancement-rotation + lambeau frontal retourné et greffé Réfection palpébrale inférieure prévue ultérieurement

Figure 6: TDM cervico-faciale d'un épithélioma basocellulaire récidivant de la lèvre inférieure et de la région mentonnière avec métastase ganglionnaire régionale ; processus ulcéro-bourgeonnant des parties molles de la région mentonnière

Figure 7: TDM cervico-faciale d'un épithélioma basocellulaire récidivant de la lèvre inférieure et de la région mentonnière avec métastase ganglionnaire régionale ; adénopathie sous-angulo-mandibulaire droite à centre nécrotique

Références

1. Garnier B, Simon E, Dumont T, Sellal S, Stricker M, Chassagne J-F. Les carcinomes cutanés basocellulaires méritent-ils leur réputation de tumeurs à faible malignité ?. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*. 2005; 106(1):16-21. **PubMed | Google Scholar**
2. Bialy T, Whalen J, Veledar E, Lafreniere D, Spiro J, Chartier T, Chen SC. Mohs micrographic surgery vs traditional surgical excision a cost comparison analysis. *Arch Dermatol*. 2004;140(6):736-42. **PubMed | Google Scholar**
3. Limmer BL. Nonmelanoma skin cancer: today's epidemic. *Tex Med*. 2001; 97(2):56-8. **PubMed | Google Scholar**
4. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en Santé (Anaes). Carcinome basocellulaire : Recommandations pour la pratique clinique. *Ann Dermatol Venereol*. 2004; 131(6-7 Pt2):680-756. **PubMed | Google Scholar**
5. National Health Medical Research Council. Non melanoma skin cancer: guidelines for treatment and management in Australia. *Clinical practice guidelines*. Canberra: NHMRC, 2002. **PubMed | Google Scholar**
6. Société Marocaine de Cancérologie. Manuel de cancérologie clinique : connaissances fondamentales et pratiques. 2013. Rabat. Al Maârif Al Jadida. **PubMed | Google Scholar**
7. Gloster HM, Brodland DG Jr. The epidemiology of skin cancer. *Dermatol Surg*. 1996; 22(3):217-26. **PubMed | Google Scholar**
8. Basset-Seguín N, Dreno B, Grob JJ. Tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques: Carcinomes épithéliaux. *Ann Dermatol Venereol*. 2002; 129(10 Suppl):S132-6. **PubMed | Google Scholar**
9. Mora RG, Robins P. Basal cell carcinoma in the center of the face: special diagnostic, prognostic and therapeutic considerations. *J Dermatol Surg Oncol*. 1978; 4(4):315-21. **PubMed | Google Scholar**
10. Panje W, Ceilley R. The influence of embryology of the midface on the spread of epithelial malignancies. *Laryngoscope*. 1979 ; 89(12):1914-20. **PubMed | Google Scholar**
11. Granier G, Agrici V, Habib F, Meunier L, Moustey C, Marty-Double C. La chirurgie micrographique de Mohs dans la prise en charge des carcinomes basocellulaires. *Ann Pathol*. 2007; 27(2):74-9. **PubMed | Google Scholar**
12. Bénateau H, Verneuil L, Labbé D, Domp Martin A, Compère J-F. Tumeurs épidermiques de la région cervicofaciale et du cuir chevelu. *Encycl Méd Chir, Chirurgie Orale et Maxillo-faciale*. 2002 ; 22-062-E-10, 12 p. **PubMed | Google Scholar**
13. Guichard S (1999). Chirurgie des tumeurs cutanées. *Encycl Méd Chir, Techniques chirurgicales – Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique*. 1999 ; 45-140, 17 p. **PubMed | Google Scholar**
14. Staub G, Revol M, May P, Bayol J-C, Verola O, Servant J-M. Marges d'exérèse chirurgicale et taux de récurrence des carcinomes cutanés : Etude prospective de 844 cas. *Annales de chirurgie plastique esthétique*. 2008 ; 53(5):389-98. **PubMed | Google Scholar**
15. Silverman MK, Kopf AW, Grin CM, Bart RS, Levenstein MJ. Recurrence rates of treated basal cell carcinomas. *J Dermatol Surg Oncol*. 1991; 17(9):720-6. **PubMed | Google Scholar**
16. Nseir A, Estève E. Carcinomes basocellulaires. *Presse Med*. 2008 ; 37(10):1466-73. **PubMed | Google Scholar**
17. Pascal RR, Hobby LW, Lattes R, Crikelair GF. Prognosis of "incompletely excised " versus "completely excised" basal cell carcinoma. *Plast Reconstr Surg*. 1968; 41(4):328-32. **PubMed | Google Scholar**
18. Liu FF, Maki E, Warde P, Payne D, Fitzpatrick P. A management approach to incompletely excised basal cell carcinomas of skin. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 1991; 20(3):423-8. **PubMed | Google Scholar**

19. Gooding CA, White G, Yatsushashi M. Significance of marginal extension in excised basal-cell carcinoma. *N Engl J Med.* 1965; 273(17):923-4. **PubMed | Google Scholar**
20. Wilson AW, Howsam G, Santhanam V, Macpherson D, Grant J, Pratt CA, Townend JV. Surgical management of incompletely excised basal cell carcinomas of the head and neck. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2004; 42(4):311-4. **PubMed | Google Scholar**
21. De Silva S, Dellon A. Recurrence rate of positive margin basal cell carcinoma: results of a five-year prospective study. *Journal of Surgical Oncology.* 1985; 28(1):72-4. **PubMed | Google Scholar**
22. Boulinguez S, Grison-Tabone C, Lamant L, Valmary S, Viraben R, Bonnetblanc JM, Bédane C. Histological evolution of recurrent basal cell carcinoma and therapeutic implications for incompletely excised lesions. *Br J Dermatol.* 2004; 151(3):623-6. **PubMed | Google Scholar**
23. Smith V, Walton S. Treatment of Facial Basal Cell Carcinoma: A Review. *J Skin Cancer.* 2011;2011:380371. **PubMed | Google Scholar**
24. Mohs F. Chemosurgery for the microscopically controlled excision of skin cancer. *Journal of Surgical Oncology.* 1971; 3(3):257-67. **PubMed | Google Scholar**
25. Abide JM, Nahai F, Bennett RG. The meaning of surgical margins. *Plast Reconstr Surg.* 1984; 73(3):492-7. **PubMed | Google Scholar**
26. Telfer NR, Colver GB, Bowers PW. Guidelines for the management of basal cell carcinoma. *Br J Dermatol.* 1999; 141(3):415-23. **PubMed | Google Scholar**
27. Paoli J, Daryoni S, Wennberg AM, Mölne L, Gillstedt M, Miocic M, Stenquist B. 5-year recurrence rates of Mohs micrographic surgery for aggressive and recurrent facial basal cell carcinoma. *Acta Derm Venereol.* 2011; 91(6):689-93. **PubMed | Google Scholar**
28. Smeets NW, Kuijpers DI, Nelemans P, Ostertag JU, Verhaegh ME, Krekels GA, Neumann HA. Mohs' micrographic surgery for treatment of basal cell carcinoma of the face-results of a retrospective study and review of the literature. *Br J Dermatol.* 2004; 151(1):141-7. **PubMed | Google Scholar**
29. Wennberg AM, Larkö O, Stenquist B. Five-year results of Mohs' micrographic surgery for aggressive facial basal cell carcinoma in Sweden. *Acta Derm Venereol.* 1999; 79(5):370-2. **PubMed | Google Scholar**
30. Mosterd K, Krekels GA, Nieman FH, Ostertag JU, Essers BA, Dirksen CD, Steijlen PM, Vermeulen A, Neumann H, Kelleners-Smeets NW. Surgical excision versus Mohs micrographic surgery for primary and recurrent basal cell carcinoma of the face: a prospective randomised controlled trial with 5-years' follow-up. *Lancet Oncol.* 2008; 9(12):1149-56. **PubMed | Google Scholar**

| Tableau 1: récapitulatif des données cliniques, histologiques et thérapeutiques des patients ayant récidivé | | | | | | | | |
|---|--------|-------------------------|--------------------|-------------------|-----------------------------------|-------------------------|-------------------------------|---|
| Patient | Age | Taille tumeur primitive | Siège | Type histologique | Traitement de la tumeur primitive | Marge d'exérèse (en mm) | Délai de récurrence (en mois) | Traitement de la récurrence |
| Patient 1 | 73 ans | 15mm | Canthus interne | infiltrant | Exérèse-greffe de peau | 1 | 12 | Exérèse - couverture par lambeau Frontal + Canthopexie interne |
| Patient 2 | 37 ans | 10mm | Canthus interne | infiltrant | Exérèse-greffe de peau | 3 | 30 | Exérèse - couverture par lambeau Frontal |
| Patient 3 | 59 ans | 20mm | Sillon naso-génien | infiltrant | Exérèse-greffe de peau | 3 | 24 | Exérèse suivie de couverture par lambeau Frontal +lambeau Temporo-jugal |
| Patient 4 | 57 ans | 11mm | Lèvre inférieure | Scléro-dermoforme | Exérèse-suture | 3 | 6 | Exérèse+ curage cervical fonctionnel bilatéral + couverture par lambeaux hétéro labiaux et lambeau cervical Suivis de radiothérapie |

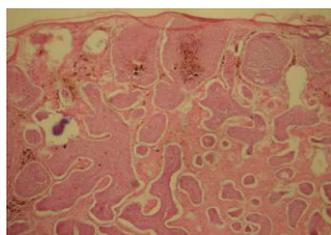


Figure 1: aspect histologique d'un épithélioma basocellulaire nodulaire (coloration H .E, grossissement $\times 10$)

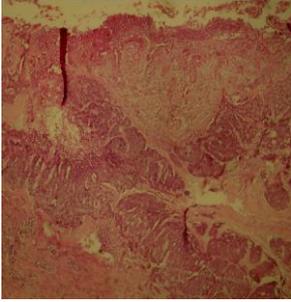


Figure 2: aspect histologique d'un épithélioma basocellulaire infiltrant (coloration H .E, grossissement ×10)



Figure 3: cas clinique illustrant une récurrence d'un CBC et l'importance de l'envahissement local et le préjudice fonctionnel et esthétique qui en résulte ; basocellulaire récidivant du sillon naso-génien avec envahissement du canthus interne et de la paupière inférieure



Figure 4: cas clinique illustrant une récurrence d'un CBC et l'importance de l'envahissement local et le préjudice fonctionnel et esthétique qui en résulte ; exérèse emportant la paupière inférieure, le canthus interne, la paroi latérale du nez, l'aile du nez et la joue



Figure 5: cas clinique illustrant une récurrence d'un CBC et l'importance de l'envahissement local et le préjudice fonctionnel et esthétique qui en résulte ; couverture par lambeau temporo-jugal d'avancement-rotation + lambeau frontal retourné et greffé Réfection palpébrale inférieure prévue ultérieurement

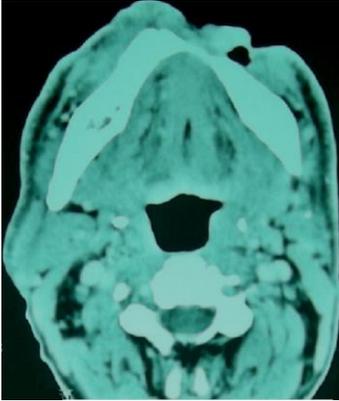


Figure 6: TDM cervico-faciale d'un épithélioma basocellulaire récidivant de la lèvre inférieure et de la région mentonnière avec métastase ganglionnaire régionale ; processus ulcéro-bourgeonnant des parties molles de la région mentonnière

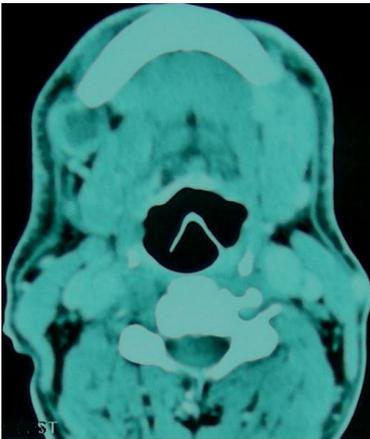


Figure 7: TDM cervico-faciale d'un épithélioma basocellulaire récidivant de la lèvre inférieure et de la région mentonnière avec métastase ganglionnaire régionale ; adénopathie sous-angulo-mandibulaire droite à centre nécrotique