



LES TUMEURS DE LA FACE

Les tumeurs malignes du visage sont des lésions très fréquentes. Elles sont le plus souvent secondaires à l'exposition solaire accumulée au fil des années. Elles s'observent donc plutôt chez les sujets âgés mais se développent aussi plus tôt dans la vie. Leur fréquence et leur gravité dépend de leur nature. Toute lésion qui ne cicatrise pas spontanément ou dont la teinte change doit attirer l'attention.



Les carcinomes basocellulaires sont les plus couramment observés. Leur aspect est variable : plaque rougeâtre recouverte d'une croûte, lésion nodulaire. Leur évolution est lente mais strictement locale, sans risque d'extension vers les ganglions

ou de métastases. En revanche, leur évolution locale peut-être délabrante et infiltrante avec une tendance à la récurrence locale.

Les carcinomes spinocellulaires ou épidermoïdes sont plus agressifs. Outre l'ulcération locale et l'infiltration des tissus locaux, ils sont à risque de dissémination dans les ganglions du cou et de métastases. Une ulcération parfois bourgeonnante et saignant à son contact en est le mode de révélation habituel. Certaines formes se développent aussi à partir de lésions pré-cancéreuses (kératose, cicatrices).



Les mélanomes malins peuvent s'observer à un âge plus précoce. Ils sont d'apparition spontanée, plus rarement développés à partir d'un grain de beauté. Une tache brune ou foncée, la modification de couleur, de forme ou de texture d'un grain de beauté

doivent faire consulter. Leur pronostic dépend de la taille et surtout de l'épaisseur de la tumeur et conditionne l'étendue de l'ablation chirurgicale. Leur risque de récurrence et de métastases ganglionnaires ou d'organes à distance est élevé, et le pronostic vital du patient peut-être engagé. Le traitement de ces lésions est chirurgical. Le principe est l'ablation de la lésion en totalité avec des limites saines de

sécurité, conduisant à une ablation toujours plus étendue que celle imaginée à la seule vue de la lésion.

Le patient est habituellement hospitalisé en ambulatoire. Le type d'anesthésie dépend de la localisation de la lésion, du niveau d'anxiété du patient et de son terrain

médical : anesthésie locale plus ou moins associée à une sédation légère ou anesthésie générale.

Dans certains cas, une analyse de la lésion est réalisée pendant l'intervention (extemporane). Elle identifie sa nature et s'assure de ses limites, saines et suffisantes. Dans tous les cas, un résultat définitif est obtenu quelques jours après l'intervention. Les lésions mélaniques (taches foncées) sont traitées en 2 temps: ablation de la lésion, analyse secondaire des limites puis reconstruction 8 jours après.

La fermeture directe de la peau est limitée aux petites lésions et à certaines localisations. Dans la majorité des cas, une reconstruction est nécessaire.



Les techniques dites « de lambeau » sont habituelles. Elles consistent à recouvrir la perte de substance par les tissus voisins qui « basculent » ou « avancent » sur la perte de substance. Ils respectent les différents secteurs anatomiques du visage. Les greffes de peau sont rares. Prélevées à distance, elles présentent un risque élevé de nécrose et sont disgracieuses.

Les actualités

La **MICROCHIRURGIE** en ORL permet, sous loupes binoculaires, de disséquer les nombreux nerfs très fragiles du cou et de la face avec une grande précision.

Elle représente une aide significative dans l'appréciation des limites



des tumeurs cutanées de la face et du cou dont l'ablation doit être réalisée en limites de peau saines et suffisantes.

La chirurgie de l'oreille dans le **Centre Endoscopie Oreille** à l'ORPAC est résolument réalisée sous endoscopie, le microscope restant une aide complémentaire.