

O 16-9 TRAITEMENT DES TUMEURS MALIGNES PALPÉBRO-ORBITAIRE

S. Benazzou, M. Boulaadas, L. Essakelli, F. Alaoui Rachidi, L. Bencheckroun, N. Jazouli, M. Kzadri

Service d'ORL et de Chirurgie Maxillo-Faciale, Hôpital des spécialités, Rabat, Maroc.

Introduction : La chirurgie des tumeurs palpébro-orbitaires est mutilante, elle nécessite une préparation psychologique du malade. Elle a recours à une chirurgie d'exérèse palpébro-orbitaire avec reconstruction par une greffe de peau, un lambeau local, régional ou à distance.

Matériel et méthodes : Nous avons colligé, de janvier 2000 à décembre 2004, 19 cas de tumeurs palpébro-orbitaires qui nous ont été adressées par les ophtalmologues. C'étaient des tumeurs malignes (carcinomes basocellulaire et épidermoïde) à point de départ palpébral avec envahissement orbitaire qui ont bénéficié dans 12 cas d'une exentération et dans 7 cas d'une énucléation avec reconstruction dans le même temps par divers lambeaux, dont les plus utilisés ont été le lambeau nasogénien à pédicule supérieur, le lambeau temporojugal de Mustardé et le lambeau du muscle temporal greffé secondairement. Cinq patients ont bénéficié d'une radiothérapie postopératoire adjuvante par voie externe. Ils avaient un envahissement osseux frontal avec une exposition méningée.

Résultats : Les suites postopératoires ont été simples. Avec un recul moyen de 2 ans et demi, nous avons recensé une seule récurrence.

Discussion : Le diagnostic de cancer palpébro-orbitaire est lourd de conséquences, nécessitant une surveillance postopératoire longue et astreignante avec un recours possible à un traitement secondaire.

P.c(16)-19 MUCITES AU COURS DE LA CHIMIOTHÉRAPIE DANS LE LYMPHOME DE BURKITT

G.K. Aka, B. Ouattara, K.R. Kouakou, B.M. Harding Kaba, M. Koffi, S.A. Gadegbeku

Service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale, CHU Cocody, BP V13, Abidjan, République de Côte d'Ivoire.

Objectifs : Décrire les aspects épidémiologiques et évolutives, et proposer des mesures thérapeutiques.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective de 44 dossiers de patients traités pour un lymphome de Burkitt.

Résultats :

— Au plan épidémiologique : 50 % des patients sous chimiothérapie ont présenté une mucite. Sous les protocoles Vilasco, Boron, Chop, respectivement 55 %, 20 % et 50 % des patients ont présenté une mucite.

— Au plan clinique : 13,6 % des patients qui ont présenté une mucite avaient une localisation abdominale du lymphome de Burkitt. La diarrhée était le symptôme le plus fréquent, retrouvée dans 86,4 % des cas de mucite.

— Au plan thérapeutique : aucun des patients n'a bénéficié de mesure préventive spécifique. La thérapeutique curative a consisté en l'administration de pansements gastriques. L'évolution a été marquée par une amélioration chez 59,5 % des patients et 18,2 % de décès.

Discussion : La mucite est une complication bucco-digestive fréquente et parfois grave dans les protocoles de chimiothérapie impliquant surtout les molécules ayant une toxicité digestive, d'où l'intérêt des mesures préventives.

P.c(16)-20 TUBERCULOSE DE LA RÉGION PAROTIDIENNE

G. Toure⁽¹⁾, A.-M. Roucayrol⁽²⁾, P. Blanchard⁽¹⁾, J. Bantsimba⁽³⁾, S. Guyot⁽¹⁾

(1) Service de Chirurgie Maxillo-Faciale,

(2) Service d'Anatomie Pathologique,

(3) Service d'Infectiologie, 40, allée de la source Villeneuve Saint Georges, 94195 Villeneuve-Saint-Georges Cedex.

Objectif : La tuberculose demeure d'actualité à cause de la pandémie due au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et aux conditions socioéconomiques précaires des grandes agglomérations. La tuberculose de la parotide est rare, à partir de 6 cas nous dégagons quelques caractéristiques de cette topographie.

Matériel et méthode : Une étude rétrospective de 1984 à 2004 a permis de colliger 6 dossiers de localisation intraparotidienne de tuberculose. Cinq dossiers étaient cliniques, radiologiques et anatomopathologiques et un dossier était uniquement anatomopathologique. L'examen histologique a été pratiqué sur tous les prélèvements chirurgicaux : 4 parotidectomies, une parotidectomie associée à une adénectomie et une adénectomie.

Résultats : Il s'agissait de 2 hommes et 4 femmes, âgés de 25 à 69 ans, d'âge moyen de 45 ans au moment de la consultation. Le motif principal de la consultation était une tuméfaction progressive, modérément douloureuse de la région parotidienne, d'évolution subaiguë ou chronique, de quelques semaines à 2 ans, s'accompagnant d'adénopathies cervicales sans paralysie faciale. Aucun de ces patients n'avait d'antécédent tuberculeux personnel ou familial connu.

Le diagnostic a été évoqué dans 5 cas sur une réaction cutanée à la tuberculine, sur l'échographie qui a conclu à des lésions hypoéchogènes, ou liquidienne ou de nécrose ganglionnaire intraparotidienne. La tomodensitométrie a été pratiquée dans 2 cas et a montré des images lacunaires intraparenchymateuses. L'examen histologique a conclu dans les 4 cas de parotidectomies isolées et d'adénectomie seule à une lésion fortement évocatrice de tuberculose, dans le cas de parotidectomie associée à l'adénectomie à un cystadénolymphome et à une adénite évocatrice de sarcoïdose ou de tuberculose. La tuberculose a été confirmée par l'examen bactériologique dans 3 cas dont celui associé au cystadénolymphome parotidien. Dans un cas, aucun examen bactériologique n'a été demandé car le diagnostic de tuberculose n'avait pas été évoqué et dans 2 cas les dossiers étaient incomplets. La sérologie HIV avait été demandée chez 4 sujets et elle était négative.

Discussion : La localisation extrapulmonaire de la tuberculose pose un véritable problème diagnostique. La tuberculose des glandes salivaires principales est rare même dans les zones d'endémie. Les erreurs diagnostiques existent. Devant une tuméfaction parotidienne d'évolution chronique associée à une ou plusieurs adénopathies sans paralysie faciale, la tuberculose est un diagnostic à évoquer même chez les sujets sans immunodéficience.