

Introduction :

Les cancers du pavillon d'oreille sont les plus fréquents des cancers d'oreille, représentés principalement par les cancers épithéliaux cutanés. Ils apparaissent chez les sujets âgés. Le diagnostic clinique est facile et il permet une prise en charge précoce et un bon pronostic.

Objectifs:

L'objectif de notre travail est de dégager les différents aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des principaux cancers du pavillon d'oreille.

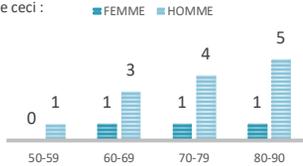
Matériels et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée par le service de Chirurgie Maxillo-faciale et Stomatologie CHU de Rabat, sur une période de 10 ans (janvier 2008 au décembre 2018). nous avons pris en charge 16 patients présentant un cancer du pavillon d'oreille. Le recueil des données était via des fiches d'exploitation, La saisie des données a été effectuée sur le logiciel SPSS 20.0. L'analyse des données a été faite avec le même logiciel : Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne ± écart-type et les variables qualitatives en pourcentage.

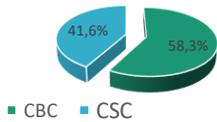
Résultats:

Données épidémiologiques :

16 patients, Exposition solaire/ lésions kérato-actinique
 L'âge moyen de nos patients était de 73,4 ans avec des extrêmes de 56 et 90 ans, répartis comme ceci :



Type histologique:



Paraclinique:

ECHOGRAPHIE CERVICO-PAROTIDIENNE: ADP parotidienne et cervicale: 7 cas.
 TDM: Examen de référence permettant un bilan d'extension: région rétro auriculaire et région parotidienne



Prise en charge: Nous avons effectué une résection carcinologique emportant partiellement ou la totalité du pavillon d'oreille suivie d'une Reconstruction: Lambeau du muscle temporal: 6 cas, Lambeau cervical de transposition: 3 cas.
 Curage ganglionnaire parotidien et cervical : Positif dans un cas (3N+/20).
 Radiothérapie: 8 cas.
 Sur un recul de 2 ans, on a pas de récurrence.

Discussion:

On distingue deux types des carcinomes qui sont les plus fréquents: Carcinome basocellulaire CBC (77%) et carcinome spinocellulaire CSC (20%). Les autres cancers comme mélanome sont très rares comme: mélanomes malins, dont le siège de la lésion est le plus souvent l'hélix (60%), Carcinomes annuels: Tumeurs malignes à différenciation sudorale, pileuse ou sébacée, elles sont principalement développées à l'entrée ou dans le CAE et exceptionnellement au niveau du pavillon, Carcinomes à cellules de Merkel et les Sarcomes: Exceptionnels.
 L'aspect clinique le plus fréquent et le plus évocateur du CBC est la forme nodulaire à bordure perlée (perles translucides), qui évolue progressivement tandis que les CSC donnent plus une ulcération bourgeonnante et saignante qui évolue rapidement et peut donner des métastases ganglionnaires contrairement au CBC. mais ces tumeurs sont polymorphes et d'aspect parfois trompeur. [20]
 Le diagnostic est suspecté devant toute lésion qui ne disparaît pas après 1 mois, et confirmer par une étude anatomopathologique d'une biopsie de la lésion.
 La suspicion d'un envahissement profond local justifie la réalisation d'une TDM du massif facial et des rochers et d'une IRM parotidienne; qui est l'examen de référence; si extension parotidienne. La suspicion d'un envahissement locorégional peut justifier la réalisation d'une échographie cervico-parotidienne et surtout tomodensitométrie cervico-faciale (si adénopathie infracentimétrique)
 Le traitement est chirurgical et repose sur l'exérèse carcinologique de la lésion avec curage ganglionnaire cervico-parotidien en cas de carcinome spinocellulaire. La radiothérapie est indiquée en post opératoire
 Traitement avant tout préventif primaire par éviction de l'exposition solaire et ou une prévention p Prévention secondaire Le dépistage systématique dans la population générale.