



## SOMMAIRE

- ▶ **Laser Mona Lisa Touch en gynécologie, nouveautés et avancées**  
Docteur David TISSERANT..... 1 à 3
- ▶ **Lombalgies chroniques : le traitement de la douleur par radiofréquence**  
Dr Aurélie TOQUART..... 4, 5
- ▶ **Suivi de grossesse après chirurgie bariatrique**  
Dr François-Xavier HASCOET..... 6
- ▶ **Qu'est-ce que sont les hémorroïdes ?**  
Dr Vincent PILLOY ..... 7
- ▶ **Cancer du testicule : osons en parler !**  
Dr Jean-Luc MOREAU pour le Centre d'Urologie des Drs CHOPIN, GAUCHER, HUBERT, MAIRE, NICOLAS et PIERFITTE..... 8
- ▶ **Histoire naturelle de l'accréditation d'une équipe médicale par la Haute Autorité de Santé dans des établissements du groupe ELSAN à Nancy**  
Dr Alain FRISONI..... 9, 10
- ▶ **Paupières et tumeurs : les lésions dangereuses**  
Docteur Jean-Luc FAU..... 11 à 16

## ELSAN POLYCLINIQUE MAJORELLE

### Laser Mona Lisa Touch en gynécologie, nouveautés et avancées

Docteur David TISSERANT,  
Gynécologie Médicale et Chirurgicale  
Polyclinique Majorelle, NANCY



*Le laser Mona Lisa existe depuis près de 15 ans maintenant. De très nombreuses études internationales ont apporté la preuve de son efficacité et de son innocuité. À ce jour, il s'agit du seul traitement validé et approuvé par la communauté scientifique pour la revitalisation vaginale.*

#### Comment fonctionne le laser Mona Lisa ?

Il s'agit d'un **laser CO2 fractionné**, avec un mode d'impulsion créé spécifiquement pour traiter les problèmes de sécheresse vaginale.

Concrètement il va émettre un rayonnement laser, sur les parois du vagin, mais aussi sur la vulve. Cette exposition laser va être à l'origine de dizaines de très petits impacts sur la muqueuse vulvaire et vaginale.

Ceci va induire une **stimulation locale** des tissus, avec une **synthèse de collagène**, qui sera à l'origine de la **régénération du tissu** intime : on parle aussi de « réjuvenation », « revitalisation », ou « rajeunissement ».



Cette action a été prouvée histologiquement par de nombreuses études.

### Quelles en sont les principales indications ?

Les indications sont désormais multiples et variées et de plus en plus nombreuses au fur et à mesure de l'évolution de la machine et de la technologie.

- Son indication principale est **le traitement de l'atrophie vulvaire et vaginale** (à l'origine de vulvodynies, dyspareunies, inconforts, prurit...). Cette atrophie peut être iatrogénique, et donc induite par de nombreux traitements (chimiothérapie, radiothérapie, corticoïdes ...). Elle peut aussi être due à la baisse hormonale naturelle de la ménopause. En effet, la carence en œstrogènes va atrophier la muqueuse de manière considérable. Il en résultera une sécheresse, avec sensation de brûlure spontanée ou lors des rapports.
- Le laser aura aussi une très bonne efficacité sur les **douleurs génitales chroniques** : traumatisme du post-partum, cicatrices douloureuses d'épisiotomie, fissures vulvaires postérieures...
- La nouvelle technologie du laser Mona Lisa, et notamment son association à la radio fréquence, couplé à l'utilisation d'une pièce à main spécifique, lui confère désormais une efficacité très satisfaisante sur **l'incontinence urinaire mixte légère**, ainsi que sur les **prolapsus débutants et l'hyper laxité vaginale**. Ces symptômes sont très souvent décrits, et l'association du laser, avec un traitement trophique local, et quelques séances de rééducation pelvi périnéale, apporte une réelle efficacité et satisfaction des patientes.
- En association aux traitements locaux classiques (type dermo corticoïdes), il a aussi une action remarquable sur le **lichen scléroseux atrophique vulvaire**, qui gâche la vie de milliers de femmes.

- Enfin, il s'agit d'un laser CO2, et en mode « ablatif », il permettra de traiter par vaporisation, toutes les lésions vulvaires, vaginales et cervicales : **condylomes, ectropions, lésions de bas grade type CIN1...** (cette technique se pratique au cabinet sous anesthésie locale).

Par ailleurs, il est aussi possible de pratiquer de manière atraumatique la chirurgie fonctionnelle et esthétique des organes génitaux : correction des **hypertrophies et asymétries des petite lèvres** notamment. (cette technique se pratique exclusivement en clinique, sous anesthésie générale).

### Comment se déroule une séance ?

Un consentement éclairé de la patiente sera signé et un délai de réflexion de 2 semaines sera respecté.

Une séance de laser mona lisa dure environ **15 minutes**.

Elle a lieu **en cabinet** de consultation.

La perception de la douleur pendant une séance est extrêmement variable d'une personne à l'autre. Certaines femmes ne ressentent strictement rien, d'autres trouvent cela un **peu désagréable, sans pour autant être douloureux**.

La mise en place d'un anesthésiant local vulvaire 2 heures avant la séance (emla, xylogel), est envisageable et améliore le ressenti.

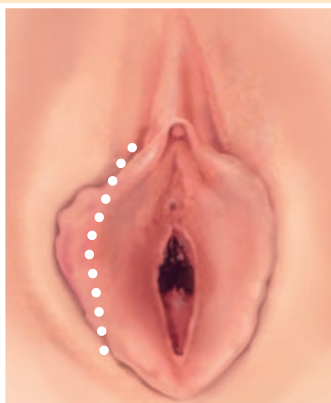


Pièce à main vaginale 360°.

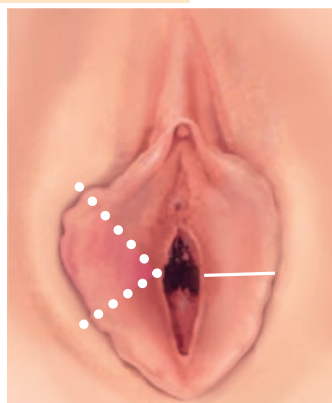
Elle se répartie en **2 étapes** :

- 1 **le traitement endo vaginal** (avec la pièce à main vaginale à 360°), qui permettra un traitement circonférentiel de toute la muqueuse vaginale interne, de la profondeur vers la superficie.

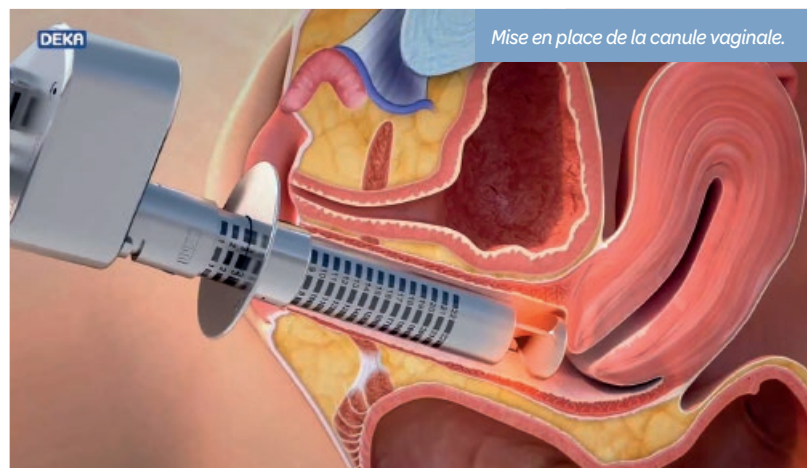
### Nymphoplastie de réduction

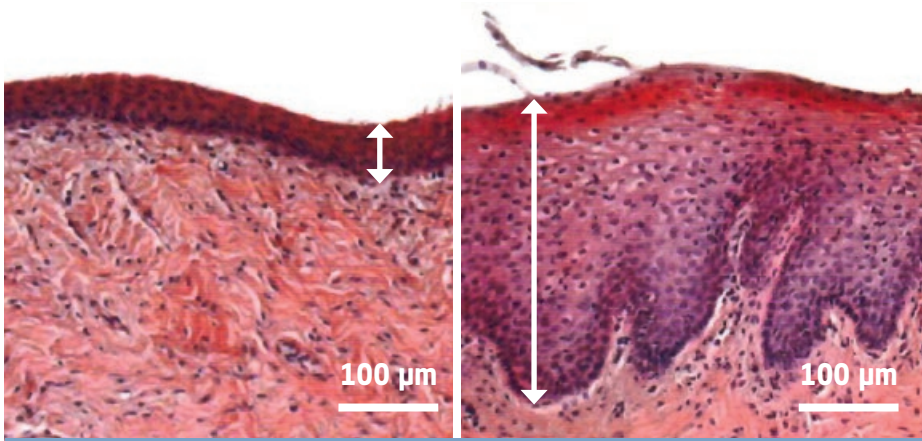


Technique classique longitudinale.



Technique avec plastie en V.





Résultats Histologiques 2 mois après le 1<sup>er</sup> traitement.

(Source : avec l'aimable autorisation du Professeur A. Calligaro, Professeur d'Histologie et d'Embryologie à l'Université de Pavie, Italie)

② **le traitement vulvaire** (avec la pièce à main vulvaire), permettant le traitement de toute la vulve et notamment du vestibule qui est la zone la plus propice aux problèmes de sécheresses et brûlures. Les zones sensibles seront épargnées (méat urinaire, clitoris).

Dans les 2 à 3 jours qui précèdent et qui suivent une séance, il faut éviter les rapports, ainsi que l'utilisation de toute crème ou topique qui pourrait diminuer l'efficacité du laser.

Il n'y a aucune éviction sociale, ni arrêt de travail, la patiente reprend une vie strictement normale après la séance.

Il est aussi possible de proposer à la patiente une séance de rappel annuel qui permettra de faire perdurer le bénéfice de ce traitement. Il est aussi très intéressant, en fin de traitement laser, d'y associer une injection locale vulvaire d'acide Hyaluronique, qui améliorera encore l'action et la durabilité de cette procédure.

### Tarifs et prise en charge ?

À ce jour, cette technique **n'est pas prise en charge par l'assurance maladie**, et par conséquent par les mutuelles non plus. Des discussions sont en cours pour une prise en charge, et ont bon espoir d'aboutir.

En effet, tous les plus grands centres anti-cancéreux notamment parisiens disposent désormais de cette technologie, et espèrent une approbation de l'assurance maladie, afin d'en faire bénéficier aux plus grands nombres des patientes traitées pour cancer.

En ce qui me concerne, le tarif actuellement demandé est de **180 euros la séance**.

### Les résultats, le recul ?

Pour ma part, je pratique cette technologie depuis plus de 3 ans maintenant.

Je revois systématiquement les patientes 1 mois après la fin du traitement pour évaluation, puis de manière annuelle.

L'efficacité peut toutefois être variable d'une patiente à l'autre, mais le ressenti est très satisfaisant.

À la question systématiquement posée : « Re regrettez-vous d'avoir fait ce traitement ? », la réponse est unanimement « NON ».

**Il existe systématiquement une amélioration de la symptomatologie** pour laquelle la patiente consultait initialement.

Dans mon expérience, **le taux de satisfaction globale de cette procédure est d'environ 90%**, toute indication confondue.

Ces chiffres sont semblables à ceux des études prospectives internationales de plus grande envergure.

### Les différentes pièces à main.

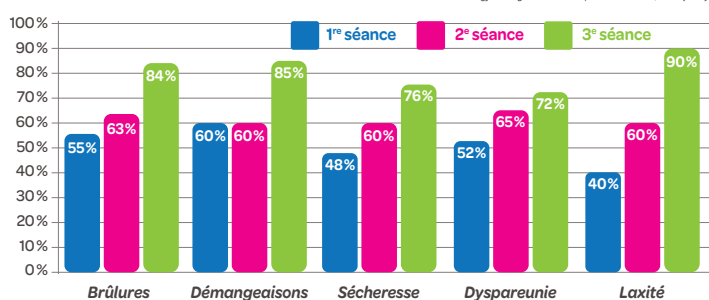


### Combien de séances sont nécessaires ?

Le protocole traditionnel est de **4 séances : 1 par mois pendant les 3 premiers mois, puis 1 à 1 an**.

L'efficacité est graduelle au fur et à mesure des séances, puis durable.

% d'amélioration Source : Avec l'aimable autorisation du Dr S. Salvatore M.D. Chef du Service d'Uro-gynécologie de l'IRCCS Hôpital San Raffaele, Milan (Italie)



Pourcentage d'amélioration des symptômes d'atrophie vaginale après 3 sessions de traitement Mona Lisa Touch®

**84% des patientes sont satisfaites**

### En conclusion

Le laser Mona Lisa Touch, est une **technique mini-invasive, sans risque et sans douleur**, qui apporte une amélioration significative de la qualité de vie de nombreuses patientes.

Il s'agit actuellement du **seul traitement laser validé** pour le bien être intime des femmes. Actuellement près de **3 millions de femmes** ont pu en bénéficier dans le monde.

C'est une technique qui fonctionne, et de nombreuses sociétés savantes et collèges espèrent prochainement une prise en charge par l'assurance maladie, pour en faire bénéficier au plus grand nombre.

Les résultats ont été confirmés par des dizaines d'études internationales, à la fois cliniques, psychologiques, mais aussi histologiques.

Il apporte beaucoup notamment dans la prise en charge des femmes après traitement d'un cancer. Son innocuité est par ailleurs tout à fait établie, et, à ce jour, aucun événement indésirable grave n'est à déplorer.

# Lombalgies chroniques : le traitement de la douleur par radiofréquence

Dr Aurélie TOQUART, Chirurgie du rachis, Chirurgie orthopédique et traumatologie.

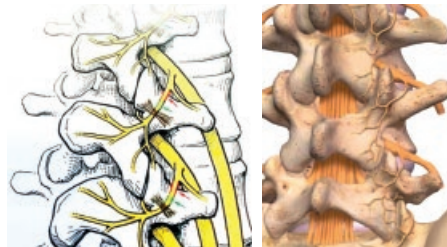


## Introduction

La lombalgie chronique est un des motifs de consultation le plus fréquent en médecine générale ou chez le rhumatologue. En effet 4 personnes sur 5 souffriront de lombalgie au cours de leur vie.

On parle de lombalgie chronique au-delà de 3 mois. Elle touche 1 personne sur 5 en Europe et augmente avec l'âge. Elle est très souvent multifactorielle et lorsqu'elle n'est pas pathologique (tassement, fracture, tumeur, infection, déformation importante) elle peut être due à l'arthrose lombaire.

Lorsque cette arthrose lombaire touche les massifs articulaires postérieurs, le traitement par radiofréquence est une option thérapeutique intéressante.



## Clinique

Ces atteintes se manifestent par des douleurs lombaires basses, mécaniques, majorées en hyper extension du tronc, lors des mouvements pour se relever, à la marche ou encore en position debout prolongée.

Les lombalgies irradient parfois dans les fesses, voire dans tout le membre inférieur, imitant ainsi une radiculalgie qui peut être tronquée.

Ces douleurs sont le plus souvent soulagées par le repos.

À l'examen clinique on retrouve une douleur vive à la palpation des massifs articulaires (signe de la sonnette).



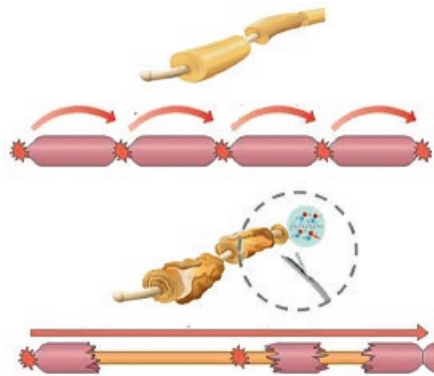
## Qu'est-ce que la radiofréquence ?

Elle a de multiples synonymes : thermo coagulation, rhizotomie, rhizolyse, neurotomie, dénervation.

Le principe est d'envoyer un courant électrique au niveau du nerf responsable de la transmission de l'information de la douleur des facettes articulaires vers le cerveau.

Ce courant va dénaturer les protéines (myéline) de ces nerfs. La gaine de myéline est donc endommagée et la transmission de l'information de la douleur ne se fait plus.

Contrairement à ce que l'on peut croire, le nerf n'est donc pas coupé.



Neuroscience. 2nd edition - Increased Conduction Velocity as a Result of Myelination. Bookshelf ID: NBK10921 - 2001, Sinauer Associates, Inc

## Imagerie

L'imagerie permet d'éliminer une autre cause de lombalgie (fracture, infection, tumeur), et de retrouver des signes d'atteinte des processus articulaires.

## Scanner

Il montre les signes classiques de l'arthrose : ostéophytes, sclérose, ostéo-condensation, géodes, hypertrophie des massifs articulaires. On peut retrouver une asymétrie des surfaces articulaires, voire une sagittalisation de celles-ci (elles apparaissent verticales sur les coupes axiales, au lieu d'être horizontales) (image de droite)

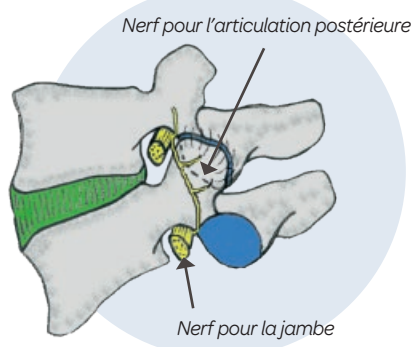
Un vide articulaire ou hydarthrose peuvent être visualisés (bulle d'air) dans l'interligne articulaire (image de gauche).

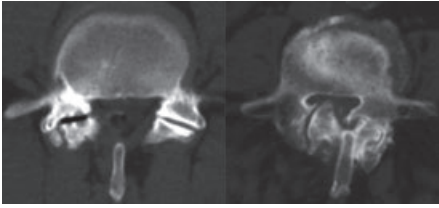
## Indications

La radiofréquence est indiquée lorsque les douleurs sont liées à une atteinte des processus articulaires postérieurs (ou zygapophysys).

Les principales étiologies sont :

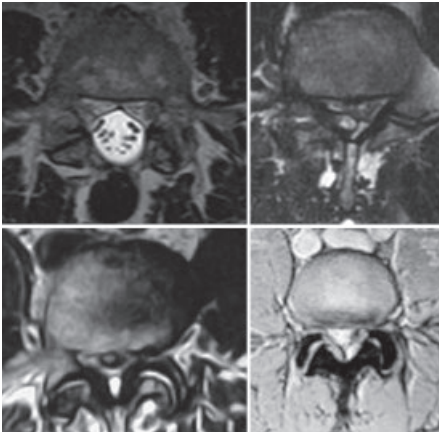
- L'arthrose facettaire postérieure avec hypertrophie des massifs articulaires.
- Les kystes articulaires.
- La sur sollicitation des processus articulaires au-dessus d'une arthrodèse lombaire.





**IRM**

Elle peut retrouver les mêmes signes qu'au scanner : hypertrophie, sclérose, ostéophytes mais aussi hyper signal intra articulaire (vide ou hydarthrose), pincement, disparition de l'hyper signal du cartilage, subluxation articulaire. Un kyste articulaire peut être plus précisément visualisé.



**Médecine nucléaire**

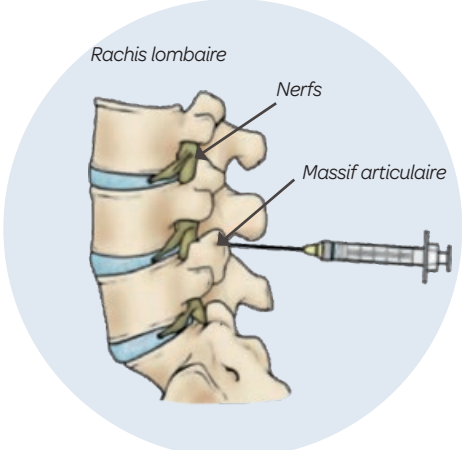
Une scintigraphie osseuse ou un TEP scan peuvent aussi étayer le diagnostic avec une hyperfixation localisée au niveau des processus articulaires postérieurs.



**Pré-requis avant le geste**

**Bloc test positif**

Avant de réaliser le geste de radiofréquence, il est nécessaire d'avoir obtenu un résultat positif après infiltration articulaire à savoir une amélioration des douleurs.



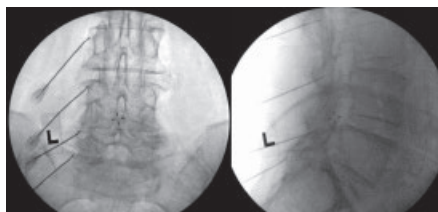
L'infiltration peut être réalisée en radiologie sous scanner ou en cabinet sous échographie

**Technique opératoire**

Le geste est effectué au cours d'une hospitalisation en ambulatoire. Au bloc opératoire, le patient est installé en décubitus ventral avec la radiographie positionnée de face afin de repérer les articulations.



Sous **anesthésie locale**, et éventuellement une petite sédation, une aiguille est descendue sous contrôle radiographique jusqu'à obtenir un contact osseux contre l'articulation.



Puis l'électrode est positionnée de la même manière, en glissant dans l'aiguille.



Un test de sensibilité puis de motricité est réalisé, c'est pourquoi le patient doit être conscient. Puis le courant est envoyé pendant 90 secondes à 80°C.

**Les suites**

Un repos est préconisé pendant 24-48 heures. L'effet peut apparaître de manière différée, jusqu'à 15 jours, il dure plusieurs mois (de quelques mois à plusieurs années)

D'après la littérature, l'efficacité est de 80 à 85%. Après amélioration des douleurs, le processus de rééducation, avec notamment un renforcement musculaire adapté, est très important pour permettre une plus longue période sans douleur.



La procédure peut être répétée en cas de réapparition des symptômes après un délai suffisamment long (> 1 an).

**Avantages**

Cette technique est peu invasive, une simple piqure, sous anesthésie locale. Il existe donc peu de risques. Elle permet parfois d'éviter ou de repousser un véritable geste chirurgical beaucoup plus invasif comme une arthrodèse par exemple.

**En conclusion**, devant des lombalgies chroniques en rapport avec de l'arthrose des processus articulaires postérieurs, la radiofréquence est une alternative intéressante, peu invasive et peu risquée, avec de bons résultats, lorsque la prise en charge médicale pure a échoué.

C'est l'étape ultime avant d'envisager un geste chirurgical beaucoup plus invasif.

**Références**

Bowen A. (2015). Radiofrequency neurotomy of the cervical & lumbar medial branches: Evidence based review. ACC Research.  
 Gofeld M and Faclier G. Radiofrequency denervation of the lumbar zygapophysial joints - targeting the best practice. Pain Medicine. 2019; 9(2):204-211.  
 Manchikanti L et al. An update of comprehensive evidence-based guidelines for interventional techniques in chronic spinal pain. Part II: Guidance and recommendations. Pain Physician. 2013; 16(2 Suppl):S49-S283  
 Nath S et al. Percutaneous lumbar zygapophysial (facet) joint neurotomy using radiofrequency current, in the management of chronic low back pain: A randomized double-blind trial. Spine. 2008; 33(12):1291-1297  
 van Kleef M et al. Randomized trial of radiofrequency lumbar facet joint denervation for chronic low back pain. Spine. 1999; 24(18):1937-1942  
 Lee C et al. The efficacy of conventional radiofrequency denervation in patients with chronic low back pain originating from the facet joints: A meta-analysis of randomized controlled trials. The Spine Journal. 2017; 17(11):1770-1780.

# Suivi de grossesse après chirurgie bariatrique

Dr François-Xavier HASCOET, Médecine - Nutrition

**La chirurgie bariatrique est un traitement de l'obésité de plus en plus répandu. La population ayant recours à une telle chirurgie était en 2016 composée de personnes dont l'âge moyen était de 41 ans avec un sex ratio de 3/4 en faveur des femmes. Il en résulte une population de femmes opérées en âge de procréer importante.**

Après chirurgie bariatrique, on observe une augmentation de la fertilité et une diminution du risque de diabète gestationnel, d'hypertension gravidique et de macrosomie. Cependant, il existe une augmentation du nombre de naissances prématurées et un risque de petit poids de naissance de l'enfant à naître pour l'âge gestationnel. Durant la grossesse, des carences nutritionnelles peuvent avoir des répercussions néonatales graves.

Dans ce contexte, il apparaît nécessaire d'organiser un suivi spécialisé multidisciplinaire des femmes présentant une grossesse après chirurgie bariatrique.

Il existe des urgences chirurgicales en lien avec la chirurgie bariatrique durant la grossesse « occlusion intestinale sur hernie interne », par exemple. L'évolution peut être fatale pour la mère et l'enfant si la prise en charge n'est pas réalisée dans un délai suffisant.

Il est donc recommandé d'orienter une femme enceinte aux antécédents de chirurgie bariatrique présentant des douleurs abdominales et/ou vomissements inhabituels auprès d'un chirurgien digestif, au mieux dans le centre opérateur ou avec une expertise en chirurgie bariatrique.

Dans l'idéal après chirurgie bariatrique, un projet de grossesse devrait être encadré par un suivi nutritionnel spécialisé afin de pallier aux carences préconceptionnelles. Le délai recommandé actuellement pour débuter une grossesse après chirurgie bariatrique est d'au moins 12 mois, dans une période de relative stabilité pondérale « période au risque carenciel stabilisé ».

Une surveillance nutritionnelle et obstétricale spécifique est nécessaire en cas de grossesse survenue avant ce délai. Quel que soit le type de chirurgie : by-pass gastrique ou sleeve gastrectomy, ces recommandations s'appliquent.

A défaut d'évaluation préconceptionnelle, il est recommandé de consulter un médecin ayant une expertise nutritionnelle après chirurgie bariatrique le plus rapidement possible après le diagnostic de grossesse. Un suivi personnalisé pourra alors être organisé ainsi que les suppléments adaptés, en fonction du suivi nutritionnel antérieur à la grossesse. Le recours à la voie parentérale pourra être nécessaire pour mettre en œuvre des suppléments spécifiques à certains déficits.

Une supplémentation multi vitaminique quotidienne est recommandée tout au long de la grossesse et un bilan biologique spécifique sera nécessaire pour adapter les suppléments de déficits spécifiques identifiés. Dès le début de grossesse, il est recommandé de doser : hémogramme, ferritinémie, CSTF, albumine, préalbumine, 25OH vitamine D, PTH, calcémie, phosphorémie, magnésémie, folates sériques

et érythrocytaires, vitamine B12, vitamine A + RBP, TQ, zinc sérique + sélénium et vitamine B1 (ces 2 derniers dosages ne sont pas remboursés par l'assurance maladie). Ce bilan sera réalisé systématiquement tous les trimestres en absence de déficit, et des contrôles intermédiaires réalisés le cas échéant.

La supplémentation en acide folique se fera sous les mêmes modalités qu'une femme enceinte non opérée de chirurgie bariatrique (en veillant à ne pas dépasser 1 mg d'acide folique quotidien, hors contexte d'antécédent de défaut de fermeture du tube neural).

En cas de vomissements gravidiques répétés, ne permettant pas une consommation alimentaire, hydrique et des suppléments multivitaminiques, **une supplémentation en vitamine B1 en urgence** (sans attendre les résultats biologiques) est nécessaire à raison de 100 à 500 mg en IV ou IM. « En évitant de mettre en place un soluté glucosé parentéral sans recharge intraveineuse en B1 préalable ».

Un entretien diététique permettra d'évaluer les apports caloriques et protéiques, ainsi que l'équilibre alimentaire pour le respect des apports vitaminiques.

L'apport journalier recommandé en protéines est de plus de 60g. Une prise en charge diététique renforcée pourra être nécessaire en cas de déficit d'apport ou de prise de poids importante.

Toute supplémentation d'un déficit identifié durant la grossesse devra être reconstruit devant l'effet néfaste de certaines suppléments en excès (fer, vitamine A, protéines...).

Concernant le dépistage de diabète gestationnel, il n'est pas recommandé de réaliser un test de dépistage par hyperglycémie provoquée ; ce test étant mal toléré après chirurgie bariatrique. Le dépistage repose sur la réalisation de glycémie à jeun et HbA1C au premier trimestre pour identifier un diabète préexistant à la grossesse. Entre 24 et 28 SA, un dépistage du diabète gestationnel est recommandé, en absence d'anomalie de la glycorégulation antérieure.

Ce dépistage repose sur un contrôle de la glycémie capillaire encadrant les repas habituels de la patiente.

Durant 1 semaine, un contrôle de la glycémie capillaire sera proposé en préprandial et en post prandial (1h ou 2h après le début du repas). Un diabète gestationnel sera diagnostiqué sur des valeurs supérieures aux normes attendues dans plus de 20% des mesures. Les normes actuellement retenues sont GAJ 0.95 g/L, 1h post prandial >= 1,40 g/L, 2h post prandial >= 1,20g/L.

La prise en charge d'un éventuel diabète gestationnel reposera sur les mêmes modalités qu'un diabète gestationnel hors contexte de chirurgie bariatrique : conseil alimentaire avec modification des habitudes sur conseils et suivi par un diététicien et recours à l'insulinothérapie si les objectifs ne sont pas atteints.

**En lien avec la maternité de Majorelle, le Centre de Nutrition et de l'Obésité de Gentilly propose aux femmes enceintes ayant été opérées de chirurgie bariatrique, un suivi spécialisé auprès de l'équipe associant chirurgiens, médecin nutritionniste, infirmière, diététiciens, psychologues.**

→ Vous pouvez nous contacter au 03 83 93 50 68.

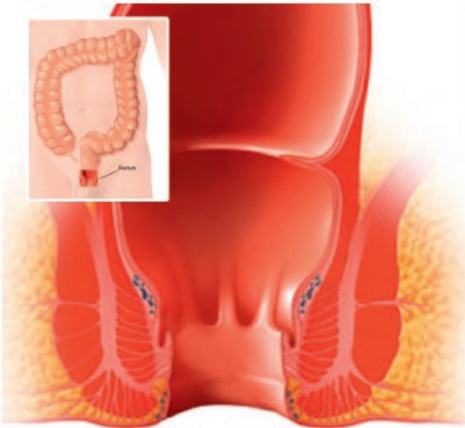
# Qu'est-ce que sont les hémorroïdes ?

Dr Vincent PILLOY, Chirurgie viscérale et digestive.

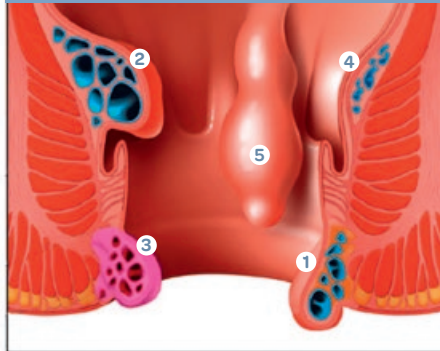
## Hémorroïdes : définition

Il s'agit d'une dilatation anormale des veines anales (varices anales).

**Pathologie fréquente (touche un adulte sur trois), relevant le plus souvent d'un simple traitement médical, elle peut devenir invalidante (crises douloureuses fréquentes, hémorragies, extériorisation permanente, suintement, prurit anal...) et nécessiter un traitement chirurgical (chirurgie proctologique).**



- 1 : prolapsus hémorroïdaire externe
- 2 : prolapsus hémorroïdaire interne
- 3 : thrombose hémorroïdaire (caillot)
- 4 : hémorroïde interne normale
- 5 : polype hémorroïdaire



Elle consiste à introduire dans la veine une sonde qui va délivrer des micro-ondes qui vont chauffer et scléroser la veine.

Il s'agit d'un traitement mini-invasif qui dure entre 15 et 30 minutes, sans plaie. Les suites sont alors beaucoup plus simple que la chirurgie classique puisqu'il n'y a quasiment plus de douleur, pas de soins locaux ni de pansements post opératoires et quelques jours seulement d'arrêt d'activité.

Comme les suites sont très peu douloureuses, les patients peuvent rentrer à domicile le soir même; seuls des antalgiques simples sont utiles, type paracétamol ou AINS, et l'arrêt de travail n'excède pas une semaine.

## Hémorroïdes : causes et symptômes

Elles apparaissent plus facilement en cas de constipation chronique, d'efforts de poussée lors des selles, en cas de grossesse (diminution du retour veineux par la compression des veines, exercée par le bébé) et d'accouchement (effort de poussée), avec l'âge. La consommation d'alcool ou d'épices peut entraîner des crises.

Il existe d'autres lésions bénignes de la région anales apparentées aux hémorroïdes et pouvant nécessiter une exérèse, comme des marisques (excès de peau apparaissant après une poussée d'hémorroïde) un polype hémorroïdaire (bout de chair dans le canal anal, pouvant s'extérioriser lors des selles).

## Hémorroïdes : quel est le traitement ?

On ne parlera ici que du traitement chirurgical des hémorroïdes, à réserver aux formes évoluées ou très symptomatiques de la maladie.

### Hémorroïdes : opération

Il existe de multiples interventions possibles.

#### La résection des paquets hémorroïdaires, technique de Milligan et Morgan.

C'est la technique de référence de la chirurgie des hémorroïdes. Elle consiste à retirer les trois paquets veineux (parfois quatre) en emportant l'excès de peau anale (marisques)

et en liant les veines au sommet du canal anal. Cette intervention laisse des plaies qui vont cicatriser en quelques semaines.

#### L'hémorroïdopexie selon la technique de Longo.

Elle consiste à retirer et agraffer une collerette de veines hémorroïdaires, de façon circulaire, grâce à une pince mécanique. Cette intervention qui permet de "remonter" les hémorroïdes présente l'avantage de ne pas laisser de plaie et d'être moins douloureuse que la technique de référence.

#### Il existe d'autres méthodes comme la ligature élective des artères hémorroïdaires après repérage échographique.

**Enfin, de nouvelles techniques très prometteuses font leur apparition, en particulier le traitement des hémorroïdes par radiofréquence.**

Les résultats sont visibles rapidement avec une efficacité parfaite à 1 à 2 mois après.

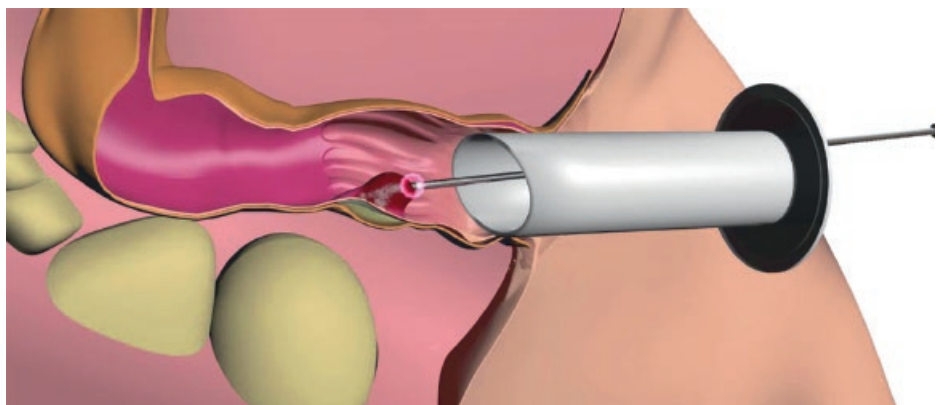
Les complications sont exceptionnelles puisqu'il n'y a pas de plaie donc pas de retard de cicatrisation, pas de douleur à la défécation, pas de saignement.

## Les bénéfiques

Pour le patient :

- chirurgie mini invasive ;
- peu ou pas de douleur dans la majorité des cas ;
- pas de soins post opératoire ;
- chirurgie en ambulatoire avec retour quasi immédiat aux activités quotidiennes.

**Désormais, il n'y a plus de raison de souffrir de ses hémorroïdes !**



# Cancer du testicule : osons en parler !

Dr Jean-Luc MOREAU pour le Centre d'Urologie des Drs CHOPIN, GAUCHER, HUBERT, MAIRE, NICOLAS et PIERFITTE



**Qu'il s'agisse des cancers de la prostate ou du testicule, les cancers masculins ne font pas l'objet de recommandations de dépistage organisé comme le cancer du sein, du col de l'utérus ou du colon.**

**Et pourtant, c'est aussi leur détection précoce au stade asymptomatique qui offre les plus grandes chances de curabilité.**

**Par ailleurs, l'homme est moins enclin à se faire examiner avec souvent la crainte d'une atteinte à sa virilité, la prostate étant encore le symbole d'une vulnérabilité masculine malgré les progrès diagnostiques et thérapeutiques.**

Le cancer du testicule est plus rare, environ 2800 nouveaux cas en France en 2018 et il est moins connu.

Il touche essentiellement les adultes jeunes : 85% des hommes diagnostiqués ont entre 15 et 49 ans. Son incidence en forte augmentation pourrait être liée au développement de nouveaux facteurs de risque.

En effet, à côté des facteurs consensuels que sont les dysgénésies testiculaires (cryptorchidie, hypo- ou infertilité), antécédent familial de tumeur germinale, atrophie testiculaire, d'autres facteurs sont discutés comme la consommation de cannabis, les pesticides, les solvants organiques.

Il existe deux types de tumeurs germinales, les tumeurs séminomateuses (60%) ou TGS et les tumeurs non séminomateuses (TGNS) ; les tumeurs non germinales, plus rares, comprennent les tumeurs du stroma gonadique (à cellules de Leydig bénignes le plus souvent et à cellules de Sertoli) et les gonadoblastomes.

L'auto-palpation régulière (réalisée à deux mains, face à un miroir) est recommandée, particulièrement en cas d'antécédent de cryptorchidie ou de cancer du testicule dans la famille.

Toute constatation de tuméfaction indurée au niveau d'une bourse, parfois à la suite d'un épisode douloureux, doit inciter à consulter son médecin très rapidement pour un examen plus précis des bourses, la recherche d'une gynécomastie et pour éliminer une grosse bourse d'autre cause, en premier lieu épididymite, hydrocèle, kyste épididymaire...

L'écho-doppler recommandé permet de différencier les lésions extra- et intra-testiculaires.

Trois marqueurs sériques sont prescrits systématiquement : l'AFP non spécifique (non sécrété par le séminome ou le choriocarcinome), la gonadotrophine chorionique humaine totale ou HCGt (choriocarcinome, certains carcinomes embryonnaires et 10 à 20% des séminomes) et enfin la LDH, corrélée au volume tumoral.

Le TDM abdomino-pelvien et thoracique permet de rechercher des atteintes ganglionnaires rétro-péritonéales, médiastinales ainsi que des métastases pulmonaires. Les autres examens d'imagerie sont proposés en fonction du contexte clinique.

L'orchidectomie élargie par voie inguinale est le traitement local de référence.

A souligner que l'orchidectomie est idéalement précédée d'une cryoconservation de sperme du fait du risque d'infertilité post-thérapeutique.

En fonction du type de tumeur et du stade tumoral, des traitements complémentaires, décidés en RCP, peuvent être nécessaires : chimiothérapie, radiothérapie, curage ganglionnaire rétro-péritonéal.

Des protocoles de suivi sont établis. Le pronostic du cancer du testicule est excellent, d'autant plus qu'il a été détecté à un stade local ou avec des métastases ganglionnaires limitées au rétro-péritoine.

**Le Centre d'Urologie et le Centre d'Oncologie de Gentilly participent à la campagne de sensibilisation sur les cancers masculins organisée en septembre par la Ligue contre le Cancer dans le cadre du « Challenge des Gentlemen » avec une conférence le 20 septembre 2021 à 18 H à la Mairie de Nancy.**

# Histoire naturelle de l'accréditation d'une équipe médicale par la Haute Autorité de Santé dans des établissements du groupe Elsan à Nancy

*Dr Alain FRISONI, Référent de l'équipe CFAR-31, Anesthésie – Réanimation*



**L'accréditation en équipe est une démarche volontaire proposée aux médecins par la Haute Autorité de Santé afin d'améliorer les pratiques professionnelles.**

**Comme l'accréditation individuelle, elle est assortie d'une prise en charge partielle de la prime de Responsabilité Civile Professionnelle (RCP) de chaque médecin par la caisse d'assurance maladie.**

Aujourd'hui, particulièrement en ce qui concerne notre spécialité, le travail en équipe est incontournable. En avance sur beaucoup d'autres structures, nous avons déjà anticipé cela dès 2000 avec la création de la Selarl Blaise Pascal sous l'impulsion de Dr Thierry Maday, associé co-fondateur.

C'est donc tout naturellement, dans le prolongement de ce mode d'exercice particulier, que les Anesthésistes-Réanimateurs des cliniques de Gentilly et Ambroise Paré se sont engagés en 2020 dans l'accréditation en équipe.

Mais travailler en équipe n'est pas inné. Pour des médecins qui sont amenés fréquemment à prendre des décisions personnelles dans l'intérêt de leurs patients, le travail en équipe peut être parfois vécu comme une remise en question de leurs compétences personnelles.

Il persiste chez beaucoup de médecins l'idée que le travail en équipe peut être lui-même source d'événements indésirables partageant le point de vue de Georges Clémenceau : « Pour décider il faut être un nombre impair, et trois c'est déjà de trop. »

Néanmoins, les faits ont la vie dure. La pratique et le mode d'exercice imposent de facto une organisation commune avec des attitudes sinon identiques, tout au moins cohérentes dans leur succession et harmonisées en relation avec les données actuelles de la science.

Tout d'abord, la démarche en équipe nous a imposé d'abandonner nos démarches individuelles et de regrouper nos 15 membres au sein de l'équipe CFAR-31 de notre Organisme Agréé (OA) : le Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs (CFAR).

Cela s'est étalé sur 6 mois et a été rendu possible grâce au logiciel SIAM2 de la Haute Autorité de Santé (HAS), à l'aide du personnel du CFAR au siège parisien, rue Raynouart et de Dr Jean-Marc Dumeix, administrateur du CFAR. Cela nous a permis par ailleurs l'intégration de notre réanimateur dont l'organisme accréditeur était défaillant. Notre expert, Dr Christophe Decoene, Praticien Hospitalier au CHRU de Lille et coordonnateur médical de la structure régionale d'appui pour l'ARS des Hauts de France, supervise le processus.

Pour l'accréditation en équipe, dans notre organisme agréé, il faut :

**1 - Effectuer la déclaration et l'analyse d'Événements Indésirables Associés aux Soins (EIAS)** qui sont véritablement la pierre angulaire du dispositif. En équipe, le nombre de déclarations par an est de 0,6 que multiplie le nombre de membres de l'équipe.

**2 - En équipe réaliser 2 recommandations annuelles** choisies dans la liste éditée par le CFAR et pour chaque médecin réaliser 2 activités.

Pour résumer notre parcours, dans les 2 établissements nous avons analysé 8 EIAS dont certains relevaient d'accidents aux anticoagulants : dans la logique de **la première recommandation** qui porte sur les accidents aux relais d'anticoagulants, une procédure a été rédigée et éditée avec le concours du service qualité de la polyclinique de Gentilly que nous tenons à remercier pour l'aide apportée. Dans nos établissements, il s'agit d'une première dans le domaine du retour d'expérience en équipe avec le but d'augmenter la sécurité du patient et la qualité de sa prise en charge.

**La seconde recommandation** porte sur l'antibioprophylaxie et il a été possible de rendre accessible par informatique un protocole commun actualisé dans toutes les salles d'opération.

En parallèle et saisissant l'opportunité offerte par ces aménagements, les Aides Cognitives en Anesthésie Réanimation (ACAR : aide en cas de situation de crise au bloc opératoire) publiée par notre société savante, la Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR) ont été intégrées au dossier CFAR-31 sur les bureaux des ordinateurs dans chaque salle à Gentilly et Ambroise Paré.



# ACCRÉDITATION DES MÉDECINS ET DES ÉQUIPES MÉDICALES

## ATTESTATION

*L'équipe d'anesthésie réanimation des  
Clinique Ambroise Paré - Polyclinique de Gentilly  
54100 Nancy*

*a validé avec succès sa démarche d'accréditation  
en équipe le : 26 novembre 2020*

*Liste des membres de l'équipe médicale à la date du 26 / 11 / 2020*

- Dr BUESSLER Nicolas	- Dr FRISONI Alain	- Dr LEFEVRE Régis
- Dr CANGEMI Paul	- Dr GARRIC Jean-Romain	- Dr MADAY Thierry
- Dr CARON Vincent	- Dr HOFF Thibaut	- Dr POP Régis
- Dr CLAUDOT Jean-Louis	- Dr JACQUES Thierry	- Dr SPANTOVEANU Florentina
- Dr FOURRIERE Paul Amé	- Dr L'HOIS Gregory	- Dr TERRIER-HELLUY Anne

*Dr Laetitia MAY-MICHELANGELI  
Chef de service*



*Cette attestation est délivrée pour faire valoir la qualité de l'engagement des médecins de cette équipe dans la démarche d'accréditation. Elle est valable pour une durée de quatre ans, sous réserve du respect par les médecins de leurs obligations annuelles, et de l'absence de modification de la composition de l'équipe. Elle ne peut être utilisée à titre individuel par les médecins cités ci-dessus auprès de l'Assurance Maladie.*

Trop souvent, les documents papiers à disposition sont périmés ou peu lisibles.

L'accès à l'information sur les terminaux personnels type smartphone, bien qu'utile, ne garantit pas l'utilisation de protocoles communs actualisés et validés.

La question de l'accès pour tous (anesthésistes, réanimateurs, titulaires ou remplaçant(e)s, internes, infirmier(e)s anesthésistes diplômé(e)s d'état, IDE) à une information actualisée et validée, y compris concernant le dossier patient, se pose en pratique et ce travail constitue le point de départ vers une future informatisation de l'anesthésie au bloc opératoire.

Ceci a été possible grâce à l'appui de M. Franck Vanlangendonck et du service informatique dirigé par M. Philippe Girard que nous remercions pour leur soutien dans ce domaine particulier.

Enfin, pour répondre aux 2 activités, chaque membre de l'équipe s'engage d'une part à participer à 4 demi-journées consacrées à la gestion du risque sur un cycle de 4 ans auprès d'organismes agréés et d'autre part à participer chaque année, dans les établissements, aux réunions de morbi-mortalité (RMM) durant lesquelles sont analysés, en équipe et en direct dans notre cas, les EIAS dans la base de données du SIAM2.

En cette année 2021, les questions de l'informatique, des EIAS liés aux pro-logiciels utilisés dans les cliniques ainsi que les relations entre professionnels sont au centre de notre démarche.

Pour conclure, cette évolution demande à chaque membre un investissement personnel qui porte essentiellement sur l'amélioration de sa culture de gestion du risque, soutenu par les efforts de tous les membres de l'équipe.

L'application en commun des recommandations actualisées de la SFAR dans « la vraie vie » ne va pas sans écueil. Mais en dépit des difficultés, la première année a été un succès. Le nouveau cycle qui s'ouvre comporte 3 années avec un bilan pour chacune des années et pour finir le cycle, une année d'accréditation. Chaque étape annuelle est analysée, validée ou refusée par notre expert OA puis par la HAS. La tendance est à une plus grande rigueur dans l'analyse des bilans avec la perspective de la future re-certification obligatoire des

médecins qui pourrait peut-être s'inspirer de l'accréditation, au risque de décourager les volontaires d'aujourd'hui.

D'autres spécialités, dans nos établissements bientôt regroupés, vont probablement s'engager dans la procédure.

Car si nos modes d'exercices libéraux sont déjà très performants, la démarche est indéniablement un gain en termes de sécurité pour nos patients et également une crédibilité accrue pour nos pratiques : ne compte-t-on pas pour l'année 2019 près de 5 millions d'accès sur le site de l'HAS qui rend publique la liste des médecins et des équipes accréditées ?

[www.has-sante.fr/jcms/p\\_3220433/fr/equipe-d-anesthesie-reanimation-de-lapolyclinique-de-gentilly-a-nancy-54](http://www.has-sante.fr/jcms/p_3220433/fr/equipe-d-anesthesie-reanimation-de-lapolyclinique-de-gentilly-a-nancy-54)



[www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/dc\\_2020\\_0269\\_accr\\_equipe\\_polyclinique\\_gentilly\\_cd\\_2020\\_11\\_26\\_vd.pdf](http://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/dc_2020_0269_accr_equipe_polyclinique_gentilly_cd_2020_11_26_vd.pdf)



# Paupières et tumeurs : les lésions dangereuses

Docteur Jean-Luc FAU, Oculoplasticien – Cabinet de chirurgie et d’oculoplastique - 16 rue Raymond Poincaré 54000 NANCY  
 Elsan - Clinique Saint-André, Vandœuvre-lès-Nancy - www.drfauf.fr

## 1. Introduction

Les paupières ont toujours eu une place particulière dans les relations interindividuelles.

Notre regard dépend de la dualité des paupières et de leur harmonie. Quelle que soit leur agressivité, les tumeurs palpébrales sont des motifs fréquents de consultation en ophtalmologie et dermatologie car l’anatomie des paupières est particulière.

Les paupières ont une face externe cutanée et une face interne muqueuse (conjonctivale) qui toutes deux comportent un très grand nombre de constituants anatomiques.

A la demande du médecin traitant, ou de sa propre initiative, le patient est fréquemment adressé au dermatologue qui sait inclure les paupières dans le contexte facial global. Son expérience est au service de son expertise pour le diagnostic et le traitement de nombreuses lésions palpébrales.

Mais à mesure que l’on se rapproche du bord libre de la paupière, véritable frontière dermato-ophtalmologique, l’analyse par l’ophtalmologiste averti devient nécessaire. L’enjeu pour ce dernier est de déterminer le degré d’urgence de la prise en charge de la lésion dicté par son potentiel agressif. Ainsi, après un examen clinique précis et rigoureux, une biopsie pourra être réalisée d’emblée avant de reconvoquer le patient pour la lecture de l’analyse histologique et de l’accompagner dans les séquences de son traitement.

Le traitement des tumeurs cutanées palpébrales est essentiellement chirurgical. Le maintien d’une fonction visuelle de qualité passe aussi par la restauration d’une anatomie et une dynamique palpébrale stable et esthétiquement harmonieuse.

Envisageons en quelques mots l’analyse des lésions rencontrées, les facteurs de risque de malignité (tableau 1), une classification simplifiée des tumeurs palpébrales (tableau 2), et les particularités de la chirurgie palpébrale reconstructrice.

→ Tableau 1

Facteurs de risque de malignité palpébrale	
▶ Exposition solaire : UVB, UVA (soleil, lampe à bronzer) surtout pour le carcinome épidermoïde.	
▶ Tabac	
▶ Traumatismes répétés	
▶ Radiothérapie	
▶ Immunodépression prolongée (surtout pour le spinocellulaire) hpv corrélé au carcinome épidermoïde en asie (chine et inde)	
▶ HPV type 8 associé au VIH dans le carcinome de kaposi conjonctivo palpébral	
▶ Kératose actinique	
▶ Phototype clair	
▶ Lésion chronique	

→ Tableau 2 :

Les types principaux histologiques de tumeurs palpébrales		
Tumeur épithéliale	Tumeur bénigne	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Kyste dermoïde/kyste épidermoïde/choristome</li> <li>▶ Kyste d’inclusion épidermique</li> <li>▶ Papillome</li> <li>▶ Molluscum</li> <li>▶ Kyste séborrhéique</li> </ul>
	Tumeur cancéreuse précoce	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Kératose actinique</li> <li>▶ Kératoacanthome</li> </ul>
	Tumeur maligne	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Carcinome baso cellulaire</li> <li>▶ Carcinome intra épidermique maladie de bowen</li> <li>▶ Carcinome épidermoïde</li> </ul>
Tumeur des annexes	Tumeur d’origine pilosébacée bénigne	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Comédons</li> <li>▶ Milium(milia)</li> </ul>
	Tumeur d’origine sébacée bénigne	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Orgelet/chalazion</li> </ul>
	Tumeur des glandes sébacées malignes	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Carcinome sébacé palpébral</li> </ul>
	Tumeur d’origine sudoripare éccrine	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Hidrocystome</li> <li>▶ Syringome</li> <li>▶ Sudoripare apocrine</li> <li>▶ Cystadénome apocrine</li> </ul>
Lésions palpébrales pigmentées	Tumeur mélanocytaire bénigne	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Naevus</li> <li>▶ Naevus congénitaux</li> <li>▶ Kissing naevus</li> <li>▶ Naevus pileux de la marge ciliaire</li> </ul>
	Tumeur mélanocytaire intermédiaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Naevus congénital géant</li> <li>▶ Naevus d’OTA</li> </ul>
	Tumeur mélanocytaire maligne	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Mélanose de dubreuil</li> <li>▶ Mélanome</li> </ul>
Tumeur vasculaire	Tumeur bénigne	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Hémangiome capillaire</li> <li>▶ Lymphangiome</li> <li>▶ Granulome pyogénique (botriomycome)</li> </ul>
	Tumeur maligne	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Sacome de kaposi</li> </ul>
Tumeurs neurogènes	Tumeur bénigne	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Neurofibrome isolé</li> <li>▶ Neurofibrome plexiforme</li> <li>▶ Névrome</li> </ul>
	Tumeur maligne	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Carcinome neuro endocrine</li> </ul>
Lésion histiocytaire		<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Xanthélasma</li> <li>▶ Xanthogranulome</li> </ul>
Autres		<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Molluscum contagiosum</li> <li>▶ Amyloïdose</li> <li>▶ Sarcoidose</li> </ul>

## 2. Analyse clinique

**La détection du caractère malin des tumeurs palpébrales repose sur le comportement clinique de la lésion. Toutefois la certitude n'est jamais acquise : seule l'analyse histologique peut confirmer le caractère bénin ou malin de la tumeur.**

### → Age de survenue :

Le jeune âge plaide pour une lésion bénigne. L'exposition aux UVA et UVB (soleil, lampe à bronzer) rend cependant plus en plus précoce la survenue de carcinome basocellulaire.

### → Durée d'évolution et vitesse de croissance de la tumeur

Il n'y a pas de règle absolue : les lésions bénignes inflammatoires (type chalazion), vasculaires (type granulome pyogénique) et les lésions malignes (carcinomes baso ou spino-cellulaires) peuvent présenter une croissance rapide. L'évolution lente de la tumeur n'est pas un gage de bénignité.

### → Les antécédents chirurgicaux ou traumatiques de la région palpébrale

La notion de chirurgie tumorale préalable ou de radiothérapie doit rendre l'examen palpébral le plus rigoureux possible. Le contexte de l'exposition solaire est à préciser.

### → Lésions multiples :

La multiplicité des lésions et leur récurrence n'est pas suspecte mais doit faire penser à une expression cutanée syndromique (par exemple sida en cas de molluscum contagiosum récurrent de l'adulte).

### → Lésions prédisposantes sous-jacentes

Elles sont liées à l'exposition solaire : kératose actinique (risque de carcinome épidermoïde), héliodermie entraînant une élastose et un creusement des rides, éphélides et lentigo actinique (pigmentation disparate) ainsi que kératose et lésion squameuse.

### → Kystes et nodules

Les kystes se définissent comme une cavité anormale bordée d'un revêtement épithélial. Si l'aspect kystique traduit une lésion bénigne, le carcinome basocellulaire kystique n'est pas rare. Les nodules déformant la marge palpébrale sont évocateurs d'une prolifération néoplasique. Les naevus de croissance lente se « moulent » sur la surface cornéo-conjonctivale. Une ulcération centrale est en faveur d'une lésion agressive (carcinome basocellulaire).

### → Pigmentation

L'analyse de la pigmentation n'est pas univoque et nécessite de fréquents contrôles cliniques. La crainte majeure reste le mélanome, mais les carcinomes basocellulaires et même les kystes glandulaires (bénins) peuvent se pigmenter. Les papillomes de cornée et les carcinomes

séborrhéiques sont plus ou moins pigmentés (lésions bénignes).

### → Télangiectasies et vaisseaux de surface

Les fins vaisseaux dilatés courant sur la surface d'une lésion relativement claire constituent des télangiectasies. Ils sont fréquemment rencontrés dans le carcinome basocellulaire. L'examen biomicroscopie (dermatoscope ou lampe à fente) permet l'analyse fine du trajet vasculaire qui est perpendiculaire à la surface cutanée en cas de papillome verruqueux par exemple.

### → Ulcération

Grand classique dans l'évolution des carcinomes basocellulaires nodulaires. L'ulcération « agace » le patient qui est fréquemment tenté de l'éliminer régulièrement (récidive inélectable) avec ses doigts ou une pince à épiler (mise à contribution de l'entourage). Il n'est pas rare que le patient consulte à ce stade. L'ulcération est parfois impressionnante comme dans les kératoacanthomes et affecte également le carcinome spino-cellulaire.

### → Madarose

C'est une perte de cils localisée ou étendue, en fonction de la taille de la tumeur qui touche la marge palpébrale (bord libre de la paupière). Le contexte clinique peut orienter vers une étiologie autre de la madarose : hypothyroïdie, dermatite atopique, trichotillomanie, lupus érythémateux, une blépharite chronique ou toxicité locale des collyres (bétabloquants dans le traitement des glaucomes à angle ouvert). Une perte de cils localisée reste toujours suspecte et nécessite la plus grande attention.

### → Adénopathie de voisinage

Le drainage lymphatique palpébral (schéma) est scindé en une zone canthale interne (ganglions prétragés) et une zone canthale externe (ganglions sous mandibulaires). La palpation des ganglions pré auriculaires doit être systématique lors de l'examen clinique des tumeurs palpébrales. Cependant certaines conjonctivites de type granulomateuses (maladie des griffes du chat, chlamydiatrachomatis) peuvent également provoquer des adénopathies régionales.

## 3. Exemples de tumeurs palpébrales bénignes

Photo 1 : amylose palpébrale supérieure droite

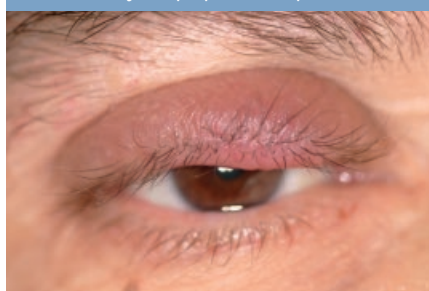


Photo 2 : neurofibrome plexiforme supérieur gauche (NF1)

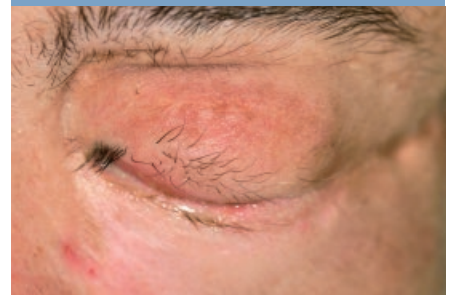


Photo 3 : xanthélasma

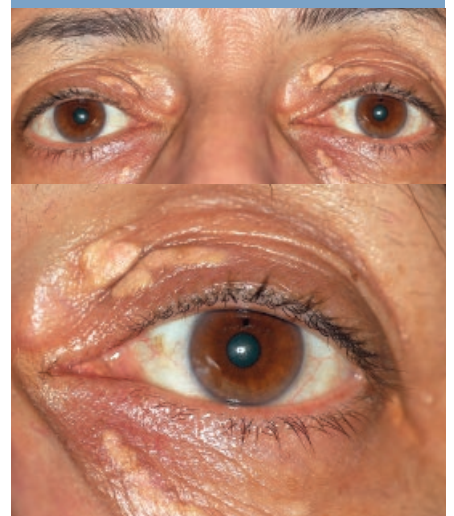


Photo 4 : xanthogranulomatose

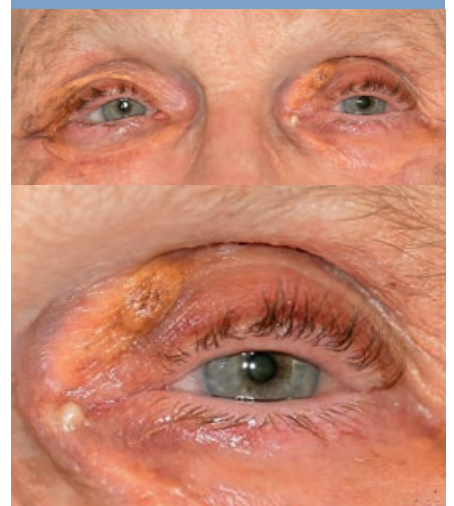


Photo 5 : kyste épidermique paupière inférieure droite



**4. Tumeurs malignes et lésions d'apparence similaire**

Photo 6 : pilomatricome (Epithélioma calcifié de Malherbe)



Photo 11 : naevus

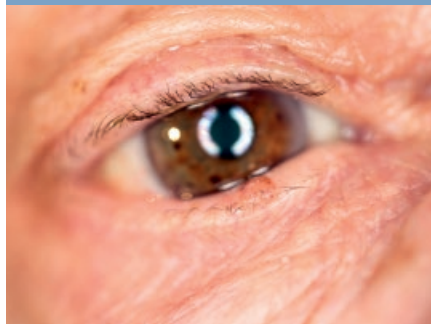


Photo 1 : mélanome conjonctival gauche



Photo 7 : syndrome des hamartomes comédiens



Photo 12 : naevus dermique tubéreux

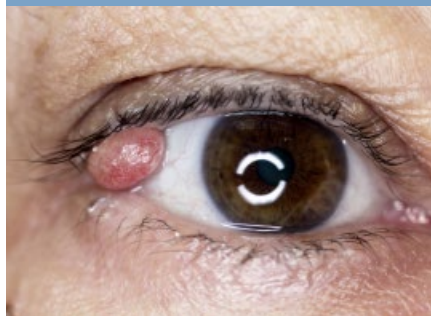


Photo 2 : mélanome palpébral gauche

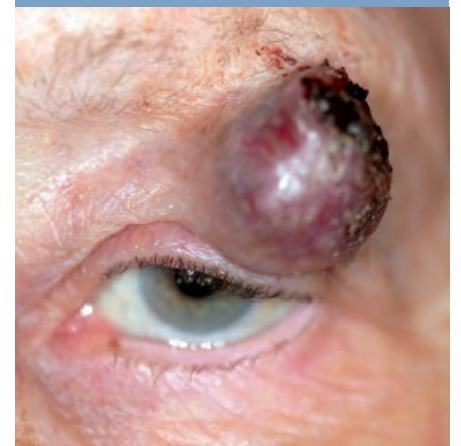


Photo 8 : hidrocystome apocrine avec ostéome

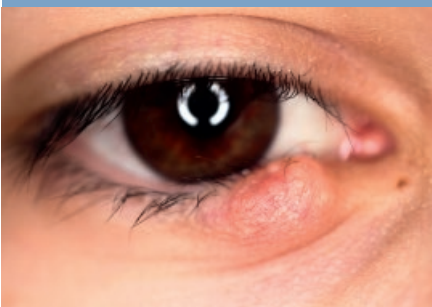


Photo 13 : papillokératose sans malignité

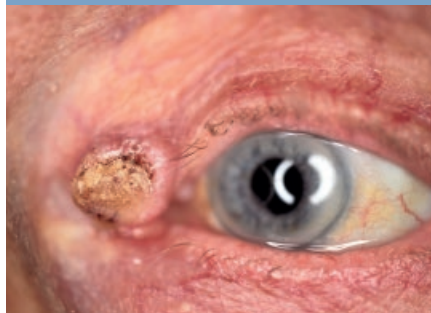


Photo 3 : hidrocystome eccrine pigmenté



Photo 9 : kératose séborrhéique irritée



Photo 14 : trichofolliculome



Photo 4 : carcinome basocellulaire du bord libre



Photo 10 : maladie de Bowen



Photo 15 : tricholemnome



Photo 5 : neurilemome



Photo 10 : chalazion inflammatoire exophytique

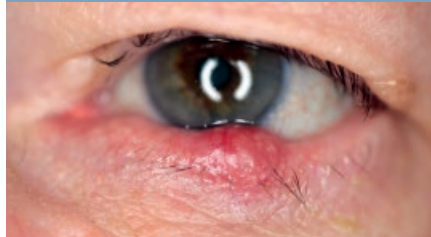


Photo 16 : lymphome palpébral droit



Photo 6 : carcinome épidermoïde de paupière supérieure gauche



Photo 11 : carcinome sébacé

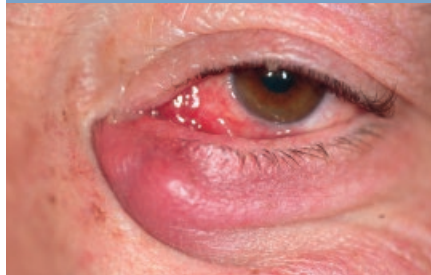


Photo 17 : métastase cancer du sein (paupière inférieure gauche)

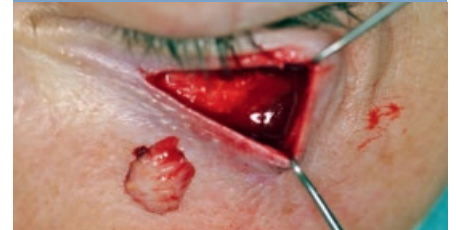


Photo 7 : botriomycome (granulome pyogénique) secondaire à un chalazion



Photo 12 : carcinome épidermoïde kératinisant



Photo 18 : hidrocystome



Photo 8 : kératoacanthome

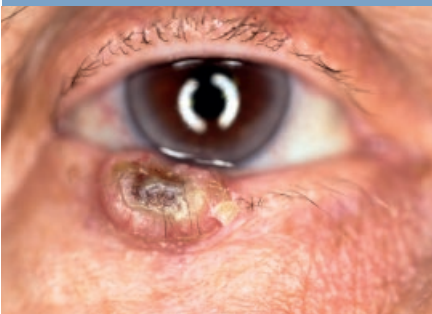


Photo 13 : chalazion du bord libre



Photo 19 : carcinome basocellulaire kystique



Photo 9 : carcinome basocellulaire ulcero nodulaire



Photo 14 : carcinome basocellulaire nodulaire ulcéré



Photo 20 : mélanose de Dubreuil



Photo 15 : hidrocystomes multiples en grappe



Photo 21 : pseudo blépharite : carcinome spinocellulaire



## 5. Particularité de la prise en charge chirurgicale des tumeurs palpébrales

Les paupières ont plusieurs rôles. Le premier est la protection mécanique du globe oculaire. Le deuxième rôle concerne le bon fonctionnement des larmes avec l'étalement de celles-ci grâce à la contraction de la paupière supérieure qui provoque le clignement.

L'évacuation du trop plein lacrymal se fait par le mouvement de drainage de la paupière inférieure. La paupière inférieure et la paupière supérieure travaillent donc ensemble, à chaque clignement, et ce tout au long de la vie.

A tout âge et lors de la survenue d'une tumeur palpébrale, la dynamique permanente des paupières doit être maintenue et son efficacité préservée.

Enfin, la troisième fonction des paupières est relationnelle. C'est-à-dire esthétique par l'harmonie de leurs formes et communicatives par la dynamique singulière qui définit le regard.

La reconstruction palpébrale tient compte de l'exigence de ces paramètres et nécessite souvent une réparation associée des voies lacrymales pour limiter le risque de larmolement post opératoire.

Les greffes et les lambeaux de transposition sont à la disposition de l'opérateur spécialiste en chirurgie palpébro-lacrymale.

Photo 1 : basocellulaire de paupière inférieure gauche



Photo 2 : reconstruction par lambeau de transposition



Photo 3 : carcinome épidermoïde de la moitié de la paupière inférieure



Photo 4 : aspect post opératoire à 3 mois et avant tatouage du nouveau bord palpébral

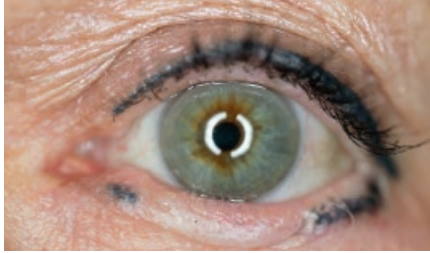


Photo 5 : kissing naevus droit



Photo 6 et 7 : per opératoire



Photo 7



Photo 8 : aspect post opératoire à 3 mois



Photo 9 : carcinome basocellulaire récidivant sur cicatrice

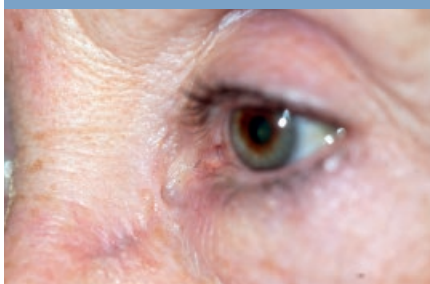


Photo 10 et 11 : lambeaux de reconstruction



Photo 11



Photo 12 : aspect post opératoire à 3 mois



Photo 13 : carcinome basocellulaire du canthus interne droit

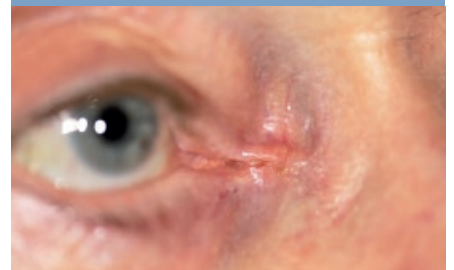


Photo 14 : lambeaux suturés



Photo 15 : aspect post opératoire à 3 mois

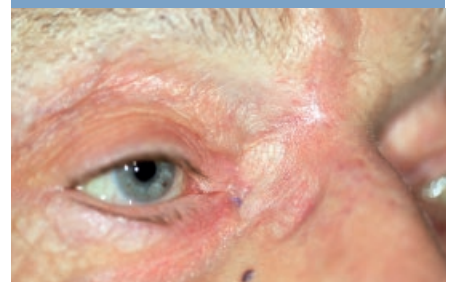


Photo 16 : mélanose de Dubreuil

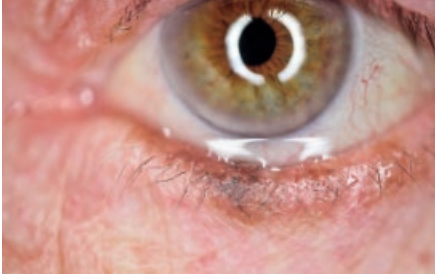


Photo 17, 18, 19 et 20 : reconstruction per opératoire



Photo 18



Photo 19



Photo 20



Photo 21 : aspect post opératoire à 3 mois

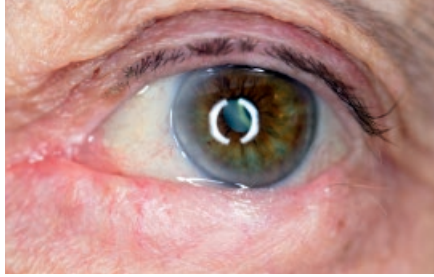


Photo 22 : carcinome basocellulaire négligé et infiltrant gauche

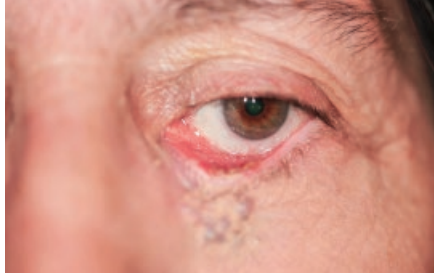


Photo 23 et 24 : reconstruction par lambeaux multiples



Photo 24



Photo 25 : aspect à 2 mois

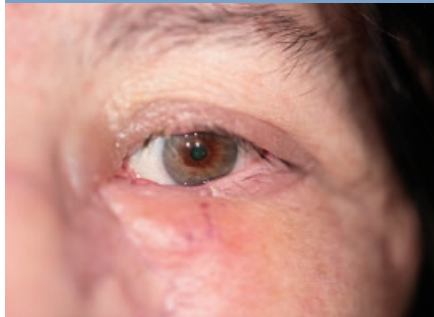


Photo 26: aspect post opératoire à 4 mois

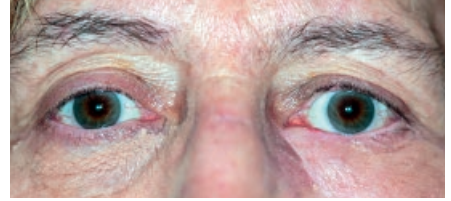


Photo 27 : naevus plan de grande taille



Photo 28 : aspect post opératoire à 2 ans



## 6. Conclusion

Les tumeurs palpébrales ont une présentation parfois trompeuse. Le but de la chirurgie des tumeurs palpébrales est avant tout carcinologique en cas de tumeur à haut potentiel agressif.

La conservation du rôle de protection, de la-crymation (humidification de la surface oculaire) et de la dimension sensorielle des paupières est l'objectif final de la prise en charge des tumeurs et lésions palpébrales.

## 7. Bibliographie

1. SHIELDS JA, SHIELDS CL. « Atlas of eyelid and congenital tumors » Lippincott Williams and WILKINS 1999
2. LASUDRY J, ADENIS JP, ROBERTPY. Tumeurs palpébrales aspect clinique, diagnostique et thérapeutique. Paris Elsevier Masson SAS EMC 2011 :21-110-A-10.
3. ZMUDA M, HERDAN ML. Tumeurs palpébrales. Chapitre 2 dans « Chirurgie du regard » Elsevier Masson Rapport de la SFO 2016
4. FAU JL. Traitements médicaux adjuvants de la chirurgie. Chapitre 14 dans « Chirurgie du regard » Elsevier Masson Rapport de la SFO 2016.

Photos et chirurgies Dr JL FAU - [www.drfauf.fr](http://www.drfauf.fr)