



Journal Homepage: - www.journalijar.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/10075
DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/10075>



RESEARCH ARTICLE

SYRINGOCYSTADENOMA PAPILLIFERUM PRESENTING AS A CUTANEOUS HORN.

Sofia Aboudar, Najat Elaattoul, Ouafa Hocar, Nadia Akhdari and Said Amal.

Service de dermatologie-vénéréologie Centre hospitalier universitaire Mohamed VI Université Cadi-Ayyad,
Marrakech-Maroc.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 12 September 2019

Final Accepted: 14 October 2019

Published: November 2019

Abstract

Key words:-

Syringocystadenoma papilliferum,
Cutaneous horn, Nevus sebaceous of
Jadassohn.

Copy Right, IJAR, 2019,. All rights reserved.

Introduction:-

Le syringocystadénome papillifère (SCAP) est une tumeur annexielle bénigne et rare des glandes sudoripares apocrines ou eccrines (1). Il s'associe à un naevus sébacé de jadassohn dans le tiers des cas (2), mais son association avec une corne cutanée a été décrite une seule fois dans la littérature(3). Nous rapportons le cas original d'un jeune patient qui présente cette association exceptionnelle.

Observation:-

Il s'agit d'un patient de 22 ans sans antécédents pathologiques particuliers qui présente depuis l'enfance une plaque grisâtre légèrement verruqueuse de la région temporale supra-auriculaire gauche, à laquelle il n'avait pas prêté particulièrement attention. A la puberté celle-ci a commencé à augmenter de taille, jusqu'à l'apparition depuis 5 mois d'une projection kératosique en relief, qui gênait esthétiquement le patient ce qui l'a poussé à consulter. L'examen clinique trouve une plaque verruqueuse brunâtre en relief de 30 mm de grand axe surmontée d'une excroissance kératosique dure évoquant une authentique corne cutanée de 20 mm de hauteur (Image 1). Il n'y avait pas d'infiltration ou d'ulcération de la base. Il n'y avait pas non plus d'adénopathies régionales palpables. L'évolution a été marquée par le détachement de la corne du fait de sa manipulation par le patient.

Une biopsie excérèse de la lésion a été réalisée avec à l'histologie : Un tissu cutané bordé par un épiderme verruqueux en surface peu acanthosique d'architecture régulière sans atypies ni mitoses. Il est hyperorthokératosique. Le derme sous-jacent est le siège de glandes sébacées hyperplasiques en amas sans atypies ni mitoses. Le derme est partiellement fibreux et siège au centre d'une prolifération tumorale organisée en massifs et lobules avec des papilles à axe fibreux et bordées par des cellules épithéliales à noyau arrondi sans mitoses et à cytoplasme abondant parfois clair ou éosinophile. Le derme est fibreux hyalinisé et peu inflammatoire. Il est ulcéré en surface et recouvert en matériel fibrinoleucocytaire peu abondant. (Image 2). Nous avons retenu le diagnostic de corne cutanée survenue sur un syringocystadénome papillifère lui-même apparue sur un naevus sébacé de Jadassohn.

Corresponding Author:-Sofia Aboudar.

Address:-Service de dermatologie-vénéréologie Centre hospitalier universitaire Mohamed VI Université
Cadi-Ayyad, Marrakech-Maroc.



Figure 1:-Corne cutanée de 20 mm de hauteur sur une plaque grisâtre verruqueuse de 30 mm de grand axe chez un jeune de 22 ans

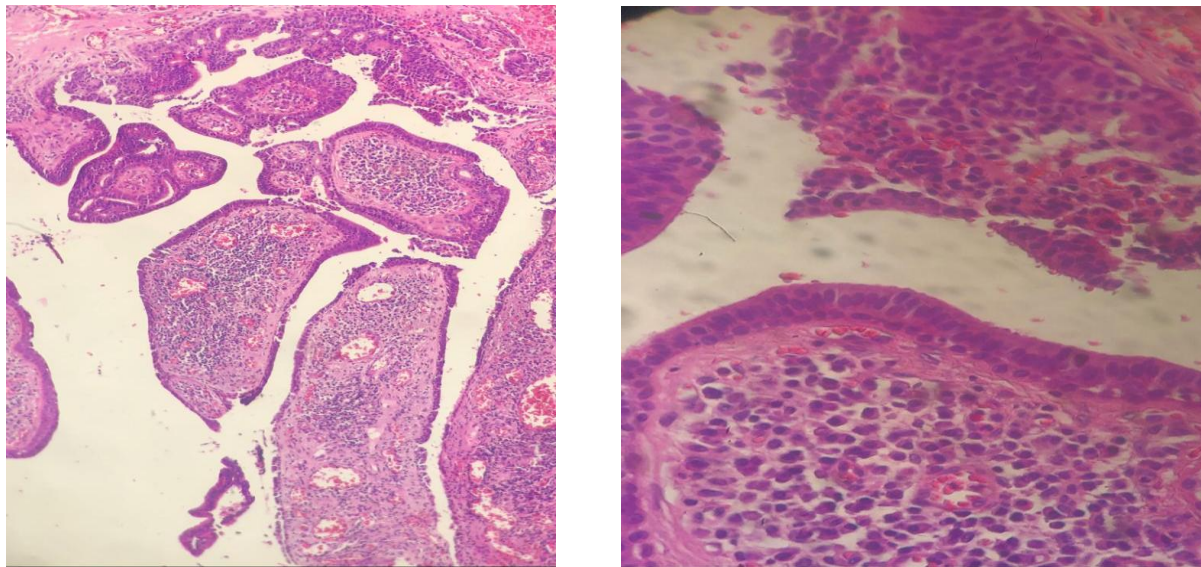


Figure 2 :-(A droite et à gauche) Image histologique de la lésion cutanée : Un tissu cutané bordé par un épiderme verruqueux en surface peu acanthosique d'architecture régulière sans atypies ni mitoses.

Il est hyperorthokératosique. Le derme sous-jacent est le siège de glandes sébacées hyperplasiques en amas sans atypies ni mitoses. Le derme est partiellement fibreux et siège au centre d'une prolifération tumorale organisée en massifs et lobules avec des papilles à axe fibreux et bordées par des cellules épithéliales à noyau arrondi sans mitoses et à cytoplasme abondant parfois clair ou éosinophile. Le derme est fibreux hyalinisé et peu inflammatoire. Il est ulcéré en surface et recouvert en matériel fibrinoleucocytaire peu abondant

Discussion:-

Un seul cas dans la littérature, publié par SY. Wen et al en 2001(3), il rapporte la survenue d'une corne cutanée sur un syringocystadénome papillifère chez un jeune homme de 25 ans auparavant en bonne santé dans la région temporale gauche, exactement comme chez notre patient, sans histoire préalable de tumeur sébacée ou verrue virale. La différence avec notre cas était la présence du naevus de Jadassohn.

La corne cutanée correspond à une agglutination de lames de kératine du revêtement épidermique qui s'organise sous forme de cône, elle peut être primitive isolée ou secondaire à des lésions cutanées bénignes ou malignes, la lésion associée la plus fréquente est la kératose actinique, plus fréquente chez les personnes âgées de phototype clair et sur les zones photoexposées (4). La question importante n'est pas la corne en elle-même, mais plutôt la nature de la maladie sous-jacente. Sa pathogénie est inconnue mais le rôle possible du Human papilloma Virus a été suggéré par Skelton et al. qui ont proposé un point de vue intéressant suggérant que le SCAP non associé au naevus sébacé

de Jadassohn apparaît fréquemment hyperkératosique ou verruqueux, et peut donc fournir un environnement plus propice à l'infection par le virus du papillome humain (5).

Une très large étude ayant étudié les associations lésionnelles de 643 cornes cutanées avait trouvé que 61% des cornes étaient dérivées de lésions épidermiques bénignes, 39% étaient d'origine maligne ou lésions précancéreuses. Les lésions sous-jacentes les plus courantes sont : les kératoses séborrhéiques (21%), suivies des kératoses actiniques (19%), du carcinome épidermoïde (15%) et des verrues (15 %). Et plus rarement : Le granulome pyogénique, la maladie de Kaposi, les naevus, les adénomes sébacés, carcinomes sébacés et prurigo nodulaire. Mais aucun cas de syringocystadénome papillifère(6).

Le syringocystadénome papillifère est une tumeur annexielle rare bénigne des glandes sudoripares apocrines ou plus rarement des glandes sudoripares eccrines, apparaît de novo ou sur un naevus sébacé de Jadassohn dans 30 % des cas. Il apparaît souvent durant l'enfant et il est déjà présent à la naissance dans 50 % des cas. Sa localisation est cervicocéphalique dans 75 % des cas(1). Le diagnostic est histologique, fait typiquement d'une prolifération épithéliale connectée à l'épiderme et formée de structures tubulées et papillaires, bordée par une double assise de cellules épithéliales : la plus interne cylindrique, et la plus externe cubique. Le stroma tumoral est typiquement constitué d'une prédominance de plasmocytes(7). Les associations lésionnelles rapportées sont nombreuses et représentées par des tumeurs bénignes (cystadénome apocrine, hydrocystome apocrine, hidradénome papillifère et porome folliculaire) et des tumeurs malignes (carcinome basocellulaire, carcinome verruqueux et sébacé) (8). Le seul traitement est l'exérèse complète, qui confirme également le diagnostic. Le laser CO2 reste une option de traitement pour les zones anatomiques défavorables à l'excision-greffe(1).

Kazakov et al. ont décrit 6 cas de syringocystadénocarcinomes papillifères, la plupart étant survenus sur des syringocystadénomes papillifères, suggérant le risque de transformation maligne des SCAP. Ils ont également établis des critères histologiques qui témoigneraient de la malignité (la présence d'atypies cytonucléaires, de mitoses anormales, de désorganisation architecturale, des structures cribriformes, de foyers de nécrose) (9). Nous nous sommes également demandés si la survenue de corne cutanée sur SCAP était un élément prédictif de transformation maligne mais dans les 2 cas actuellement décrits, aucun ne présentait les critères de malignités histologiques.

Conclusion:-

La survenue d'une corne cutanée sur un syringocystadénome papillifère est certes exceptionnelle, mais à connaître et à évoquer notamment devant la survenue d'une corne chez un jeune, vu le risque de transformation maligne du SCAP en syringocystadénocarcinome.

Références:-

1. A. Bains, N. Akhdari, S. Amal, A. Hamdaoui, F. Abbad, H. Rais Syringocystadénome papillifère Syringocystadenoma papilliferum Annales de dermatologie et vénéréologie Mai 2015 460-62,
2. A Rafik, H Baha, F Hali, S Chiheb, A Chlihi Syringocystadénome papillifère : une localisation inhabituelle Research Journal 2015. 1446
3. S Y. Wen et al. Syringocystadenoma papilliferum presenting as a cutaneous horn. British journal of dermatology. December 2001 142 1242-44
4. Findlay RF, Lapins NA. Pyogenic granuloma simulating a cutaneous horn. Cutis 1983; 31: 610-2
5. Skelton HG III, Smith KJ, Young D, Lupton GP. Condyloma acuminatum associated with syringocystadenoma papilliferum. Am J Dermatopathol 1994; 16: 628-30.
6. Yu RCH, Pryce DW, Macfarlane AW, Stewart TW. A histopathological study of 643 cutaneous horns. Br J Dermatol 1991; 124: 449-52
7. Rammeh-Rommani S, Fezaa B, Chelbi E, Kamoun MR, Baltagi BenJilani S, et al. : Syringocystadénome papillifère de localisation inhabituelle. Ann Dermatol Venerol 2006;133:301—2.
8. Yoon JH, Ahn HH, Kye YC, Seo SH. Syringocystadenoma papilliferum in coexistence with tubular apocrine adenoma on the calf. Ann Dermatol 2011;23:175—8.
9. Kazakov DV, Requena L, Kutzner H, Fernandez-Figueras MT, Kacerovska D, Mentzel T, et al. Morphologic diversity of syringo-cystadenocarcinoma papilliferum based on a clinicopathologic study of 6 cases and review of the literature. Am J Dermatopathol 2010;32:340-47.