



Journal Homepage: - www.journalijar.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/17436

DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/17436>



RESEARCH ARTICLE

CARCINOME EPIDERMOÏDE DU SCALP: A PROPOS D'UN CAS MULTICOMPLIQUÉ. SCARINOME CELLULAIRE DU SCALP: A CASER REPORT OF A PATIENT WITH MULTIPLE COMPLICATIONS

Dr. M. Sahir, Dr. Marzak, Dr. Salomé, Dr. Benlaguide, Dr. Sylla, Dr. Azzouzi, Dr. Alami, Dr. Lamaalla, Dr. Idelkheir, Dr. Zine Eddine, Dr. Ait Benlaassel, Pr. Ass. O. Elatiqi, Pr. MD. El Amrani and Pr. Y. Benchamkha

Plastic Surgery Department, University Hospital Of Mohammed VI Marrakech.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 20 June 2023

Final Accepted: 24 July 2023

Published: August 2023

Key words:-

Squamous Cell Carcinoma,
Complications, Screening, Elderly

Abstract

Squamous cell carcinoma of the scalp is frequent in our field of practice. Nevertheless, we report the case of a patient who had consulted at a locally advanced stage of the tumour. The patient was being monitored in our department and had almost all the critical complications of cancer in an elderly patient. Pathology examination confirmed the diagnosis. Treatment was dependent on the stage of the lesion and its location. The prognosis remained bleak. However, our hope for this patient relied on therapeutic protocols combining carcinological surgery first followed by adjuvant chemotherapy. This is a rather exceptional clinical case because of the multiple complications the patient had:

1. Thromboembolic
2. Infectious
3. Rapid tumor recurrence after 15 days
4. Non cooperative patient due to inability to support post-operative dressings
5. Depressive disorders due to long length of hospitalization
6. Death

The rarity of the combination of all these complications has caused us therapeutic problems. Therefore, we highlight the importance of screening and management of tumours at an early stage.

Copy Right, IJAR, 2023., All rights reserved.

Introduction:-

Le carcinome épidermoïde est une tumeur maligne qui se développe à partir des cellules épithéliales de la peau. Bien qu'il soit considéré comme moins fréquent que le carcinome basocellulaire, il reste plus agressif. Il se développe à partir des couches supérieures de l'épiderme (kératinocytes) et a la capacité d'envahir les ganglions lymphatiques et de métastaser à distance. Il est donc essentiel de détecter ces carcinomes le plus tôt possible.

Corresponding Author:- Dr. M. Sahir

Address:- Plastic Surgery Department, University Hospital Of Mohammed VI Marrakech.

Dans cet article, nous allons étudier un cas de carcinome épidermoïde localement avancé, en examinant les antécédents du patient, les constatations cliniques, les examens diagnostiques effectués, le traitement, ainsi que les résultats et l'évolution.

Patient Et Observation:-

Monsieur A.A., âge de 77 ans, originaire et résident à Ait Ourir (région de Marrakech), sans antécédents médico-chirurgicaux pathologiques. Le patient a été admis en Décembre 2022 au service de Chirurgie Plastique du Centre hospitalier universitaire de Marrakech pour une lésion du scalp évoluant depuis 4 mois. La maladie aurait débuté par un petit traumatisme à point d'impact crânien 4 mois avant l'admission du patient, occasionnant un placard oedémato-érythémateux localisé au scalp pariétal gauche suivi quelques jours plus tard par une nécrose et une ulcération qui se serait étendue progressivement. Cette ulcération n'était pas accompagnée de signes généraux, notamment pas de fièvre, pas d'amaigrissement, ni d'asthénie. Il n'y avait pas d'adénopathies cervicales.

A l'admission, le patient était stable sur le plan neurologique, hémodynamique et respiratoire, il n'y avait pas d'altération de l'état général ni aucune autre particularité clinique associée. De même, l'examen local régional n'a permis de noter aucune adénopathie associée. A l'examen local de la lésion, on notait une tumeur ulcéro-nécrotique, mesurant 13 x 9 cm, sur fond érythémateux surmonté de nécrose, dure et douloureuse à la palpation, fixe par rapport au plan profond, à bord indurés, et aux limites imprécises (Figure 1).



Fig1:- Aspect de la lésion.

Devant ce tableau clinique, l'hypothèse diagnostique la plus probable était le carcinome épidermoïde ; on ne pouvait conclure au diagnostic d'un Ulcère de Marjolin ; selon le patient la lésion initiale n'avait jamais cicatrisé.

Les résultats des examens paracliniques étaient :

1. Une hyperleucocytose modérée à 12000/mm³ à prédominance neutrophile ;
2. La biopsie de la lésion sous anesthésie locale suivie d'un examen anatomopathologique avait diagnostiqué un carcinome épidermoïde moyennement différencié et infiltrant avec des cellules tumorales de taille moyenne à grande, munies de noyaux anisocaryotiques, hyperchromes et aux contours irréguliers, siège de mitoses anormales et un cytoplasme abondant éosinophile dyskérotique et une stroma réaction fibro-inflammatoire. Les cultures bactériologiques et mycologiques étaient stériles.
3. La TDM cérébrale réalisée dans le cadre du bilan d'extension local avait montré une importante perte de substance du scalp au niveau pariétal gauche associée à une infiltration en regard et une lyse osseuse à ce niveau en rapport avec une ostéite. (figure 2)
4. La TDM Thoraco-Abdomino-Pelviennne réalisée dans le cadre du bilan d'extension à distance n'avait pas objectivé de métastase. Le patient a donc été classé T3N0M0.



Fig 2:- TDM cérébrale.

Au cours de son hospitalisation de 3 mois au service de Chirurgie Plastique du Centre hospitalier universitaire de Marrakech, le patient :

1. avait bénéficié d'une exérèse tumorale avec volet crânien en raison de l'envahissement osseux et méningé, puis fermeture par Surgicet et couverture de la PDS par un lambeau du scalp en anse de seau. (Figures 3)
2. a été suivi en cicatrisation dirigée avec des pansements pro-inflammatoires à but de bourgeonnement de la zone donneuse pour une éventuelle couverture de celle-ci avec une greffe cutanée. Le patient n'arrivait pas à supporter ces pansements et les retirait à chaque fois, ce qui avait retardé le bourgeonnement de la zone donneuse.



Fig3:- Exérèse tumorale et couverture de la PDS par un lambeau du scalp en anse de seau.

Eventuellement, l'étude anatomopathologique post-opératoire est revenue avec des marges tumorales : envahissement des recoupes osseuses et méningées.

L'évolution a été marquée par la survenue de multiples complications:

1. une complication infectieuse faite d'une collection extra durale pariétale gauche en regard du volet de craniotomie « enpyème » (confirmée à la TDM cérébrale et à l'étude cyto bactériologique) pour laquelle le patient avait reçu un traitement antibiotique à base de C3G (6g par jour en intraveineuse), après résultat de l'antibiogramme qui avait révélé un *Pseudomonas Aeruginosa* sensible aux C3G.
2. une complication thromboembolique faite d'une Thrombophlébite du sinus longitudinal supérieur d'origine tumorale (confirmée à la TDM cérébrale) pour laquelle le patient avait reçu un traitement anticoagulant à base d'HBPM dose curative (deux injections de 0.6mg en SC par jour).
3. une récurrence tumorale rapide au bout de 15 jours en regard du volet de craniotomie avec des lésions tumorales ulcéro-bourgeonnantes apparentes à ce niveau (le diagnostic de celle-ci a été confirmé après une

biopsie).(Figure 5)

4. Une complication psychiatrique faite de troubles dépressifs : refus de manger et de parler, des propos négatifs, des épisodes d'agitation et une insomnie, en raison des longues durées d'alitement et d'hospitalisation.

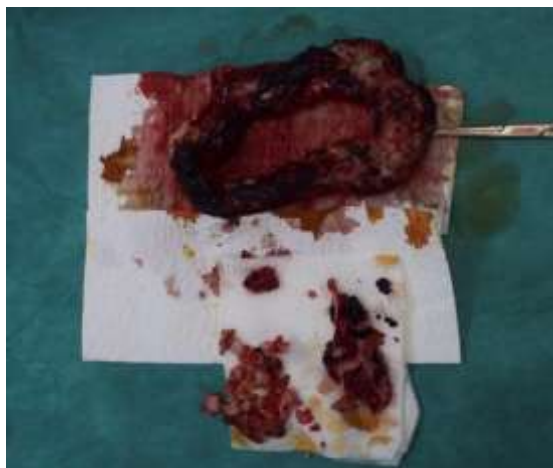


Fig4:- IRM cérébrale.

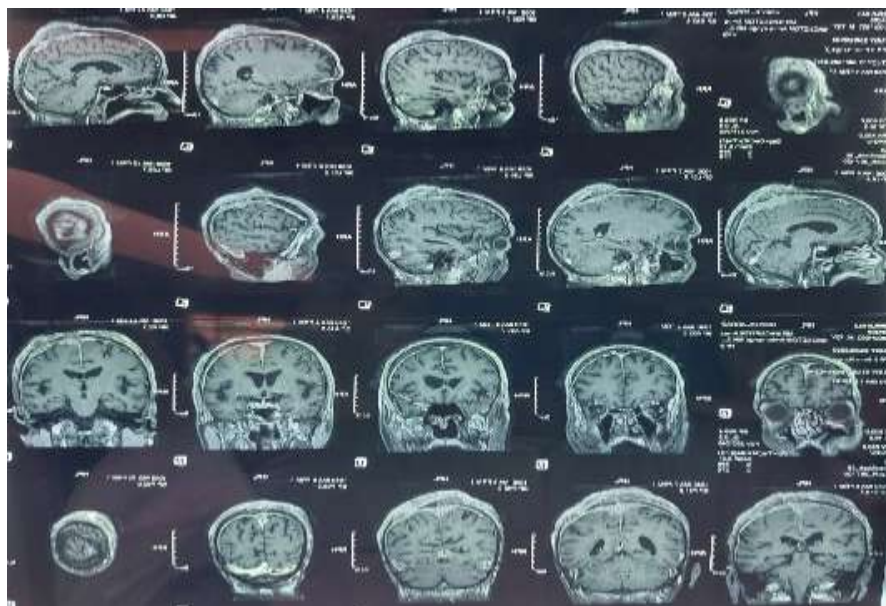


Fig5:- Récidive tumorale.

En concertation avec le Service d'Oncologie, le protocole thérapeutique qui a été proposé pour ce patient consistait en une chimiothérapie palliative, puisque le patient était considéré non opérable en raison de l'envahissement du sinus longitudinal supérieur.

Alors le patient a été adressé au Service d'Oncologie après couverture de la zone donneuse par une greffe cutanée. (Figure 5)



Fig5:- Couverture de la PDS par une greffe cutanée.

Malheureusement, le patient était décédé 2 jours après sa sortie dans le cadre d'une complication cérébrale probable (engorgement cérébral ?).

Discussion:-

Les tumeurs malignes du scalp représentent uniquement 2% de l'ensemble des tumeurs cutanées [6,7]. Néanmoins ces lésions tumorales représentent une pathologie courante dans la pratique de la chirurgie plastique. Le CE du scalp aussi appelé carcinome spinocellulaire étant le plus fréquent suivi par le carcinome basocellulaire [20]. Toutefois, la localisation au niveau du cuir chevelu reste peu fréquente par rapport aux autres localisations des tumeurs cutanées, 7.5% selon l'étude menée au service de dermatologie de Rabat [17].

Le CE est une pathologie de l'adulte avec une incidence maximale après 50 ans et un âge moyen de découverte autour de 65 ans. Par contre, plusieurs cas de carcinome épidermoïde peuvent être observés avant 50 ans [6].

Dans la littérature, le principal facteur constitutionnel est le phototype clair qui est déterminé génétiquement. Cependant dans la majorité des cas, et comme dans le cas de notre patient, la tumeur serait secondaire aux brûlures ou aux traumatismes. La tendance des cicatrices à la rétraction est responsable d'une mauvaise vascularisation de la peau qui devient fine et s'ulcérant facilement avec un grand risque de cancérisation.

En outre, dans notre contexte le mode de vie dans les zones rurales dont certaines pratiques très courantes et réputées pour leur effet nuisible sur la peau telle l'application de produits traditionnels potentiellement toxiques [18].

L'histoire naturelle ; la topographie et l'évolution lente des carcinomes du cuir chevelu, initialement asymptomatiques entraînent un retard de détection.

La biopsie de la lésion avec un examen anatomopathologique permet de confirmer le diagnostic. Dans notre cas, la biopsie et l'examen histologique ont permis de poser le diagnostic, le bilan d'extension nous a permis de classer les tumeurs stade T3N0M0.

Sur le plan thérapeutique, la prise en charge de notre patient était difficile. Le traitement chirurgical, bien que ayant un bon taux de survie, a été retardé à cause de facteurs socioéconomiques et surtout d'une insuffisance de moyens. Ce qui est malheureusement le cas pour une grande majorité de nos patients.

Le traitement chirurgical repose sur la résection tumorale avec des résultats carcinologiques satisfaisants et une prise en charge ultérieure de la perte de substance résultante par un moyen de couverture en fonction de divers indications en chirurgie réparatrice. En complément avec une thérapie adjuvante qui pourrait être posée dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire et individuelle. Cette approche thérapeutique permet de mettre le patient à l'abri d'une récurrence.

Le pronostic étant basé sur l'évolution habituelle de la maladie, il ne constitue pas un verdict dans ce cas. Chaque patient est différent. Cependant, on considère que l'association de l'ensemble de ces complications post-opératoires du carcinome épidermoïde, découvertes chez notre patient serait assez rare et avait compromis le pronostic et posé un réel problème de prise en charge.

En tous cas la perte de substance a été importante avec engagement du pronostic vital. Le siège du carcinome épidermoïde est un élément primordial quant aux conséquences esthétiques, fonctionnelles et vitales post-chirurgicales des traitements. [3]

Les études internationales montrent que le principal facteur déterminant des taux de survie est le stade de la maladie au moment du dépistage. Les chances de guérison sont quatre fois plus grandes si l'on découvre le carcinome au stade I ou II, et les séquelles beaucoup moins importantes. [2]

Il est malheureusement regrettable que la plupart des cancers cutanés dans notre contexte ne sont détectés que tardivement à un stade avancé.

Le dépistage précoce conditionne le pronostic, d'où l'intérêt de l'information de la population générale.

Conclusion:-

Il faut insister sur la photoprotection comme moyen préventif de la plupart des lésions malignes du scalp.

Une surveillance des lésions du scalp à savoir : les nævi, les radiodermes, les lésions de brûlure et les plaies du scalp (traumatiques, chirurgicales)...

Une bonne prise en charge initiale pour éviter les récurrences, avec une exérèse complète sans délai et un examen anatomopathologique de toute lésion suspecte.

Un rythme de surveillance adapté de tous les 3 à 6 mois pendant 5 ans puis une fois par an à vie est indispensable. Il devra être assuré par le chirurgien, le dermatologue ou l'oncologue, sachant qu'il est difficile sur la durée avec des patients ayant tendance à être perdus de vue, car les moyens sont insuffisants pour faire face au coût de la prise en charge.

References:-

1. Rogers HW, Weinstock MA, Harris AR, et al. Incidence estimate of non-melanoma skin cancer in the United States, 2006. Arch Dermatol. 2010 Mar;146:283-7.
2. Carter JB, Johnson MM, Chua TL, et al. Outcomes of primary cutaneous squamous cell carcinoma with perineural invasion: an 11-year cohort study. JAMA Dermatol. 2013 Jan;149:35
3. Lafaurie. Chirurgie des pertes de substance du cuir chevelu. Techniques chirurgicales - Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique 2016 : 45-515 .
4. THOMAS L. Tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques la revue du praticien. 2002 ; vol. 52.

5. GRANT W.
The effect of solar UVB doses european journal of cancer. 2008
6. PR BERNARD GUILLOT, DR AURELIE DU-THANH.
Tumeurs malignes cutanées épithéliales et mélaniques. Département de dermatologie, CHU de Montpellier, hôpital Saint-Eloi, 34295 Montpellier Cedex 5, France
7. PHILIPPE B.
Carcinomes épithéliaux : tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques annales de dermatologie et de vénéréologie. 2003
8. DESCAMPS V.
Carcinome épidermoïde : tumeurs cutanées, la revue du praticien. 1999 ; vol. 49
9. HAFNER J, KEMPF W, HESS SCHMID M.
Tumeurs cutanées épithéliales frommed. suisse. Avril 2002
10. BASSET SEGUIN N, RENAUD VILMER C et VEROLA O.
Carcinomes spinocellulaires .Encycl Méd Chir, Dermatologie. 2002 ; 98-625-A-10
10. FONG PH,LEE ST, LIM TAN SK.
Primary scalp cancer in Singapore. Ann Acad Med Singapore 1986;15;67-70.
11. CHENG-SHENG CHIO, MD, MPH, CHYI YIH, TSENG TONG et al.
Malignant cutaneous tumors of the scalp: A study of dermographic characteristics and histologic distributions of 398 Taiwanese patients. Jad 2007;448-452.
12. A.ZIGLER R.WALKER M.VARVARES .
oncological outcome of invasive SCC of the scalp requiring resection of cranial bone
13. V.ESTALL A.ALLEN A.WEB et AL
outcomes following management of squamous cell carcinoma of the scalp a retrospective serie of 235 patients treated at the Peter MacCullum Cancer Center
14. S .KADAKIA Y.DUCIC D.MARRA
cutaneous squamous cell carcinoma of the scalp in the immunocompromised patients, review of 53 cases
15. J.FASSI-FIHRI,M.SAKHI, M.EZZOUBI, E.BOUKIND.
Apport de la chirurgie plastique dans les tumeurs malignes du cuir chevelu. Neurochirurgie 2007 ;53(5) ;P 442.
16. A.BELMAHI, A.OUFKIR.
Lambeaux locaux pour pertes de substance transfixiantes du scalp sur tumeurs évoluées ; à propos d'une série de 21 patients. Ann de chirurgie plastique et esthétique 2007 ;52 ;569-576.
17. NADA SRIFI, M.AIT OURHROUL.
Les tumeurs malignes graves du cuir chevelu expérience du service de dermatologie de l'hôpital IBN SINA RABAT a propos de 16 cas .These pour obtention du Doctorat en medecine
18. S.KSIR
Les carcinomes avancés du cuir chevelu expérience du service ORL et chirurgie plastique du CHU HASSAN 2 FES 2016
19. Camelia Tamaş..
SURGICAL RECONSTRUCTION IN SCALP DEFECTS.
Jurnalul de Chirurgie, Iasi, 2005, Vol1, Nr2.
20. N.ORTONNE. Carcinomas épidermoïdes (spinocellulaires). Ann Dermatol Venerol 2003 ;667-669.