



Journal Homepage: -www.journalijar.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI:10.21474/IJAR01/20155
DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/20155>



RESEARCH ARTICLE

LE CARCINOME ADENOSQUAMEUX DE LA PEAU : A PROPOS D'UN CAS

D. Kartite¹, A. Moujahid², A. Khaled², A. Achbouk², Y. Ribag² and K. Elkhatib²

1. Service de Chirurgie Plastique Réparatrice de l'Hôpital Militaire Moulay Ismail-Meknès.
2. Service de Chirurgie Plastique Réparatrice et des Brûlés de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V-Rabat.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 28 October 2024

Final Accepted: 30 November 2024

Published: December 2024

Abstract

Le carcinome adénosquameux cutané, considéré comme un sous-type agressif de carcinome épidermoïde, est une tumeur maligne rare de la peau présentant des caractéristiques squameuses et glandulaires. Il se manifeste souvent par des papules ou plaques indurées, érythémateuses et kératosiques, localisées sur la tête ou le cou des patients âgés ayant des antécédents de dommages actiniques. L'exposition solaire reste le facteur de risque majeur. La surveillance étroite est essentielle, car les récurrences locorégionales sont fréquentes, bien que les métastases à distance soient rares. Il s'agit d'un patient de 52 ans, séropositif pour le VIH sous traitement antirétroviral, qui consulte pour une tumeur frontale droite apparue depuis 18 mois. La tumeur mesurant 1,5 cm x 1 cm, ulcéro-bourgeonnante et mobile. Une biopsie montre une prolifération tumorale malpighienne épithéliale. Un bilan d'extension est prescrit, révélant l'absence d'extension osseuse et d'adénopathies. La chirurgie est réalisée avec une marge de 10 mm. L'analyse histologique confirme le diagnostic de carcinome adénosquameux cutané avec infiltration périneurale, sans embolie vasculaire. Les marges chirurgicales étaient saines, avec une marge profonde à 2 mm, nécessitant une reprise avec reconstruction par lambeau en H, et une surveillance étroite est instaurée. Après 3 mois de surveillance, le patient est perdu de vue, et revient un an plus tard avec une masse jugale droite douloureuse, qui peut être soit une nouvelle localisation, soit une métastase ganglionnaire. Un scanner révèle une formation tissulaire parotidienne et des nodules pulmonaires. Une TEP au F-FDG confirme une masse tumorale et des métastases. Une chimiothérapie est indiquée. Souligner l'intérêt du ganglion sentinelle dans la prévention des métastases ganglionnaires. Le traitement optimal inclut la chirurgie de Mohs et la radiothérapie adjuvante pour les cas avancés. Un diagnostic précoce et une prise en charge thérapeutique adaptée sont cruciaux pour améliorer le pronostic de cette tumeur agressive.

Copyright, IJAR, 2024.. All rights reserved.

Introduction:

Le carcinome adénosquameux de la peau, appelé aussi carcinome adénosquameux cutané primaire, est une tumeur maligne cutanée rare présentant à la fois une différenciation squameuse et glandulaire. Il est considéré comme un

Corresponding Author:-D. Kartite

Address:-Service de Chirurgie Plastique Réparatrice de l'Hôpital Militaire Moulay Ismail - Meknès.

sous-type de carcinome épidermoïde cutané localement agressif et à haut risque. Etant donné sa faible incidence, les données concernant les taux de récurrence locale ainsi que les métastases sont très limitées, et il n'existe pas de lignes directrices soulignant la méthode optimale d'excision et le rôle de la thérapie adjuvante. Sa survenue résulte de l'impact de plusieurs facteurs intriqués : facteurs environnementaux, phénotypiques et génétiques.[1][2]

Cliniquement, il se présente souvent sous plusieurs formes situées majoritairement sur la tête ou le cou de patients âgés.[3]

Au niveau histopathologique, le carcinome adénoquameux montre des îlots de cellules squameuses épidermiques, avec parfois des perles de kératine et une différenciation glandulaire.

En raison de sa rareté, il continue de poser des problèmes de diagnostic. À ce jour, rares sont les cas rapportés de cette tumeur, et encore moins ceux ayant fait l'objet d'une étude immunohistochimique approfondie.[1][2][3][4][5]

Observation:

Il s'agit de monsieur M.J 52 ans, séropositif pour le VIH sous TENOFOVIR, LAMIVUDINE et DOLUTEGRAVIR, avec notion d'exposition importante au soleil. Le patient consulte pour une tumeur de la région frontale droite apparue depuis 1 an et demi, et augmentant progressivement de volume au cours des trois derniers mois. À l'examen physique, le patient présentait une tumeur de la région frontale droite ulcère-bourgeonnante faisant 1,5 cm × 1 cm, irrégulière, mobile vis-à-vis du plan profond.



Figure 1: Tumeur cutanée après biopsie vue de profil.

La biopsie effectuée était en faveur d'une muqueuse malpighienne siège d'une prolifération tumorale. Cette dernière était d'allure épithéliale avec infiltration du chorion agencé en massifs et en noyaux et faits de cellules polyédriques possédant un cadre cellulaire, un cytoplasme d'abondance moyenne basophile et munies d'un noyau ovoïde hyperchromatique et de taille variable. Les figures mitotiques sont peu nombreuses. Quelques cellules

dyskératosiques au sein des massifs tumoraux avec quelques perles cornées ont été observées. Le stroma réaction est de type fibro inflammatoire. L'immunomarquage à l'anticorps anti CK5/6 était positif.

Devant ce résultat, un bilan d'extension loco-régional fut prescrit, comportant un scanner du massif facial, cervical et thoraco-abdominal, avec absence d'extension osseuse et d'adénopathies.

Un consentement éclairé du patient concernant une possible atteinte du nerf facial (son rameau frontal) a été fait. L'exérèse chirurgicale de la tumeur en question effectuée avec une marge clinique de 10mm. Les mensurations de la tumeur étaient : longueur x largeur x épaisseur = 15 mm x 9 mm x 3mm.



Figure 2: La perte de substance résultant de l'exérèse tumorale, vue de profil.

L'étude anatomopathologique de la pièce d'exérèse a montré un tissu cutané ulcéré en surface et infiltré par une prolifération tumorale peu différenciée d'allure carcinomateuse. Elle est faite d'amas et travées de cellules de grande taille montrant des atypies assez marquées. Il s'y associe également une composante glandulaire montrant un marquage positif à l'anticorps anti CK7. Cette prolifération détruit les structures annexielles adjacentes et infiltre le muscle en profondeur. La présence d'engainement péri-nerveux a été notée. Il n'a pas été observé d'embolies vasculaires.

Les limites chirurgicales latérales et profonde sont passées en zone saine. La marge histologique latérale la plus proche étant de 8 mm, la marge profonde étant à 2 mm, une reprise de la marge profonde fut indiquée. Une reconstruction par un lambeau de glissement en H a été réalisée au même temps que la reprise. Aucune autre thérapie adjuvante n'a été jugée nécessaire lors de la RCP (réunion de concertation pluridisciplinaire).



Figure 3: Patient 48H après la reconstruction.

Une surveillance rapprochée a été instaurée, avec une consultation tous les mois au cours des 3 premiers mois, puis une consultation tous les 3 mois, sur 2 ans.



Figure 4: (a) patient à 1 mois et (b) à 3 mois après la chirurgie

Au décours de 3 mois de surveillance le patient a été perdu de vu. Ce n'est qu'un an après qu'il revient avec une masse jugale droite douloureuse dont l'apparition remonte à 5 semaines, avec une augmentation progressive de volume, un amaigrissement chiffré à 7kg en 5 semaines associé à une altération de l'état général.



Figure 5: Patient à 15 mois après le geste de reconstruction, vue de profil.

Un scanner maxillo-facial et cervico-thoraco-abdomino-pelvien fut indiqué révélant une formation tissulaire sur le lobe superficiel de la parotide droite, ainsi que des nodules pulmonaires d'allure suspecte.

Une tomographie par émission de positons (TEP-scan) au F-FDG a été réalisée 40 jours après le scanner, révélant une volumineuse masse tumorale jugale droite hypermétabolique pathologique intense, mesurant 92mmx75mm d'axes transversaux, étendue au niveau de l'espace pré-stylien droit, associée à deux gros foyers ganglionnaires hypermétaboliques pathologiques sous angulo maxillaire et jugulo-carotidien supérieur droits ainsi que de multiples nodules parenchymateux pulmonaires secondaires disséminés au niveau des deux poumons, de tailles et de fixations inégales, de SUVmax allant de 1.2 à 13.8.

Une chimiothérapie fut indiquée vu les nombreuses métastases associées, sans indication chirurgicale.

Discussion:

Le carcinome adénoquameux est un cancer rare de la peau, décrit pour la première fois en 1985. Il se caractérise par une différenciation glandulo-malpighienne et un comportement clinique agressif, tel qu'une invasion locale étendue avec beaucoup de récurrence et de rares métastases.[5]

Cliniquement, il apparaît souvent comme une papule ou une plaque indurée, érythémateuse et kératosique, fréquemment située au niveau du SCALP, de la face ou du cou, chez des patients âgés avec des antécédents de dommages actiniques, des exceptions sont possibles.[5][6]



Figure 6: Patient à 16 mois après la reconstruction, vues de profil et de face.

La majorité des facteurs de risque (FDR) étant directement liés à l'exposition solaire, surtout aux rayons ultraviolets (UV) du soleil, qui restent le majeur FDR.

Ce même facteur endommage l'ADN, en particulier les UVB compris entre 280 nm et 320 nm, par la formation de dimères cyclobutane-pyrimidine et de photo-produits : pyrimidine 6-4.[7]

Si ces produits ne sont pas réparés par excision nucléotidique, cela conduit à un appariement incorrect des bases, gênant ainsi les processus cellulaires essentiels tels que la transcription et la réplication. Cela provoque des altérations génétiques progressives (notamment pour les gènes qui suppriment les tumeurs et des proto-oncogènes) conduisant à la formation tumorale.[8]

Au niveau histopathologique, le carcinome adénoquameux se présente sous forme d'îlots anastomosants irréguliers de cellules squameuses, provenant souvent de l'épiderme. Des kératocystes ou des "perles de kératine" peuvent également être observés. La différenciation glandulaire se produit au sein de nids squameux bien différenciés, avec des glandes bordées par un épithélium cuboïdal ou basocellulaire. Du matériel mucineux éosinophile peut être présent dans les lumières.[5][9]

Dans la littérature, quelques cas semblables ont été rapportés jusqu'à présent chez des sujet âgés et/ou immunodéprimé avec antécédent de lésions actiniques liées aux UV. Ils se présentent généralement sous forme de papule ou de plaque kératosiques indurées et érythémateuses au niveau de la tête ou du cou, simulant un carcinome épidermoïde naissant. [2][3][5]

Notre cas rejoint ceux décrits dans les études scientifiques concernant le sexe masculin, la race blanche et les antécédents de lésions actiniques, avec les notions d'âge avancé et d'immunodépression. Cette dernière, en particulier chez les patients ayant des antécédents de transplantation d'organe ou de leucémie lymphocytaire chronique, s'est avérée être une caractéristique à haut risque dans le carcinome adénoquameux.[5]

Les patients doivent être étroitement surveillés, car les récives locorégionales sont fréquentes. Cependant, les métastases à distance restent rares.

Cependant, notre cas n'a pas présenté une récurrence locale, mais plutôt une autre localisation tumorale au niveau de la région jugale, qui peut être soit une métastase ganglionnaire, surtout que le drainage lymphatique du front se fait vers les nœuds parotides superficiels qui se trouvent juste avant le tragus[10], soit une nouvelle localisation.

Il faut signaler l'intérêt du ganglion sentinelle dans la prévention des métastases ganglionnaire.

La chirurgie de Mohs ou d'autres approches micrographiques contrôlées sont considérées comme les meilleurs traitements initiaux du carcinome adénoquameux.[5]

Pour le traitement des carcinomes localement avancés, et en particulier pour les cas présentant une atteinte péri-neurale, une radiothérapie adjuvante peut également s'avérer utile [4]. Il est crucial de répertorier et de signaler les caractéristiques à haut risque dans le but de baisser la morbidité ainsi que la mortalité résultante de cette maladie.

Étant donné sa rareté, les données concernant son épidémiologie et les taux de récurrence et de métastases sont peu nombreuses.

Ce cas souligne le fait que cette entité se présente souvent comme une lésion non spécifique indiscernable d'un carcinome épidermoïde cutané. Un diagnostic rapide et un bilan complet sont importants pour une prise en charge appropriée de cette tumeur agressive. [5]

Conclusion:

Le carcinome adénoquameux est une tumeur de la peau rare mais considérée comme agressive. Elle est souvent associée à des facteurs de risque comme l'âge avancé, l'immunosuppression et l'exposition solaire. Un diagnostic rapide et une prise en charge adaptée sont essentiels pour améliorer son pronostic. L'épaisseur de la lésion, l'invasion péri-neurale microscopique et l'immunosuppression sont des facteurs prédictifs importants d'une maladie locale étendue et d'une récurrence.

Bibliographie:

- [1] Patel V, Squires SM, Liu DY, Fraga GR. Cutaneous adenosquamous carcinoma: a rare neoplasm with biphasic differentiation. *Cutis*. 2014 Nov;94(5):231-3. PMID: 25474451.
- [2] Alomran H, Cruel T, Harrou O, Kanitakis J, Balme B. Cutaneous Adenosquamous Carcinoma of the Scalp With Intestinal Phenotype. *Am J Dermatopathol*. 2020 Sep;42(9):e128-e130. doi: 10.1097/DAD.0000000000001671. PMID: 32379088.
- [3] Eduardo Calonje MD, DipRCPath, Thomas Brenn MD, PhD, FRCPath, Alexander J. Lazar MD, PhD et Steven D. Billings MD. Tumors of the surface epithelium, *McKee's Pathology of the Skin, Fifth Edition 2020*, Chapter 24, 1156-1233.e39.
- [4] Epidemiology of cutaneous adenosquamous carcinoma: A United States population-based cohort analysis using the Surveillance, Epidemiology, and End Results Database. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 2019-10-01, Volume 81, Numéro 4, Pages AB57.
- [5] Fu JM, McCalmont T, Yu SS. Adenosquamous Carcinoma of the Skin: A Case Series. *Arch Dermatol*. 2009;145(10):1152–1158. doi:10.1001/archdermatol.2009.218.
- [6] Genoia A, Maari C, Bouffard D. Atypical presentation of adenosquamous carcinoma: A case report. *SAGE Open Med Case Rep*. 2018 Dec 10;6:2050313X18801217. doi: 10.1177/2050313X18801217. PMID: 30574311; PMCID: PMC6295679.
- [7] Kim SI, Jin SG, Pfeifer GP. Formation of cyclobutane pyrimidine dimers at dipyrimidines containing 5-hydroxymethylcytosine. *PhotochemPhotobiol Sci*. 2013 Aug;12(8):1409-15. doi: 10.1039/c3pp50037c. PMID: 23677065; PMCID: PMC3731422.
- [8] Karampinis E, Aloizou AM, Zafiriou E, Bargiota A, Skaperda Z, Kouretas D, Roussaki-Schulze AV. Non-Melanoma Skin Cancer and Vitamin D: The "Lost Sunlight" Paradox and the Oxidative Stress Explanation. *Antioxidants (Basel)*. 2023 May 17;12(5):1107.
- [9] J. W. Patterson, *Weedon's Skin Pathology, Fifth Edition*, Chapter: 32 Tumors of the epidermis, Elsevier, 2021.
- [10] S. Standring, *Gray's Anatomy, Forty Second edition*, Chapter 36 Face and scalp, 607-635.e1, Elsevier, 2021.