

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA DEGENERESCENCE CARCINOMATEUSE DE LA PLAIE D'ORIGINE LEPREUSE : A PROPOS DE DEUX CAS A L'HOPITAL DE DERMATOLOGIE DE BAMAKO.

SURGICAL TREATMENT OF CARCINOMATOUS DEGENERATION OF WOUNDS OF LEPROSY ORIGIN: ABOUT TWO CASES AT THE BAMAKO DERMATOLOGY HOSPITAL.

KONATÉ K¹, DIARRA L¹, DEMBÉLÉ B¹, TOURÉ M K¹, SAYE Z², COULIBALY M³, SIDIBÉ F M⁴ KONATÉ M⁵, OMBOTIMBÉ A⁶, LY M⁷, TOGO A², FAYE O¹.

1. CHU Hôpital de dermatologie de Bamako ; 2. CHU Gabriel Touré service de chirurgie générale ; 3. CHU du point G service de chirurgie A ; 4. CHU du point G service de d'oncologie médicale ; 5. Centre de santé de référence de la commune VI. ; 6. Hôpital du Mali, service de chirurgie cardio-thoracique ; 7. Hôpital mère enfant le Luxembourg.

Auteur correspond : Konaté K : email : konatekarim82@gmail.com

cell : (+223) 75434128.

Résumé

Introduction : La dégénérescence maligne de toute ulcération chronique est une donnée connue depuis de nombreuses années. Marjolin J. N. fut le premier à décrire en 1928 la transformation néoplasique avec dénomination plus tard "d'ulcère de Marjolin" comme la cancérisation d'ulcération chronique.

L'acte chirurgical initial est une étape incontournable du traitement curatif.

Observations : Nous rapportons deux observations de carcinome épidermoïde des membres non métastatique ayants bénéficiés d'une chirurgie radicale. La première âgée de 74 ans ayant subie une amputation de la jambe droite associée à un curage inguinal droit et une chimiothérapie adjuvante. Le second âgé de 77 ans ayant bénéficié d'une amputation de l'avant-bras gauche. **Conclusion :** Nous soulignons donc la nécessité de biopsies répétées de toute plaie chronique, si l'on veut faire bénéficier à ces patients une chirurgie conservatrice.

Mots clés : lèpre, dégénérescence carcinomateuse, chirurgie

Abstract

Introduction: The malignant degeneration of any chronic ulceration has been known for many years. Marjolin J. N. was the first to describe in 1928 the neoplastic transformation, later denominated "Marjolin ulcer" as the cancerization of chronic ulceration. The initial surgical act is an essential step in the curative treatment. **Cases report:** We report two cases of non-metastatic squamous cell carcinoma of the limbs, all of which underwent radical surgery. The first 74-year-old who underwent an amputation of the right leg associated with inguinal dissection and adjuvant chemotherapy. The second, 77 year-old, who received an amputation of his left forearm. **Conclusion:** We therefore emphasize the need for repeated biopsies of any chronic wounds, if these patients are to benefit from conservative surgery.

Key words: leprosy, carcinomatous degeneration, surgery

INTRODUCTION

La transformation maligne des ulcères plantaires dans la lèpre n'est pas rare. C'est une complication tardive des ulcères de la lèpre qui sont dominés par un ulcère perforant plantaire. La rareté apparente de ces néoplasmes pourrait être due au fait que de nombreux cas observés ne sont pas signalés [1]. Ainsi, il se peut que davantage de cas soient détectés si l'on garde à l'esprit qu'un changement malin peut être rencontré dans de tels ulcères. Bien que les ulcères trophiques soient fréquents dans les cas de lèpre, seuls les ulcères de longue date et négligés souffrent de malignité [2]. L'incidence de cette malignité est estimée à 0,76 pour 1 000 en Thaïlande [3]. Les auteurs rapportent deux cas de dégénérescence maligne sur plaie chronique du moignon chez le lépreux.

Observation 1

Il s'agissait de Mme S.F âgée de 74 ans, ancienne lépreux traitée et guérie, qui a présenté une lésion ulcéro-bougeonnante du pied droit sur amputation spontanée ancienne des 5 orteils du pied évoluant de façon progressive depuis 8 ans. L'installation d'une douleur au niveau du site a poussé la patiente à consulter dans notre service. L'examen clinique a montré une volumineuse tumeur ulcéro-bougeonnante saignant au contact prenant les 2/3 de la face plantaire du pied droit mesurant 30x26 cm de diamètre (Figure 1).



Figure 1 : tumeur ulcéro-bougeonnante pied droit

Par ailleurs, il y avait une volumineuse adénopathie inguinale homolatérale mobile par rapport aux deux plans mesurant 4x3 cm. Après un bilan clinique et radiologique, une biopsie a été réalisée. L'analyse histologique a montré un carcinome épidermoïde moyennement différencié invasif et kératinisant du pied droit. Le bilan d'extension, la tomographie axiale assistée par ordinateur ne montrant pas de localisation secondaire à distance mais une atteinte osseuse du calcaneum. Le bilan biologique était sans particularité. La patiente a subi une amputation de la jambe droite associée à un curage inguinal (Figure 2 et 3).



Figure 2 : curage inguinal (triangle Scarpa)

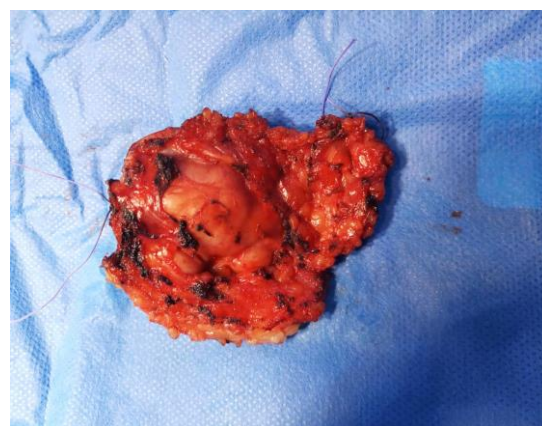


Figure 3 : produit de curage inguinal

L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a confirmé un carcinome épidermoïde moyennement différencié invasif et kératinisant du pied droit avec

envahissement ganglionnaire, sur les six ganglions isolés deux sont envahis (2N+/6N), absence d'embolie vasculaire. La limite supérieure passe en zone saine (R0). Les suites ont été simples marquées par une cicatrisation et un drainage lymphatique. Suite à la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) une chimiothérapie a été débutée.

Observation 2

Il s'agissait de Mr S.T âgée de 77 ans ancien lépreux traité et guéri, aux antécédents de désarticulation des orteils droit et gauche pour une plaie chronique lépreuse qui a présenté une lésion ulcéro-bougeonnante de la main gauche d'aspect en chou-fleur évoluant de façon progressive depuis 7 ans. L'installation d'une douleur au niveau du site a poussé le patient à consulter dans notre service. L'examen clinique a montré une volumineuse tumeur ulcéro-bougeonnante saignant au contact prenant les 2/3 de la main gauche mesurant 13x10 cm de diamètre (Figure 4).



Figure 4 : tumeur ulcéro-bougeonnante main gauche

Par ailleurs, les aires ganglionnaires étaient libres. Après un bilan clinique et radiologique, une biopsie a été réalisée. L'analyse histologique a montré un carcinome épidermoïde moyennement différencié invasif et kératinisant de la main gauche. Le bilan d'extension, la tomodensitométrie ne montrant pas de localisation secondaire à distance mais une atteinte osseuse des carpes. Le bilan biologique était sans particularité. Le patient a subi une amputation de l'avant-

bras gauche. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a confirmé un carcinome épidermoïde moyennement différencié invasif et kératinisant, absence d'embolie vasculaire. La limite supérieure passe en zone saine (R0). Les suites ont été simples marquées par une cicatrisation du moignon d'amputation. Une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) avait été faite et une surveillance régulière a été obtenue.

DISCUSSION

La transformation maligne des ulcères plantaires dans la lèpre n'est pas rare. La rareté apparente de ces cas néoplasiques pourrait être due au fait que de nombreux cas observés ne sont pas signalés [1]. Ce sont des dégénérescences malignes à partir d'ulcérations et/ou de Maux Perforants Plantaires non ou mal traités et qui évoluent sur un mode chronique [1]. Les facteurs prédisposant à la transformation maligne des ulcères peuvent être : un ulcère à long terme, une irritation, des traumatismes chroniques, une mauvaise hygiène, des facteurs environnementaux et génétiques, une répétition fréquente des procédures cytodestructives telles que la cryothérapie et le curetage [4]. La dégénérescence carcinomateuse des ulcérations chroniques d'origine lépreuse est une complication tardive bien connue. Son incidence est estimée à 0,76 pour 1 000 par an en Thaïlande [3]. Au Sénégal, la fréquence annuelle moyenne des proliférations tumorales a été de 0,45 pour 100 MPP [5]. Au plan clinique la tumeur se présente sous forme d'une croissance semblable à celle du chou-fleur. Elle est habituellement asymptomatique et peut s'accompagner de douleurs légères et de saignements faciles [6]. Une dégénérescence de ces ulcères peut être suspectée en l'absence de cicatrices à long terme malgré une bonne gestion de l'ulcère, face à la modification de l'aspect clinique de l'ulcère plantaire qui devient bourgeonnant, saignant et douloureux [7]. A la radiographie, la tumeur peut se présenter sous forme d'une réaction non

spécifique du périoste ou d'une ostéomyélite [6]. Le diagnostic correct ne pouvait être fait que par un examen histopathologie d'échantillons prélevés sur la profondeur de la lésion. Il est donc essentiel que l'examen histopathologie doit - être effectué sur plusieurs échantillons de la lésion et, surtout, que le diagnostic ne doit pas reposer sur les résultats de l'examen histopathologie d'une biopsie périphérique [8]. L'examen histopathologie des échantillons prélevés chez nos deux patients ont conclu : un carcinome épidermoïde moyennement différencié invasif et kératinisant chez nos deux patients, un envahissement ganglionnaire chez le patient atteint au pied. La plupart des cancers sont localisés aux membres inférieurs [9]. Au plan thérapeutique : le traitement repose sur une intervention chirurgicale de première intention [7]. Il se fait par une amputation radicale. L'amputation au-dessous du genou est la conduite à tenir raisonnable devant une prolifération tumorale développée sur un MPP [5]. Les niveaux de l'amputation sont fonctions de l'état du membre. Le traitement proposé a été une amputation du tiers moyen de la jambe, précédée d'un curage ganglionnaire

inguino-crural dans le même temps opératoire [10]. Le curage ganglionnaire est indiqué en présence de palpables lymphadénopathies. La chimiothérapie ne doit être administrée qu'en cas de maladie métastatique [11]. Quant à la radiothérapie son indication est posée en cas de lésions primaires inopérables, une récurrence tumorale et en cas d'atteinte ganglionnaire [7]. Selon Badiane Ch. et al, l'intervention d'un ancien malade ayant lui-même bénéficié d'une amputation de la jambe et portant une prothèse, a été déterminante dans l'acceptation de l'amputation. Et la fourniture gratuite de prothèse faisait partie intégrante de la prise en charge. [10].

CONCLUSION

La chirurgie radicale comme l'amputation du membre dans la dégénérescence lépreuse peut être minimale par la prévention et une surveillance régulière de toute plaie lépromateuse. Ce qui souligne la nécessité de faire des biopsies à intervalles réguliers pour un diagnostic précoce, permettant de réduire la mortalité et la morbidité. A cela il faut un programme national de suivi des malades de la lèpre.

RÉFÉRENCES

- 1. Bobhate S K.** Malignant transformation of plantar ulcers in leprosy. *Indian J Lepr* 1993; 65(3):297-303.
- 2. Karthikeyan K, Thappa DM.** Squamous cell carcinoma in plantar ulcers in leprosy: a study of 11 cases. *Indian J Lepr* 2003; 75(3):219-224.
- 3. Richardus J H, Smith T C.** Squamous cell carcinoma in chronic ulcers in leprosy: a review of 38 consecutive cases. *Lepr Rev* 1991; 62(4):381-8.
- 4. Majoroh TO, Imongan WI.** Carcinoma in plantar ulcers of leprosy patients. *Trop Geograph Med* 1988; 40(4):365-368.
- 5. Grauwin M Y, Mane I, Cartel J L.** Proliférations tumorales développées sur maux perforants plantaires : quelle attitude thérapeutique ?. *Acta Leprol* 1996; 10(2):101-104.
- 6. Kumaravel S.** Neoplastic transformation of chronic ulcers in leprosy patients a retrospective study of 23 consecutive cases. *Indian J Lepr* 1998; 70(2):179-187.
- 7. Kaoutar A, Sara E, Khadija I, Sara D, Hanane B, Zakia D et al.** Squamous cell carcinoma on plantar perforating ulcer in an old leprosy: Case report. *International J Dermatol Research*. 2020; 2(1):5-7.

8. Grauwin M Y, Mane I, Cartel J L. Hyperplasie pseudoépithéliomateuse dans trophique ulcères chez les patients lépreux. Une étude de 28 cas. Lepr Rev 1996; 67(3):203-207.

9. Kampirapap K, Poonpracha T. Squamous cell carcinoma arising in chronic ulcers in leprosy. J Med Assoc Thai 2005; 88(1):58–61.

10. Badiane Ch I, Sane O, Bazolo N, Morand J J. carcinomes sur maux perforants plantaires d'origine lépreuse. Bull. de l'ALLF 2009; 24(1):39-40.

11. Majoroh TO, Imongan WI. Carcinoma in plantar ulcers of leprosy patients. Trop Geograph Med 1988; 40(4):365-368.