

Abstract

Introduction: les CEC sont des tumeurs cutanées distinctes des carcinomes basocellulaire dans leur évolutions ; prise en charge et leur pouvoir métastatique.

La survenue de rechute ou de métastases sont le plus souvent en rapport avec une prise en charge initiale tardive ou inadapté de la tumeur.

On va présenté 2 cas a fin de montrer l'importance du diagnostic et de prise en charge précoce du même type de lésion car tous retard va aboutir a une évolution défavorable voir fatale mettant en jeu le pronostic vital.

Observation : 1er cas; un homme de 70ans aux antécédents de carcinome indifférencié du nasopharynx il ya 6 ans, traité par radiochimiothérapie , orienté par son médecin oncologue pour une masse retroauriculaire d'environ 8,7 cm de grand axe ; chez qui une biopsie en faveur d'un carcinome épidermoïde peu différencié. **IRM cervicofaciale:** volumineux processus lésionnel en projection parotidienne droite intéressant les deux lobes de signal intermédiaire en T2 et hyposignal T1 faisant saillie en externe infiltrant le pavillon de l'oreille, la région infratemporelle, muscle masticateur, branche montante de la mandibule, en contact avec l'espace pré-stylien engainant quelques branches de l'artère carotide externe infiltrant le conduit auditif externe s'étendant en retroauriculaire et occipital infiltrant les structures musculaires. 02 adenopathies d'allure métastatiques. **Bilan d'extension ; TDM thoraco-abdomino-pelvienne:** lésion tumorale hilomédiastinale avec adénopathies médiastinales; l'étage abdominale et la scintigraphie osseuse sont sans anomalies. Le patient a été orienté pour une chimiothérapie , puis perdu de vue et revient apres 6mois d'évolution avec une augmentation importante de la taille de la masse avec une paralysie faciale périphérique; juger inopérable et readressé a son oncologue ou il a été mis sous cetuximab.

Discussion: les carcinomes épidermoïde cutanés sont des lésions potentiellement métastatiques dont le traitement de référence est la chirurgie avec des impératives a respecté. Autres alternatives thérapeutiques peuvent être indiqués a savoir radiochimiothérapie adjuvante ou a titre palliatif voir la thérapie a l'anticorps monoclonal.

Mots clés: carcinome épidermoïde, exposition solaire, métastases.

Introduction

Le carcinome épidermoïde cutané est le deuxième type de cancer cutané après les carcinomes basocellulaires

C'est une tumeur infiltrante et destructrice, qui peut être létale par l'extension locale et son pouvoir métastatique. Survient principalement chez le sujet de plus de 60 ans de phototype clair, sur les zones photoexposées.

Le principal facteur de risque est la dose totale d'ultraviolets (UV) reçue au cours de la vie[1]

La région cervico-céphalique étant la localisation principale des carcinomes épidermoïdes cutanés.

Observation

Cas N° 1: un homme âgé de 70ans aux antécédents de carcinome indifférencié du nasopharynx il ya 6 ans traité par radiochimiothérapie , orienté par son médecin oncologue pour une masse retroauriculaire d'environ 8,7 cm de grand axe ; chez qui une biopsie en faveur d'un carcinome épidermoïde peu différencié.

IRM cervicofaciale: volumineux processus lésionnel en projection parotidienne droite intéressant les deux lobes de signal intermédiaire en T2 et hyposignal T1 faisant saillie en externe infiltrant le pavillon de l'oreille, la région infratemporelle, muscle masticateur, branche montante de la mandibule, en contact avec l'espace pré-stylien engainant quelques branches de l'artère carotide externe infiltrant le conduit auditif externe s'étendant en retroauriculaire et occipital infiltrant les structures musculaires.

02 adenopathies d'allure métastatiques.

Bilan d'extension ;

TDM thoraco-abdomino-pelvienne: lésion tumorale hilomédiastinale avec adénopathies médiastinales; l'étage abdominale et la scintigraphie osseuse sont sans anomalies. Le patient a été orienté pour une chimiothérapie , puis perdu de vue et revient apres 6mois d'évolution avec une augmentation importante de la taille de la masse avec une paralysie faciale périphérique; juger inopérable et readressé a son oncologue ou il a été mis sous cetuximab.

Cas N° 2: homme âgé de 63ans aux antécédents de carcinome épidermoïde au niveau du nez, levre, menton et retroauriculaire, consulte pour une lésion suspecte de l'oreille d'environ 2,5cm , une biopsie exeresse faite en faveur d'un carcinome épidermoïde moyennement différencié a limite d'exeresse complete latéralement et en profondeur.

Bilan d'extension, TDM cervicothoraco-abdomino-pelvienne et scintigraphie osseuse sont sans anomalies.



Figure 1
Carcinome épidermoïde retro auriculaire

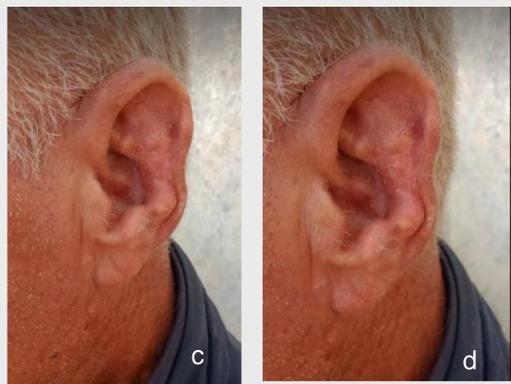


Figure 2
Carcinome épidermoïde de l'oreille; a,b avant l'intervention c,d apres l'intervention

Discussion

De multiples critères pronostiques cliniques et histologiques ont été décrits dans la rechute et la survenue de métastases au cours des carcinomes épidermoïdes cutanés.

Les critères cliniques sont la taille et le siège de la tumeur; autres critères péjoratifs, comme l'évolution rapide, l'apparition sur des lésions préexistantes chroniques et le terrain immunodéprimé.

Les critères histologiques sont l'invasion en profondeur ≥ 4 mm, le degré histologique de différenciation, et l'existence d'un envahissement périnerveux qui est le facteur pronostique le plus péjoratif. [2]

Ainsi, chez notre 1er malade, plusieurs facteurs de risque pour une évolution défavorable étaient présents d'emblée, à savoir la taille de la lésion et le siège, mais également l'envahissement en profondeur.

La chirurgie reste le **traitement de référence**, avec trois impératifs à respecter: carcinologique (les marges d'exeresse de sécurité), fonctionnel et esthétique.

Les marges latérales : une marge de 4 mm pour les tumeurs de 2 cm de diamètre, une marge > 6 mm pour les tumeurs de diamètre > 2 cm.

L'exeresse en profondeur doit intéresser l'hypoderme en respectant l'aponévrose, le périoste ou le perichondre, à condition que ces structures ne soient pas envahies par la tumeur [2]

Autres thérapeutiques : radiochimiothérapie externe, chimiothérapie ; radiochimiothérapie palliative pour les tumeurs juger inopérable d'emblée.

Nouvelles thérapeutiques : cetuximab: anticorps monoclonal présente une forte affinité pour le récepteur du facteur de croissance épidermique (EGFR) et inhibe la maturation cellulaire. Il peut représenter une option intéressante, en particulier chez les sujets chez lesquels une chimiothérapie n'est pas envisageable [2]

La prise en charge initiale efficace et précoce permet de limiter l'envahissement et l'extension de la tumeur.

Conclusion

La propagation d'un carcinome épidermoïde cutané évolué se produit de proche en proche le long des fascias, du périoste, du perichondre ou des gaines nerveuses.

Ce type de cancer peut être responsable de métastases locales, régionales ou à distance entraînant le décès.

La survenue d'une rechute ou de métastases est le plus souvent en rapport avec une prise en charge initiale tardive ou inadaptée de la tumeur ou en rapport avec des formes anatomocliniques agressives.

Bibliographie

[1] Carcinome épidermoïde cutané géant du nez avec extension cérébrale secondaire.

Ann dermatol venereol 2004;131:791-4

[2] Prise en charge diagnostique et thérapeutique du carcinome épidermoïde cutané et de ses précurseurs. Recommandations.

Rev stomatol chir maxillofac 2010;111:228-237

Contact

Dr SALAH-AIECH Esma
Chirurgie maxillo-faciale
Constantine - ALGERIE
Email: dr.sa.esma@outlook.fr

Conflits d'intérêts: aucun