



## Cas Clinique

## Tumeur Géante du Cuir Chevelu à Niamey : À Propos d'un Cas et Revue de la Littérature

### *Scalp giant tumor in niamey: a case report and literature review*

Hima-Maiga A<sup>1(\*)</sup>, Kpelao E<sup>2</sup>, Beketi A<sup>2</sup>, Kelani Ab<sup>1</sup>, Habi I<sup>3</sup>, Gaye M<sup>4</sup>, Diop A<sup>5</sup>, Sanoussi S<sup>1</sup>, Sakho Y<sup>4</sup>

#### RÉSUMÉ

La tumeur trichilemmale proliférante maligne du cuir chevelu est une lésion cutanée qui se produit habituellement chez la femme âgée. Elle se caractérise par une prolifération épithéliale extensive, une architecture infiltrante, des atypies cytonucléaires marquées et de mitoses nombreuses. Les auteurs rapportent un cas chez une femme âgée de 47 ans. Le diagnostic est anatomie-cytologie pathologique. Le traitement est chirurgical consistant en une exérèse complète de la tumeur suivie d'une chirurgie plastique de reconstruction du cuir chevelu et complétée par une chimiothérapie. Les habitudes socio-culturelles et à la sous-médicalisation pourrait expliquer la mortalité élevée des formes malignes.

#### ABSTRACT

Malignant proliferating trichilemma tumor of the scalp is a skin lesion that usually occurs on the elderly women scalp. It is characterized by an extensive epithelial proliferation, an infiltrating architecture, marked cytonuclear atypia and numerous mitoses. The authors report a case in a 47-year-old woman. The diagnosis is pathological anatomy-cytology. The treatment is surgical consisting of a complete excision of the tumor followed by a plastic surgical reconstruction of the scalp and supplemented by chemotherapy. Socio-cultural habits and under-medicalization could explain the high mortality of malignant forms.

<sup>1</sup>Service de neurochirurgie de l'hôpital national de Niamey

<sup>2</sup>Service de neurochirurgie du CHU Sylvanus Olympio de Lomé

<sup>3</sup>Service de neurochirurgie de l'hôpital général de référence de Niamey

<sup>4</sup>Service de neurochirurgie de l'hôpital général de Grand Yoff de Dakar

<sup>5</sup>Service de neurochirurgie de l'hôpital principal de Dakar

#### Auteur correspondant :

Abdoulaye HIMA-MAIGA

Service de neurochirurgie de l'hôpital national de Niamey (Niger)

Email : ahimamaiga67@hotmail.com

**Mots clés :** tumeur géante- cuir chevelu Niger.

**Keywords:** Giant Tumor - Scalp - - Niger.

#### INTRODUCTION

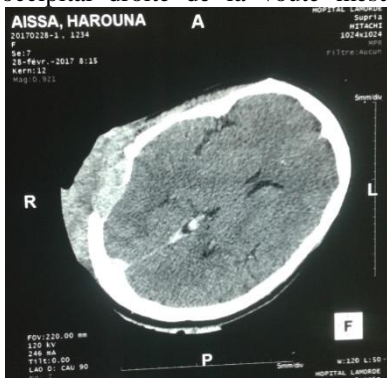
Au Niger, les études portant sur les tumeurs du cuir chevelu sont quasi inexistantes. Les tumeurs (ou lésions) cutanées sont des taches ou des excroissances de la peau, de taille, de forme et de couleur variables. Elles se développent à partir des différents constituants de la peau du cuir chevelu [1]. Bien qu'elles soient dominées par les kystes trichilemmaux, leur prévalence exacte reste généralement inconnue [2]. Chaque type cellulaire contenu dans la peau est capable de se transformer en tumeur bénigne ou maligne ; il existe donc un grand nombre de tumeurs cutanées, allant du simple « grain de beauté » à la tumeur très rare. Ces tumeurs posent un véritable problème diagnostique du fait de leur multiplicité. Les tumeurs malignes du cuir chevelu sont dominées par le carcinome baso-cellulaire [3,4]. En tout état de cause seulement 2% des tumeurs épithéliales sont localisées au cuir chevelu [5]. L'objectif de notre travail était de préciser le profil épidémiologique, anatomo-clinique, diagnostic et thérapeutique des tumeurs du cuir chevelu à travers un rare cas de géante tumeur du cuir chevelu colligé dans le service de Neurochirurgie de l'hôpital national de Niamey et de passer en revue la littérature internationale.

#### CAS CLINIQUE

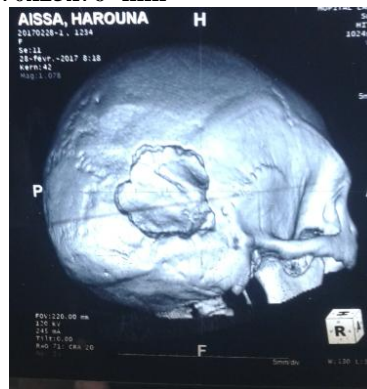
Il s'agissait de la patiente AH âgée de 47 ans, d'origine rurale, orpheline, sans père ni mère, son père était mort le jour de sa naissance, mère de six garçons et deux filles, tous vivants ; elle a toujours vécu dans une pauvreté extrême. Le mari est vendeur de thé traditionnel. Le début de la symptomatologie remontait à l'âge de 10 ans, qui correspond aussi à l'âge de son mariage (mariage précoce) par un tout petit kyste trichilemmal proliférant griso-noirâtre (probablement une lésion précancéreuse) au niveau pariétal droit. Après la naissance de son sixième enfant (deux années d'espacement entre les enfants), soit douze ans après son mariage, elle constata une futilisation de ce kyste qui était auparavant très dur, prenant un aspect ulcéro-bourgeonnant. A sa huitième grossesse cette futilisation commença à s'agrandir pour donner une grande plaie saignante, ulcérée, térébrante, béante, suintante, purulente, multiforme, avec des bordures irrégulières, une silhouette invasive dermo-hypodermique, parfois atrophique de croissance très lente. La taille de la tumeur est d'à peu près 7 cm. Des adénopathies cervicales étaient notées du côté de la lésion à droite. La patiente a suivi trois ans de traitement traditionnel pensant que c'est un problème lié à des esprits maléfiques. Elle a donc dépensé tous ces biens

dans des soins traditionnels et a même été escroqué par des malfrats à concurrence de 159 euros, ce qui est beaucoup en Afrique subsaharienne. Le traitement traditionnel était dans tous les cas le premier recours avant une probable consultation en dermatologie et/ou en neurochirurgie. Elle nous a été référée et prise en charge : un scanner cérébral sans et avec injection mettant en évidence une lésion infiltrant envahissant massivement les tissus épicroâniens exerçant un effet de masse sur le parenchyme cérébral en regard (**voir image 1**), une reconstruction 3D du scanner mettant en évidence une lésion ostéolytique infiltrant la voûte crânienne osseuse en regard (**voir image 2**) et une IRM sans et avec injection de gadolinium mettant en évidence un volumineux processus expansif tissulaire fortement rehaussé après gadolinium centré sur la région pariéto-occipital droite de la voûte mesurant **70x25x76 mm**

exerçant un effet de masse sur le parenchyme cérébral en regard et envahissant massivement les tissus épicroâniens évoquant en premier lieu une tumeur trichilemmale proliférante maligne agressive (**voir image 3**). Une sérologie rétrovirale, une sérologie de l'antigène HBs, une sérologie de l'antigène de l'hépatite C furent demandés et qui s'avèrent tous négatifs et un traitement neurochirurgical fut mis en route. Le scanner de contrôle a confirmé une exérèse tumorale complète (SIMPSON I) (**voir image 4**) et une reconstruction plastique sous anesthésie générale aboutit au résultat suivant (**voir image 5 et 6**). Une chimiothérapie est associée secondairement à la chirurgie. L'examen anatomopathologique conclut à une tumeur trichilemmale proliférante maligne agressive (**voir image 7**). L'évolution de cette tumeur maligne a été favorable.



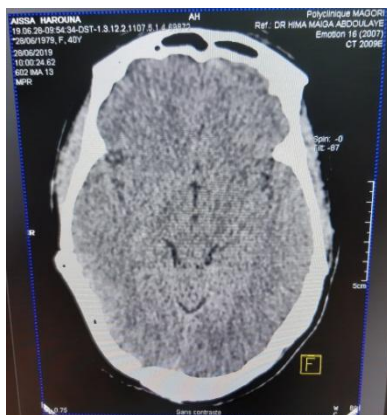
**Figure 1 :** Scanner cérébral montrant une lésion infiltrante envahissant massivement les tissus épicroâniens avec un effet de masse sur le parenchyme cérébral.



**Figure 2 :** Reconstruction 3D montrant une lésion infiltrant la voûte crânienne osseuse en regard.



**Figure 3 :** IRM montrant un volumineux processus expansif tissulaire de la voûte région pariétooccipitale droite, fortement rehaussé après gadolinium, avec effet de masse sur le parenchyme cérébral et envahissement des tissus épicroâniens.



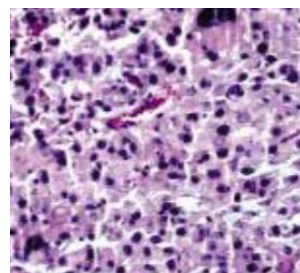
**Figure 4 :** Scanner cérébral de contrôle après exérèse complète de la tumeur



**Figure 5 :** Tumeur géante du cuir chevelu avant traitement chirurgical



**Figure 6 :** Aspect après traitement chirurgical



**Figure 7 :** Récidives locales et/ou métastases : 50% : lésion invasive, atypies marquées, mitoses atypiques, nécrose, embolies (Ye J. J Am J Clin Pathol. 2004)

## DISCUSSION

La tumeur trichilemmale proliférante est une tumeur avec un comportement le plus souvent bénin mais on peut avoir des tumeurs infiltrantes avec faible risque de récurrence locale ou des tumeurs histologiquement transformées avec un faible risque de métastase ganglionnaire qui peuvent tous deux se transformer en tumeur trichilemmale proliférante maligne [6]. Sur le plan épidémiologique, c'est une tumeur rare avec une incidence inconnue, fréquente chez la femme de plus de 40 ans, siégeant dans 90% au cuir chevelu, 10% au tronc, nez, paupières, vulve, rarement extrémités ; exceptionnel sur naevus verruco-sébacé. L'étiologie reste inconnue sur un kyste trichilemmal après traumatisme ou inflammation chronique [6]. Sur le plan clinique c'est une lésion unique de 2 à 20 cm, uni ou multi-nodulaire ou surface bosselée, dermo-hypodermique, de croissance très lente avec cependant quand il s'agit de lésions suspectes de transformation, la croissance devient rapide et la taille grande, architectures infiltrantes, atypies cytonucléaires marquées, mitoses nombreuses [6]. Nous rapportons l'une des très rares études sur les tumeurs du cuir chevelu en neurochirurgie, en Afrique au sud du Sahara. Ce cas de géante tumeur du cuir chevelu était confirmé par un examen histo-cyto-pathologique. La fréquence hospitalière en neurochirurgie à l'hôpital national de Niamey des tumeurs du cuir chevelu était de 4 cas/an donc vraiment très faible par rapport aux autres pathologies prises en charge dans le service pendant le même temps. Dans une étude faite à Dakar au service de dermatologie de l'hôpital d'hygiène sociale du Sénégal, la fréquence hospitalière en dermatologie des tumeurs du cuir chevelu était de 2,4 cas/mois [7]. Récemment, une étude Indienne [2], effectuée dans un service d'anatomopathologie, avait trouvé 45 cas de tumeurs du cuir chevelu sur une période de 24 mois, soit une fréquence de 2 cas/mois. Par contre, une étude ghanéenne [8] avait retrouvé 10 cas sur une période de 6 ans dans un service de chirurgie plastique. Dans le cas que nous rapportons la patiente de sexe féminin, d'origine rurale comme 78% des patients [7] et présentant cette tumeur maligne du cuir chevelu (carcinome baso-cellulaire) était âgée de 47 ans. Dans la série sénégalaise, les tumeurs malignes du cuir chevelu représentaient 14% de toutes les tumeurs cutanées malignes et étaient retrouvées chez ceux âgés de plus de 50 ans dans 64,3% des cas avec des extrêmes de 8 à 76 ans. La topographie au cuir chevelu de ces tumeurs cutanées malignes est moins fréquente que celle de la face. En effet, dans l'étude de Diallo et al. [9], les tumeurs malignes étaient localisées à la face dans 19% des cas. Chez les patients sénégalais, le carcinome épidermoïde représentait plus de la moitié (57%) des cas de tumeurs malignes. Selon plusieurs auteurs, il est de loin le cancer cutané le plus fréquent sur peau noire qu'elle que soit la topographie [10-11]. Par contre, chez le sujet à peau claire, les cancers cutanés de l'extrémité céphalique sont dominés par le carcinome baso-cellulaire [11]. Le scalp représente à coup sûr une entité anatomique caractérisée par sa

vascularisation riche, son épaisseur relative et sa faible élasticité. Il peut donc être le siège de tumeurs malignes qui représentent uniquement 2% de l'ensemble des tumeurs cutanées [5]. Ces tumeurs se voient après l'âge de 50 ans dans 69,8% des cas [12] avec une prédominance masculine. Les tumeurs épidermiques représentées par le carcinome basocellulaire et spinocellulaire, constituent la majorité de ces tumeurs dans toutes les séries soit environ 92,3% dans la série d'Atarguine [13]. Le carcinome spinocellulaire était la tumeur la plus incriminée dans la série de Fon et al [14] et celle d'Atarguine [13], contrairement aux résultats de Katz et al, Chyi-yih Lin et al [12] et celles de P.F.Soma et al où le carcinome basocellulaire était le chef de file et ceci corrobore notre cas qui est carcinome basocellulaire. Pour le mélanome du scalp, la série de « Minor et Panje » de Illinois, a démontré que le mélanome était la 3ème variété des tumeurs malignes du scalp. Uniquement 2% de cette variété histologique a été retrouvé dans la série de Chyi-yih Lin et al [12], un cas dans la série d'Atarguine [13] et aucun cas dans celle de Fong et al [14]. Les lésions métastatiques qui occupent la 3ème place dans la série de Chyi-yih Lin et al [12] n'ont pas été incluses chez Fong et Katz, et non retrouvées dans la série d'Atarguine [13]. Dans notre cas comme dans la série d'Atarguine [13], la localisation la plus fréquente des tumeurs est située au niveau du scalp pariétal, ce qui concorde avec les résultats de B.Kruse-Losler et al [15]. Les tumeurs malignes du scalp posent un double problème : la qualité de l'exérèse carcinologique et les méthodes de reconstruction des différents tissus réséqués. Les marges de sécurité de l'exérèse cutanée diffèrent selon le type histologique des tumeurs, elles sont de quelques millimètres à 1 ou 2 cm pour les épithéliomas baso et spinocellulaires. On se dispose d'une panoplie de moyens pour assurer la couverture des pertes de substance engendrées par l'exérèse tumorale, ceci en fonction d'un certain nombre de paramètres, à savoir : la taille de la perte de substance, sa localisation, sa complexité, sa profondeur, son étendu par rapport au scalp restant puis la quantité et la qualité de la chevelure restante. La greffe cutanée a l'avantage d'être simple et très fiable lorsque le sous-sol est bon, mais la zone greffée est alopecique et la greffe a parfois tendance à s'ulcérer au moindre traumatisme [16]. Vu la simplicité de cette technique et le problème d'opérabilité de nos patients âgés en Afrique, elle a été utilisée chez 32 patients dans la série d'Atarguine [13]. Les lambeaux locaux représentent toujours la meilleure solution thérapeutique qu'il faut savoir privilégier par rapport aux autres techniques plus invasives [17] comme c'est le cas chez notre patiente âgée de 47 ans. Ils ont connu un grand développement dans les reconstructions immédiates après exérèse tumorale. En effet, ils apportent une peau chevelue avec un tissu cellulaire sous cutané et aponévrotique de bonne qualité et richement vascularisé. Parmi ces lambeaux, les lambeaux de rotation semblent les mieux adaptés à la surface courbe du sous-sol céphalique. Ce sont d'ailleurs les plus utilisés dans la série d'Atarguine [13] et parmi

les 12 cas de lambeaux locaux, 6 patients ont bénéficié de lambeaux de rotation chez [18]. Les lambeaux libres à distance peuvent devenir indispensables quand toutes les autres possibilités sont dépassées et qu'une couverture par lambeau est nécessaire. Tous les lambeaux libres sont théoriquement possibles à condition que leur taille soit suffisante : l'épiploon libre greffé a été l'un des premiers utilisés, le lambeau de grand dorsal est le plus employé. On peut également prélever d'autres lambeaux inguinal, axillaire, scapulaire, anti brachial, antérolatéral de cuisse comme chez notre patiente, grand droit à palette abdominale ..etc. Ce genre de lambeaux constitue un bon alternatif pour les cas nécessitant une reconstruction des pertes de substances transfixiantes. Pour les défenseurs des lambeaux libres dans les pertes de substance de taille moyenne, la microchirurgie offre la possibilité de prélèvement composite qui assure la reconstruction simultanée du plan cutané et osseux (lambeau ostéo-cutané de serratus anterior ou de latissimus dorsi) ou cutané et dure-mérien (lambeau de tenseur de fascia lata). Les lambeaux libres ostéo-cutanés semblent mieux résister à l'infection et certains auteurs les indiquent systématiquement sur des scalps irradiés [19]. Aucune étude comparative n'existe dans la littérature affirmant la supériorité des lambeaux libres par rapport aux lambeaux locaux en matière de résistance aux radiations postopératoires. Mais on sait que ces lambeaux locaux représentent une alternative sur des scalps non mobilisables à cause d'une irradiation antérieure, d'interruptions des vaisseaux nourriciers par une chirurgie ou un traumatisme antérieur, ou des scalps sièges de lésions pré-épithéliomateuses [19]. Les lambeaux libres laissent en place un scalp indemne de tout abord, qui s'apprête facilement à l'expansion cutanée pour une reconstruction chevelue secondaire. L'expansion secondaire du cuir chevelu est possible même en cas d'utilisation de lambeaux locaux du scalp, mais elle se complique par les incisions antérieures et par l'élasticité moindre du cuir chevelu mobilisé. Dans la littérature, les facteurs de risque qui ont été incriminés dans l'apparition des tumeurs malignes du cuir chevelu sont donc l'exposition solaire chronique, la présence de nævus sébacé, les antécédents de radiation ionisante, de brûlure, de traumatisme ou de chirurgie du cuir chevelu [1,20,21,22]. Dans la population africaine noire, les cancers de la peau ne sont pas souvent liés à l'exposition solaire, mais plutôt aux lésions cutanées précancéreuses (ulcères, cicatrices de brûlures) [10]. Chez les patients de [7] à Dakar cette grande taille des tumeurs malignes pourrait s'expliquer par le long délai de consultation entre 2 mois à 4 ans avec une moyenne de 14 mois contre 36 mois chez notre patiente. Ce retard diagnostique peut être dû à la négligence, l'inaccessibilité des structures sanitaires et le recours fréquent (78%) à la médecine traditionnelle, ce qui corrobore avec notre cas. Par ailleurs, cette clinique assez caractéristique n'empêche que l'histopathologie reste et demeure incontournable dans la confirmation diagnostique.

## CONCLUSION

Les tumeurs malignes du cuir chevelu, sur peau noire, est une pathologie assez peu fréquente dont le traitement de choix reste chirurgical. La diversification des moyens de réparations doit répondre à une reconstruction satisfaisante, fiable et esthétique. Les habitudes socio-culturelles et à la sous-médicalisation pourrait expliquer la mortalité élevée des formes malignes.

## Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

## Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont participé à la conception et à la rédaction de cet article. Tous les auteurs ont lus et approuvé la version finale de cet article.

## RÉFÉRENCES

- [1]. Dawber RPR. Naevi, tumours and cysts of the scalp. In: DawberR, editor. Diseases of the hair and scalp. 3rd ed. Oxford: Blackwell Scientific Blackwell 3emeedition. 1997: 528-63.
- [2]. Leena JB, Sandeep MB, Saldanha C, Megha, Krishnaprasad HV. A histopathological review of scalp tumors: hospital based study. International Journal of Recent Trends in Science and Technology. 2014; 12(2):256-258
- [3]. Chiu CS, Lin CY, Kuo TT, Kuan YZ, Chen MJ, Ho HC et al. Malignant cutaneous tumors of the scalp: a study of demographic characteristics and histologic distributions of 398 Taiwanese patients. J Am Acad Dermatol. 2007; 56(3):448-52. PubMed|Google Scholar
- [4]. Katz TM, Silapunt S, Goldberg LH, Jih MH, Kimyai-Asadi A. Analysis of 197 female scalp tumors treated with Mohs micrographic surgery. J Am Acad Dermatol. 2005; 52(2):291-294. PubMed|Google Scholar
- [5]. Conley JJ. Malignant tumors of the scalp. Analysis of 92 cases of malignant epithelial and somatic tumors of the scalp. Plast Reconstr Surg. 1964; 33:1-15. PubMed|Google Scholar
- [6]. Jay Ye, MD, PhD, Oscar Nappi, MD, Paul E. Swanson, MD, James W. Patterson, MD and Mark R. Wick, MD. Proliferating pilar tumors. A clinicopathologic study of 76 cases with a proposal for definition of benign and malignant variants
- [7]. Assane Diop, Moussa Diallo, Mame Tene Ndiaye, Biram Seck, Saer Diadie, Boubacar Ahy Diatta, Maodo Ndiaye, Zineb Baidouri, Ahmadou Deme, Fatimata Ly, Suzanne Oumou Niang, Assane Kane, Mame Thierno Dieng. Aspects épidémiologiques et anatomo-cliniques des tumeurs du cuir chevelu chez le noir africain. The Pan African Medical Journal. 2019; 34:98. doi:10.11604/pamj.2019.34.98.18123
- [8]. Adu JKE. Tumours of the scalp: a review of ten cases. J US China Med Sc. 2013; 10(90):57-62.
- [9]. Diallo M, Diadie S, Diatta BA, Ndiaye M, Diop A et al. Skin cancers of the face in an African Black population. Arch Otolaryngol Rhinol. 2017; 3(3):095-097.
- [10]. Dieng MT, Diop NN, Dème A, Sy TN, Niang SO, Ndiaye B. Squamous cell carcinoma in black patients:

80 cases. *Ann Dermatol Venereol.* 2004; 131(12):1055-1057. PubMed|Google Scholar

[11]. Franceschi S, Levi F, Randimbison L, La Vecchia C. Site distribution of different types of skin cancer: new aetiological clues. *Int J Cancer.* 1996; 67(1):24-28. PubMed|Google Scholar

[12]. Cheng-Sheng CH, Chyi-Yih Lin. Malignant cutaneous tumors of the scalp: A study of demographic characteristics and histologic distributions of 398 Taiwanese patients. *J Am Acad Dermatol* 2007; 56:448-52.

[13]. Atarguine H, Ettalbi S. Tumeurs malignes du scalp: Profil épidémiologique et prise en charge chirurgicale à propos de 52 cas. Faculté de Médecine et de Pharmacie – Marrakech. Thèse N X / 2011-2012. Maroc.

[14]. Fong PH, Lee ST, Lim Tan SK. Primary scalp cancer in Singapore. *Ann Acad Med Singapore* 1986; 15:67-70.

[15]. Muhammad A. Use of Dermal Regeneration Template (Integra) for Reconstruction of Full-Thickness Complex Oncologic Scalp Defects. *J Craniofac Surg* 2010; 21:905-909.

[16]. Furnas H. Scalp reconstruction by microvascular free tissue transfert. *Ann Plast Surg* 1990; 24:431-44.

[17]. Mustoe TA. Soft tissue reconstructive choices for craniofacial reconstruction. *Clin Plast Surg* 1995; 22:543-54.

[18]. Wang HT, Erdmann D, Olbrich KC, Friedman AH, Levin LS, Zenn MR. Free flap reconstruction of the scalp and calvaria of major neuro surgical resections in cancer patients: lessons learned closing large, difficult wounds of the dura and skull. *Plast Reconstr Surg* 2007; 119:865-72.

[19]. Mc Combe D, Donato R, Hofer S, Morisson W. Free flaps in the treatment of locally advanced malignancy of the scalp and forehead. *Ann Plast Surg* 2002; 48:600-15.

[20]. Richmond HM, Duvic M, MacFarlane DF. Primary and metastatic malignant tumors of the scalp: an update. *Am J Clin Dermatol.* 2010; 11(4):233-46. PubMed|Google Scholar

[21]. Bernard Cribier. Carcinomes annexiels. Manifestations dermatologiques des maladies du système hématopoïétique et oncologie dermatologique. 2009;3:161-165. PubMed|Google Scholar

[22]. Ksir s. Carcinomes avancés du cuir chevelu: à propos de 09 cas. Thèse Med Fès 2015;750.