

Case report



Carcinome épidermoïde survenant sur une lésion d'ostéomyélite chronique: rapport de cas

Aniss Chagou, Hamza Benameur, Najib Alidrissi, Mohammed Chahbouni, Ali Zine, Salim Bouabid, Moustapha Boussougua, Abdeloihab Jaafar

Corresponding author: Aniss Chagou, Mohammed VI University of Health Sciences (UM6SS), Rabat, Maroc. anisschagou@gmail.com

Received: 18 Mar 2020 - **Accepted:** 28 May 2020 - **Published:** 03 Dec 2020

Keywords: Carcinome épidermoïde, ostéomyélite chronique, transformation maligne, rapport de cas

Copyright: Aniss Chagou et al. Pan African Medical Journal (ISSN: 1937-8688). This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution International 4.0 License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Cite this article: Aniss Chagou et al. Carcinome épidermoïde survenant sur une lésion d'ostéomyélite chronique: rapport de cas. Pan African Medical Journal. 2020;37(307). 10.11604/pamj.2020.37.307.22388

Available online at: <https://www.panafrican-med-journal.com//content/article/37/307/full>

Carcinome épidermoïde survenant sur une lésion d'ostéomyélite chronique: rapport de cas

Squamous cell carcinoma in a patient with chronic osteomyelitic lesion: a case report

Aniss Chagou^{1,&}, Hamza Benameur¹, Najib Alidrissi¹, Mohammed Chahbouni¹, Ali Zine¹, Salim Bouabid¹, Moustapha Boussougua¹, Abdeloihab Jaafar¹

¹Mohammed VI University of Health Sciences (UM6SS), Rabat, Maroc

&Auteur correspondant

Aniss Chagou, Mohammed VI University of Health Sciences (UM6SS), Rabat, Maroc

Résumé

L'association d'un carcinome épidermoïde et d'une ostéomyélite chronique est rare. Elle doit cependant être évoquée à chaque fois qu'il y a une modification de la symptomatologie locale usuelle. Le retard du diagnostic peut être fatal pour le patient. Les biopsies répétées peuvent être d'une aide précieuse pour le médecin traitant. Nous rapportons le cas d'un patient de 47 ans chez qui un diagnostic de dégénérescence carcinomateuse sur une ostéomyélite chronique fistulisée à la peau a été posé. Une amputation a été réalisée.

English abstract

Squamous cell carcinoma associated with chronic osteomyelitis is rare. However, it must be suspected in patients with modification of common local symptoms. Delayed diagnosis can be fatal. Repeated biopsies can greatly help physicians who treat patients. We report the case of a 47-year-old patient diagnosed with carcinomatous degeneration associated with chronic osteomyelitis fistulized to the skin. Amputation was performed.

Key words: *Squamous cell carcinoma, chronic osteomyelitis, malignant transformation, case report*

Introduction

L'apparition d'un carcinome épidermoïde est une complication rare dans l'évolution d'une ostéomyélite chronique [1]. Peu de cas ont été rapportés jusqu'à présent dans la littérature. Si le mécanisme physiopathologique reste pour le moment inconnu, le délai important entre les premiers symptômes de l'ostéomyélite et la dégénérescence est un point commun de tous les cas rapportés.

Patient et observation

Nous rapportons le cas d'un patient de 47 ans, traité durant 7 ans pour une ostéomyélite chronique d'origine hématogène à l'âge de 7 ans. Le patient a bénéficié d'un traitement chirurgical type Papineau avec des résultats initiaux très satisfaisants. L'antibiothérapie a permis de contenir l'infection. Un seul épisode de réactivation a été noté à l'âge de 20 ans avec écoulement purulent. Une séquestrectomie avec excision du trajet fistuleux et des berges ont été réalisés. Une période de rémission de 27 ans a été notée. Le patient a été reçu dans notre département en mars 2018, le patient avait une grosse tumeur au niveau de la jambe au niveau du tiers supérieur volontiers saignante et malodorante. Le patient rapportait également une impotence fonctionnelle totale et un écoulement

purulent. La tomodensitométrie (TDM) réalisée (Figure 1) a objectivé une lésion hétérogène associant des images lytiques extensives épiphysio-métaphysio-diaphysaires et hyperdenses avec effraction de la corticale. Le bilan sanguin a objectivé une anémie à 5g/dl. Une transfusion a été réalisée avant la biopsie. L'examen anatomopathologique a révélé des images d'une tumeur maligne en faveur d'un carcinome épidermoïde. Un bilan d'extension locorégionale fait d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) (Figure 2) a révélé une tumeur d'allure agressive tissulaire avec envahissement osseux et vasculaire. Une scintigraphie (Figure 3) a montré une hyperfixation au niveau de la jambe gauche sans autre localisation. Une amputation transfémorale a été réalisée. Les résultats à ce jour sont bons.

Discussion

La dégénérescence maligne au décours d'une ostéomyélite chronique est relativement rare. Sa fréquence varie de 0,2% à 1,7% selon les séries [1-3]. On note une nette prédominance masculine et un âge moyen assez élevé de 50 à 60 ans [1-4]. Ces carcinomes épidermoïdes ne représentent qu'une partie infime de tous les carcinomes épidermoïdes (0,05%) [5]. Les lésions siègent électivement au niveau des membres inférieurs (89%) surtout les jambes. Les lésions au niveau des membres supérieurs restent rares. Le délai entre le diagnostic de l'ostéomyélite chronique et la dégénérescence est habituellement long (37 ans) [5-7]. Dans notre cas, le délai est de 40 ans. Le retard du diagnostic de la transformation maligne est une constante. Les lésions apparaissant sur une peau déjà modifiée par l'infection chronique et la présence habituelle du pus n'attirent pas l'attention du patient et des médecins. Le diagnostic peut se faire des années après la transformation maligne. Un suivi régulier pourrait permettre d'évoquer le diagnostic. Rowland [8] a décrit trois symptômes devant faire évoquer le diagnostic: l'accentuation de la douleur et de l'écoulement purulent et surtout des lésions

volontiers hémorragiques. Cette triade n'est que très rarement complète. Notre patient ayant consulté tardivement a présenté ces trois signes.

Devant toute suspicion, des biopsies répétées, au niveau des tissus superficiels et profonds doivent être réalisées [9]. Le traitement de ces lésions doit éradiquer à la fois la tumeur et l'infection: l'objectif étant d'éviter la récurrence. Dans ce cas de figure, seule la chirurgie peut donner satisfaction. Si l'amputation permet l'éradication à la fois du foyer infectieux et tumoral; d'autres auteurs proposent un traitement conservateur moyennant une reconstruction osseuse et des parties molles [10,11]. Les récurrences locales sont possibles 15% [12]. Les métastases le sont également avec un taux de 15 à 30% [3]. Chez notre patient, l'amputation trans-fémorale a été réalisée pour éviter le risque de métastases et de récurrence locale [12]. A ce jour, aucune récurrence ni métastases n'ont été diagnostiquées.

Conclusion

La dégénérescence carcinomateuse dans les suites à long terme de l'ostéomyélite chronique est rare. Un suivi régulier permet d'éviter tout retard du diagnostic qui peut être fatal pour le patient. Devant toute modification de la symptomatologie, des biopsies répétées des tissus superficiels et profonds doivent être réalisées. La confirmation d'une transformation maligne impose la réalisation d'un bilan d'extension loco-régionale. La chirurgie doit garantir l'éradication du foyer infectieux et tumoral pour éviter la récurrence.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à ce travail et ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Figures

Figure 1: TDM de la jambe gauche en coupe frontale

Figure 2: IRM de la jambe gauche en coupe transversale

Figure 3: scintigraphie osseuse; vue frontale (image de gauche) et vue dorsale (image de droite)

Références

1. Li Q, Cui H, Dong J, He Y, Zhou D, Zhang P *et al.* Squamous cell carcinoma resulting from chronic osteomyelitis: a retrospective study of 8 cases. *Int J Clin Exp Pathol.* 2015; Sep 1;8(9): 10178-84. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
2. Gebhart M, Fabeck L, Muller C. Malignant transformation of chronic osteomyelitis and its scar tissue: a propos of 3 cases. *Acta Orthop Belg.* 1993;59(4): 327-32. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
3. Fitzgerald Jr RH, Brewer NS, Dahlin DC. Squamous cell carcinoma complicating chronic osteomyelitis. *J Bone Joint Surg Am.* 1976 Dec;58(8): 1146-8. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
4. Moura DL, Ferreira R, Garruço A. Malignant transformation in chronic osteomyelitis. *Rev Bras Ortop.* 2017;52(2): 141-147. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
5. Selin ED, Fleming JL. Epidermoid carcinoma arising in chronic osteomyelitis foci. *J Bone Joint Surg Am.* 1963;45: 827-838. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
6. Sankaran-Kutty M, Corea JR, Ali MS, Kutty MK. Squamous cell carcinoma in chronic osteomyelitis. Report of a case and review of the literature. *Clin Orthop.* 1985;198: 264-267. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
7. Ziets RJ, Evanski PM, Lusskin R, Lee M. Squamous cell carcinoma complicating chronic osteomyelitis in a toe: a case report and review of the literature. *Foot Ankle.* 1991 Dec;12(3): 178-81. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
8. Rowlands BC. Carcinoma developing in chronic osteomyelitis. *Br J Surg.* 1953 Jul;41(165): 106-7. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)

9. Dereure O, Guillot B, Bonnel F, Barnéon G, Montpoint S, Guilhou JJ. Dégénérescence carcinomateuse des fistules d'ostéomyélite chronique: Quatre observations. *Ann Dermatol Venerol.* 1993;120(10): 675-8. **PubMed** | **Google Scholar**
10. Ueng WN, Wei FC, Hsueh S, Shih CH. Squamous cell carcinoma complicating tibial osteomyelitis treated with local wide excision and staged microvascular reconstruction. *Clin Orthop.* 1993;293: 274-279. **PubMed** | **Google Scholar**
11. Weiland AJ, Moore JR, Daniel RK. The efficacy of free tissue transfer in the treatment of osteomyelitis. *J Bone Joint Surg Am.* 1984 Feb;66(2): 181-93. **PubMed** | **Google Scholar**
12. McGrory JE, Pritchard DJ, Unni KK, Ilstrup D, Rowland CM. Malignant lesions arising in chronic osteomyelitis. *Clin Orthop.* 1999;362: 181-189. **PubMed** | **Google Scholar**



Figure 1: TDM de la jambe gauche en coupe frontale

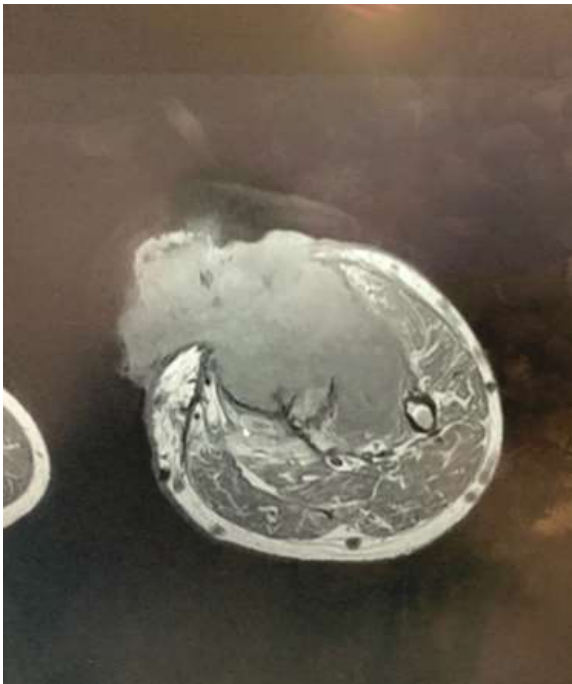


Figure 2: IRM de la jambe gauche en coupe transversale



Figure 3: scintigraphie osseuse; vue frontale (image de gauche) et vue dorsale (image de droite)