

Ulcération du talon chez une Djiboutienne

Bertani A¹, Massoure PL¹, Menguy P¹, Lamblin G¹, Eve O¹, Morand JJ²

1. Hôpital Bouffard, Djibouti

2. Hôpital d'instruction des Armées Laveran, Marseille, 13998 Marseille armées

Med Trop 2011; 71 : 85-86

Observation

Une Djiboutienne sédentaire de 36 ans sans antécédent ni facteur de risque cardio-vasculaire était hospitalisée pour une plaie chronique du talon gauche évoluant depuis 18 mois. La patiente n'avait pas voyagé hors de Djibouti. Elle attribuait sa lésion à une piqûre par des végétaux. La lésion était ulcérée et nécrotique en son centre avec présence en périphérie de papules angioma-teuses (figure 1). Il n'existait pas de signes généraux. Il y avait une adénopathie inguinale gauche souple et mobile. Les pouls périphériques étaient perçus de manière bilatérale et il existait un lymphoedème sans signe d'insuffisance veineuse. L'examen neurologique était sans particularité. On notait une hyperleucocytose à $12,4 \times 10^3/\text{mm}^3$ et une CRP à 19 mg/L. La sérologie du VIH était négative. Les prélèvements bactériologiques retrouvaient une flore polymorphe et la recherche de mycobactérie restait négative. L'échographie abdominale ne montrait ni adénopathie profonde ni hépatosplénomégalie et la radiographie pulmonaire était normale.



Figure 1. Ulcération du talon © Bertani.

Des soins locaux étaient entrepris et devant l'évolution favorable du bourgeonnement, une greffe de peau mince était réalisée. Les suites opératoires étaient défavorables, avec nécrose de la greffe cutanée dans un contexte d'infection localisée à *Proteus mirabilis*. Une antibiothérapie adaptée à l'antibiogramme était instaurée mais les lésions progressaient de façon extensive à partir du talon et du site de prélèvement de la greffe cutanée à la face interne de cuisse homolatérale (figure 2).

La patiente était réopérée 1 mois plus tard pour un parage large et des prélèvements histologiques. L'évolution était à nouveau défavorable avec progression des lésions à la fois au talon et à la cuisse (figure 3).



Figure 2. Extension à la cuisse des lésions angioma-teuses © Bertani.



Figure 3. Diffusion des lésions au membre inférieur © Bertani.

Quel est votre diagnostic ?

• Correspondance : antoine_bertani@yahoo.fr

• Article reçu le 23/11/2010, définitivement accepté 5/12/2010

Réponse

Carcinome épidermoïde avec lymphangite carcinomateuse

Devant ce tableau d'ulcération chronique extensive, après avis spécialisé en téléconsultation, une biopsie sur les deux sites était réalisée et affirmait le diagnostic de carcinome épidermoïde différencié kératinisant et infiltrant primitif du talon avec présence de lésions secondaires et d'une lymphangite carcinomateuse de la cuisse homolatérale. Le scanner abdomino-pelvien ne retrouvait pas d'adénopathie ou de lésions viscérales évocatrices de métastases.

Devant la dissémination des lésions, l'impossibilité de réaliser un traitement alternatif (radiothérapie et chimiothérapie), le membre inférieur gauche était amputé à sa racine, à distance des lésions macroscopiquement visibles. Compte tenu de la lourdeur d'une chirurgie carcinologique impliquant une désarticulation de hanche, un curage ganglionnaire complet n'était pas réalisé.

Les suites initiales étaient marquées par une surinfection du moignon par *Escherichia coli*. Plusieurs parages au bloc opératoire, une antibiothérapie adaptée et la mise en place d'un pansement à pression négative de type VAC® (*Vacuum Assisted Closure*) permettaient une évolution favorable en 6 semaines. Le recul est insuffisant pour juger de l'efficacité carcinologique de cette chirurgie.

Discussion

Cette observation est originale par l'ulcération du talon révélatrice de ce carcinome, l'étendue des lésions et leur progression rapide.

L'existence de lésions angiomateuses avec lymphoedème faisait évoquer en première intention une maladie de Kaposi soit dans le cadre d'un sida, soit dans sa forme méditerranéenne. L'ulcération de lésion acrale est classique. S'il l'on faisait abstraction de ces papulo-nodules, les diverses causes d'ulcération cutanée chronique pouvaient être envisagées notamment vasculaires (rapidement éliminées par l'examen clinique et l'âge de la patiente), infectieuses (l'aspect sans bords décollés et la géographie éliminaient un ulcère de Buruli à *Mycobacterium ulcerans*) ou tumorales. A Djibouti, l'ulcère phagédénique volontiers post-traumatique est fréquent et peut se cancériser après plusieurs années d'évolution sous forme de carcinome verruqueux (1). Le caractère relativement récent de cet ulcère était un argument contre ce diagnostic.

Les carcinomes épidermoïdes (CE) cutanés (ou carcinomes spinocellulaires dans l'ancienne terminologie) sont des tumeurs malignes développées à partir de l'épiderme à potentiel métastatique (2). Ces tumeurs apparaissent généralement sur les régions photoexposées. Les femmes djiboutiennes ont les jambes couvertes jusqu'à la cheville mais ne portent en général que des chaussures ouvertes (type « *tongues* ») ce qui explique peut-être la lésion initiale au niveau du talon.

Face aux formes métastatiques, la place de la chirurgie n'est que palliative. L'amputation haute de cuisse avait ici pour objectif d'améliorer la qualité de vie en simplifiant les soins très douloureux. Il s'agit d'une intervention particulièrement mutilante où les possibilités d'appareillage par une prothèse sont à peu près nulles a fortiori en situation de dénuement. L'absence sur place de spécialiste en dermatologie et en anatomo-pathologie a conduit à un retard diagnostique. En situation d'isolement et de limitation technique, l'apport d'un avis spécialisé de « *télé-dermatologie* » par envoi des clichés et de l'observation sur internet peut être utile (3) ; il a permis de guider la prise en charge de cette patiente.

Références

1. Kerleguer A, Koeck JL, Girard-Pipeau F, Nicand E. Recrudescence des ulcères phagédéniques à Djibouti pendant la saison des pluies. *Med Trop* 2003 ; 63 : 194-6.
2. Ortonne N. Carcinomes épidermoïdes (spino-cellulaires). *Ann Dermatol Venerol* 2003 ; 130 : 667-9.
3. Morand JJ. Télé-expertise en dermatologie : exemple de 13 télé-consultations. *Med Trop* 2008 ; 68 : 569-74.

ULCÉRATION DU TALON CHEZ UNE DJIBOUTIENNE : CARCINOME ÉPIDERMOÏDE AVEC LYMPHANGITE CARCINOMATEUSE

RÉSUMÉ • Les auteurs rapportent le cas d'une ulcération du talon révélatrice d'un carcinome épidermoïde, originale par l'étendue des lésions et sa progression rapide. Un avis spécialisé de « *télé-dermatologie* » par envoi des clichés et de l'observation sur internet a permis de guider la prise en charge de cette patiente. Mais, devant la dissémination des lésions et l'impossibilité de réaliser un traitement alternatif (radiothérapie et chimiothérapie), le membre inférieur a été amputé à sa racine.

MOTS-CLÉS • Ulcération chronique. Carcinome épidermoïde. Chirurgie. Téléconsultation. Djibouti.

ULCERATION OF THE HEEL IN A WOMAN FROM DJIBOUTI: SQUAMOUS CELL CARCINOMA WITH CARCINOMATOUS LYMPHANGITIS

ABSTRACT • The purpose of this report is to describe a case in which a heel ulcer with atypical features, *i.e.*, large size and rapid progression, led to diagnosis of squamous cell carcinoma. Patient management was based on specialist advice obtained by « *tele-dermatology* » based on pictures and comments transmitted over the Internet. However, due to the risk of spreading and impossibility of providing other medical treatment (radiotherapy-chemotherapy), the lower limb was amputated at the top of the thigh.

KEY WORDS • Chronic ulceration. Squamous cell carcinoma. Surgery. Tele-consultation. Djibouti.