

LE CARCINOME ÉPIDERMOÏDE ULCÉRÉ DU SEIN, UNE PORTE D'ENTRÉE RARE DU TÉTANOS : À PROPOS D'UN CAS.

A DIÈYE¹, N A LAKHE¹, D KA¹, V M P CISSE-DIALLO¹, K DIALLO-MBAYE¹, M A BOLTI¹, A S HAMA-DAMA¹, A MASSALY¹, M DIOP¹, N M FALL¹, A S BADIANE¹, D THIOUB¹, L FORTES-DÉGUENONVO¹, S A DIOP-NYAFOUNA², C T NDOUR¹, M SEYDI¹.

RESUME

Nous rapportons un cas de tétanos aigu généralisé dont la porte d'entrée était un carcinome épidermoïde ulcéré du sein gauche. Il s'agissait d'une patiente de 60 ans, au statut vaccinal antitétanique incomplet, suivie au service de Cancérologie pour un Carcinome épidermoïde ulcéré du sein gauche classé T4N1M0 et qui a bénéficié d'une chimiothérapie néo-adjuvante. Elle avait consulté au service des Maladies Infectieuses et Tropicales du CHNU de Fann pour un tableau clinique fait de contractures généralisées avec un trismus serré, une dysphagie mécanique et des paroxysmes toniques ayant permis de poser le diagnostic de tétanos. L'évolution a été marquée par la guérison après quinze jours d'hospitalisation pendant lesquelles elle a bénéficié d'un traitement sédatif, d'une antibiothérapie, d'une sérothérapie antitétanique par voie intrathécale et parage de la porte d'entrée.

Mots clés : Tétanos, Carcinome épidermoïde, Sein.

INTRODUCTION

Le tétanos est une toxi-infection d'inoculation, non contagieuse, non immunisante due à un bacille à Gram positif tellurique, anaérobie strict sporulé, appelé *Clostridium Tetani* ou Bacille de Nicolaïer. Il constitue un véritable problème de santé publique surtout dans les pays en développement du fait de sa morbidité et de sa mortalité très élevées [1]. Le *Clostridium tetani* rentre dans l'organisme à travers une effraction cutanéomuqueuse. Plusieurs portes d'entrée ont été décrites dominées par la porte d'entrée tégumentaire [2]. Les cancers ulcérés du sein ont été rarement décrits comme étant une porte d'entrée de cette affection [3,4].

Les carcinomes épidermoïdes primitifs du sein sont rares; ils appartiennent au groupe hétérogène des carcinomes métaplasiques mammaires [5].

Le but de ce travail est de rapporter un cas de tétanos aigu généralisé dont la porte d'entrée était un carcinome épidermoïde ulcéré du sein gauche classé T4N1M0, lequel tétanos était pris en charge au service des maladies infectieuses et tropicales du

ABSTRACT

BREAST EPIDERMOID ULCER CARCINOMA, A RARE ORIGIN OF TETANUS: ABOUT ONE CASE.

We report a case of acute generalized tetanus which origin was an epidermoid ulcer carcinoma T4N1M0 of the left breast. This case occurred on a 60-year-old patient with incomplete tetanus vaccine status, who was followed up in the Cancer Department for an epidermoid ulcer carcinoma T4N1M0 and underwent neoadjuvant chemotherapy. She consulted in the Infectious and Tropical Diseases service of our hospital for a tight trismus, dysphagia, generalized contracture and tonic paroxysms. Based on these signs, the established diagnosis was an acute generalized tetanus originating from left breast ulcerated squamous cell carcinoma. After fifteen days of hospitalization, the issue was favorable with a treatment based on sedation, antibiotics, intrathecal anti-tetanus serotherapy, antitetanus immunization and oxygenation of the ulcer carcinoma.

Keywords: Tetanus, Epidermoïde carcinoma, Breast.

CHNU de Fann à Dakar.

OBSERVATION

Il s'agissait d'une patiente de 60 ans, ayant consulté au service des Maladies Infectieuses et Tropicales du CHNU de Fann pour une limitation de l'ouverture buccale et des contractures généralisées survenues cinq jours avant l'hospitalisation. Ce tableau clinique s'était installé progressivement avec d'abord une gêne à la déglutition des aliments solides et secondairement aux liquides. Cette gêne entraînait inconstamment des fausses routes et une stase salivaire. Le lendemain apparaissait une contracture douloureuse et permanente des muscles cervicaux rendant impossible les mouvements de flexion et de latéralité du cou, sans paroxysmes musculaires provoqués ni spontanés. La symptomatologie évoluait sans notion de fièvre. L'interrogatoire retrouvait un statut vaccinal anti-tétanique incomplet. Il révélait également qu'elle était suivie au service de Cancérologie huit mois avant son hospitalisation pour un carcinome épider-

1.Clinique des Maladies Infectieuses et Tropicales, Centre Hospitalier Universitaire de Fann, Sénégal. Université Cheikh Anta Diop de Dakar. BP: 5035 Dakar, Sénégal.

2.UFR Santé- Université de Thiès, quartier carrière, BP : 967 Thiès, Sénégal.

Auteur correspondant : Dr Alassane Dièye, Service des Maladies Infectieuses et Tropicales du CHNU de Fann BP: 5035 Dakar Sénégal, Email : vieuxdieye87@yahoo.fr Tél : 221 77 215 00 37.

moïde du sein gauche classé T4N1M0. La patiente avait alors bénéficié de deux séances de chimiothérapie néo-adjuvante à base de cyclophosphamide et de doxorubicine. Elle était en attente d'une mastectomie.

A son admission, l'examen physique retrouvait un trismus serré à 1cm et confirmait la dysphagie mécanique aux solides et aux liquides avec stase salivaire, la contracture des muscles masseters, cervicaux dorsaux et abdominaux. Il n'était pas noté de contracture des muscles pectoraux ou de paroxysmes musculaires spontanés ou provoqués. La patiente était apyrétique et il n'existait pas de trouble de la conscience. L'examen retrouvait également une lésion ulcéro-bourgeonnante du sein gauche de 3 cm de grand diamètre à fond sale et saignant au moindre contact [Figure 1]. Aucune autre porte d'entrée n'avait été retrouvée.

Le diagnostic retenu était un tétanos aigu généralisé avec comme porte d'entrée un carcinome épidermoïde du sein gauche de stade II et de score 1 selon les classifications de Mollaret et de Dakar. Elle avait été hospitalisée en unité de soins intensifs et bénéficiait d'un traitement étiologique avec du métronidazole 1,5 g/jour en 3 prises pendant 10 jours associé à du sérum anti-tétanique à raison de 250 UI par voie intra-thécale ainsi qu'un parage de la porte d'entrée avec de l'eau oxygénée et du dakin. Le traitement symptomatique reposait sur la sédation avec l'utilisation de diazépam à raison de 20mg en 3 prises quotidiennes dilué dans du sérum glucosé en perfusion continue. Un traitement anticoagulant avec de l'énoxaparine 4000UI par jour en sous cutané avait été également entrepris. La vaccination antitétanique avait aussi été réalisée. L'évolution était favorable au bout de quinze jours d'hospitalisation avec une régression du trismus, de la contracture des muscles paravertébraux et abdominaux et l'alimentation liquide est redevenue possible. Aucun effet secondaire n'avait été noté durant l'hospitalisation dans notre service et suite aux deux séances de chimiothérapie néoadjuvante. Les examens biologiques et biochimiques réalisés en cours d'hospitalisation étaient normaux.

La patiente était sortie de notre service après 15 jours d'hospitalisation et son calendrier vaccinal antitétanique avait été poursuivi.

DISCUSSION

Dans les pays industrialisés, l'amélioration des conditions d'hygiène, l'élévation du niveau socio-économique et sanitaire et surtout la vaccination devenue systématique ont rendu le tétanos rare [4]. Celui-ci y demeure aujourd'hui une affection du sujet âgé. Dans nos pays en développement par contre, le tétanos constitue toujours un problème de santé publique, par sa grande fréquence et sa gravité. De plus

il transcende les âges car toutes les tranches d'âges sont touchées. Au service des maladies infectieuses et tropicales du CHNU de Fann, sur la période du 1er janvier 2009 au 31 décembre 2012, 402 cas avaient été répertoriés [6]. Le cancer ulcéré du sein a rarement été décrit dans la littérature comme étant une porte d'entrée du tétanos [3, 4].

Les carcinomes épidermoïdes primitifs du sein sont rares avec une fréquence de 0,1 à 2% de l'ensemble des carcinomes du sein; ils appartiennent au groupe hétérogène des carcinomes métaplasiques mammaires [5].

Chez les femmes non ou incomplètement vaccinées contre le tétanos, les cancers ulcérés du sein peuvent constituer des portes d'entrée potentielles. Comme ce fut le cas chez notre patiente qui avait un statut vaccinal anti-tétanique incomplet. Au Japon, Taniyama D et al avaient décrit le cas d'un tétanos provenant d'un cancer ulcéré du sein chez une dame de 60 ans sans abri qui a été probablement contaminé avec une mauvaise condition d'hygiène [3]. Notre patiente n'était pas sans abri et vivait dans de bonnes conditions d'hygiène.

En Malaisie, Yip CH et al avaient décrit le cas d'une patiente âgée de 59 ans qui présentait un cancer du sein et qui avait développé un tétanos généralisé suite à l'application d'un traitement traditionnel à base de feuilles d'arbre sur la lésion ulcérée du sein [4]. Notre patiente n'avait eu recours à aucun traitement traditionnel. Elle était bien suivie au service de Cancérologie et avait fait deux séances de chimiothérapie néo-adjuvante avant son hospitalisation.

Le *Clostridium tétani* est un germe qui vit dans l'environnement et le tube digestif des animaux. Il existe sous deux formes : la forme végétative et les spores qui sont les formes de résistance dans l'environnement. Au niveau de la porte d'entrée une fois que les conditions d'anaérobiose (ischémie et nécrose) sont réunies, les spores se transforment en forme végétative qui secrète la tétanolysine et la tétanospasmine qui est neurotrope [7]. Cette dernière passe dans le système nerveux central par voie nerveuse. Elle se fixe sur les gangliosides et bloque des neurotransmetteurs inhibiteurs (glycine et acide gamma-amino-butérique) entraînant ainsi une inhibition physiologique motoneurones alpha. Ceci est à l'origine des contractures anarchiques [8].

Le diagnostic du tétanos demeure essentiellement clinique. Les signes sont dominés par le trismus (96,3%), les contractures musculaires (96,4%) et les paroxysmes (72,7%) [9]. Notre patiente présentait tous ces signes.

Le traitement du tétanos quelque soit la porte d'entrée, est basé sur l'antibiothérapie par voie veineuse pendant 10 jours au moins (Pénicilline G ou Amoxicilline ou Métronidazole à doses usuelles), la sérothérapie hétérologue (250 UI par voie intrathécale), l'anatoxinothérapie (une dose vaccinale par voie sous

cutanée), le parage de la porte d'entrée (avec du Dakin et de l'eau oxygénée à 20 volumes), les sédatifs et myorelaxants (diazépam à la dose de 1 à 3 mg/kg/j par voie veineuse, phénobarbital à 3 mg/kg/j et thio-colchicoside 4 à 8 mg/j par voie intramusculaire) [1]. A ce traitement, il faut associer l'isolement sensoriel, la rééquilibration hydro-électrolytique, la prévention de la maladie thrombo-embolique et parfois la réanimation respiratoire. Chez notre patiente l'intubation trachéale et l'utilisation des morphiniques n'avaient pas été nécessaires et l'évolution clinique avait été bonne après quinze jours d'hospitalisation.

Quant au carcinome épidermoïde du sein, son traitement est similaire à celui du carcinome canalaire infiltrant. La chirurgie conservatrice est possible; Pour les tumeurs plus grandes, la mastectomie avec curage ganglionnaire est indiquée suivie d'une radiothérapie et d'une chimiothérapie. L'utilisation de l'hormonothérapie est limitée par l'absence de l'hormonodépendance de ce cancer [10].

En situation néoadjuvante, certains auteurs ont rapporté une réponse significative avec régression de la taille tumorale et des signes inflammatoires pour des tumeurs localement avancées en utilisant le 5 Fluorouracile et le cisplatine [10]. La particularité chez notre patiente est l'utilisation du cyclophosphamide et de la doxorubicine pour la chimiothérapie néoadjuvante.

La prévention du tétanos quelque soit la nature de la porte d'entrée passe par l'amélioration de l'hygiène mais surtout par la vaccination anti-tétanique [11].

Cette observation démontre encore que les cancers épidermoïdes ulcéro-bourgeonnants du sein peuvent se compliquer d'un tétanos. Au cours de la prise en charge de ces cancers, la mastectomie doit être envisagée rapidement afin d'éviter la survenue d'un tétanos et il faut compléter la vaccination. Si l'option d'une chimiothérapie néoadjuvante est choisie, il faudrait veiller à mettre à jour la vaccination antitétanique.

CONCLUSION

Le tétanos constitue un réel problème de santé publique dans les pays en développement. Le carcinome épidermoïde ulcéré du sein peut en être une porte d'entrée d'où la nécessité de faire systématiquement la vaccination antitétanique devant toute femme présentant un cancer ulcéré du sein et dont la vaccination n'est pas à jour.

Conflits d'intérêt

Nous ne déclarons aucun conflit d'intérêts



Figure 1 : Iconographie de la lésion ulcéro-bourgeonnante du sein gauche correspondant à un Carcinome épidermoïde T4N1M0.

REFERENCES

1. Soumaré M, Diop BM, NDour CT, Gaye OH, Badiane S. Aspects épidémiologiques, cliniques et pronostiques du tétanos otogène au centre hospitalier universitaire de Dakar Epidemiological and clinical features of otogenous tetanus in Dakar. *Med Mal Infect* 2005 ; 35 : 28-32.
2. Soumaré M, Seydi M, Ndour CT, Ndour JD, Diop BM. Aspects épidémiologiques, cliniques et pronostiques du tétanos juvénile à Dakar, Sénégal. *Bull Soc Pathol Exot* 2005 ; 98(5) : 371-73.
3. Taniyama D, Yamamoto R, Uwamino Y, Kitahara M. A case of tetanus originating from ulcerated breast cancer. *Kanzenshogaku Zasshi. The Journal of the Japanese Association for Infectious Diseases* 2013 may; 87(3): 385-88.
4. Yip CH, Leong CM, Wahid I, Abdullah MM. A rare case of breast cancer presenting as tetanus. *Breast*. 2000 Feb;9(1):57-8.
5. Kamra HT, Gadgil PA, Chaware SA, Kanade UA. Acantholytic variant of squamous cell carcinoma of breast: a rare case report. *E cancer medical science* 2011; 5: 214.
6. Fortes Déguénonvo L, Leye MMM, Dia NM, Ndiaye R, Lakhe NA, Ka D et al. Complication of tetanus: Report of 402 cases at the Fann University Hospital Center of Dakar in Senegal. *J Trop Dis* 2015, 4 :1.
7. Heymann DL. Control of communicable diseases manual. 19th Edition. Washington: American Public Health Association, 2008. pp 602-9.
8. Bjornar Hassel. Tetanus: Pathophysiology, Treatment, and the Possibility of Using Botulinum Toxin against Tetanus-Induced Rigidity and Spasms. *Toxins* 2013 ; 5 : 73-83.
9. Tanon AK, Eholié SP, Coulibaly-Dacoury C, Ehui E, N'doumi M, Kakou A et al. Morbidité et mortalité

du tétanos dans le service des maladies infectieuses et tropicales d'Abidjan (1985-1998). Bull Soc Pathol Exot 2004 ; 97(4) : 283-87.

10. Trabelsi A, Boujelbene N, Gharbi O, Rammeh S, Sriha B, Korbi S. Carcinome épidermoïde primitif pur du sein. Approche clinicopathologique, thérapeutique et évolutive. Imagerie de la femme 2008; 18(1): 55-57.

11. Blettery B, Doise JM. Tétanos : prévention et diagnostic. EMC Medecine 2004 ; 1(2) : 151-56.