

# CARACTÉRISTIQUES ANATOMO-CLINIQUES DES CANCERS CUTANÉS À L'UNITÉ DE CHIRURGIE ONCOLOGIQUE DU CHU DE CONAKRY

TRAORE B<sup>1</sup>, KEITA M<sup>2</sup>, CONDE M<sup>1</sup>, KEITA M<sup>1</sup>, DIANE S<sup>1</sup>, CISSE M<sup>2</sup>, KOULIBALY M<sup>3</sup>

## RESUME

**Objectifs :** Cette étude avait pour objectifs de décrire les caractéristiques anatomocliniques des différents types de cancers cutanés à l'unité de chirurgie oncologique de l'hôpital national Donka. **Matériel et Méthodes :** L'étude était rétrospective et descriptive qui a porté sur les dossiers de cancers cutanés histologiquement confirmés admis en consultation du 17 mai 2007 au 1er août 2012. La fréquence des cancers cutanés a été déterminée et les différents types ont été décrits selon la localisation anatomique, les lésions préexistantes, et la présentation clinique. **Résultats :** Sur un total de 1075 cancers histologiquement confirmés, 84 (7,8%) étaient des cancers primitifs cutanés. Les 84 cas étaient repartis en 53 (63,1%) carcinomes dont 50 spinocellulaires, 18 (21,4%) mélanomes, 7 (10,7%) sarcomes cutanés, 4 (4,8%) lymphomes malins non hodgkiniens et 2 (2,4%) sarcomes de Kaposi. Les cas de carcinomes spinocellulaires se sont développés sur une ancienne cicatrice (9cas), plaie chronique (14 cas) et sur terrain d'albinisme 4 cas. La localisation des CSC était la tête et le cou (46,0%), membre inférieur (26,0%) et supérieur (16,0%). Pour les mélanomes, la lésion se localisait essentiellement au membre inférieur. Une excision non complète était réalisée chez les patients avant la consultation dans 31,3%. Les patients consultaient tardivement au-delà de 6 mois, les tissus adjacents étaient infiltrés, les adénopathies régionales étaient présentes dans plus de 60% et la tumeur était métastatique dans plus de 10%. **Conclusion :** Les carcinomes spinocellulaires et les mélanomes sont les cancers cutanés les plus fréquents. Leur diagnostic était tardif, parfois lié à une mauvaise prise en charge initiale.

**Mots-clés :** Cancers cutanés, carcinome spinocellulaire, mélanome, diagnostic tardif

## ABSTRACT

### SKIN CANCERS CLINICOPATHOLOGICAL FEATURES IN THE SURGICAL ONCOLOGY UNIT OF CONAKRY TEACHING HOSPITAL

**Objectives:** This study aimed to describe the clinicopathological characteristics of different types of skin cancer at the Surgical Oncology Unit, Conakry teaching hospital. **Material and Methods:** The study was retrospective and descriptive which focused on issues of skin cancer histologically confirmed and admitted to consultation on 17 May 2007 to 1st August 2012. The frequency of skin cancer was determined and their different types have been described depending on the anatomical location, pre-existing lesions and clinical presentation. **Results:** A total of 1,075 cancers histologically confirmed, 84 (7.8%) were primary skin cancers. 84 cases were divided into 53 (63.1%) carcinomas including 50 squamous cell carcinomas (SCC), 18 (21.4%) melanomas, 7 (10.7%) cutaneous sarcomas, 4 (4.8%) non-Hodgkin lymphoma and 2 (2.4%) Kaposi's sarcoma. Cases of SCC developed on an old scar (9cases), chronic wound (14 cases) and field albinism 4 cases. The location of the SCC was the head and neck (46.0%), lower limb (26.0%) and higher (16.0%). The location of skin melanoma was essentially lower limb. An incomplete excision was performed in patients prior to consultation in 31.3%. Patients consulted late beyond six months, the adjacent tissues were involved, regional lymph nodes were present in 60% and metastatic tumor was more than 10%. **Conclusion:** Squamous cell carcinoma and melanoma are the most common skin cancers. Late diagnosis was related to poor initial management.

**Keywords:** Skin cancers, squamous cell carcinoma, melanoma, late diagnosis

1 Unité de Chirurgie oncologique du CHU de Conakry  
2 Service de dermatologie vénéréologie du CHU de Conakry,  
3 Laboratoires d'anatomie pathologique du CHU de Conakry

**Auteur correspondant :** Dr Bangaly Traore, Maître Assistant, Chef d'Unité de chirurgie oncologique, Hôpital National de Donka, Centre Hospitalier Universitaire de Conakry, E-mail : ucodonka@gmail.com

## INTRODUCTION

Les cancers cutanés sont des cancers caractérisés par une répartition inégale dans le monde [1] et en fonction du tissu atteint, il peut s'agir de carcinomes, de mélanome, de maladie de Kaposi ou de cancers d'origine variée (sarcome, lymphomes). Ces cancers se différencient par leur expression clinique, évolutive et histologique.

Les taux d'incidence élevés se rencontrent dans les populations blanches avec une prédominance des carcinomes basocellulaires ; les taux les plus faibles étant retrouvés dans les populations noires avec une prédominance des CSC [2,3,4]. En Afrique, ces cancers apparaissent souvent sur des plaies chroniques ou des cicatrices, expliquant leur découverte tardive sur des zones non exposées au soleil [5]. Dans une étude récente, la fréquence des cancers cutanés était de 6,1% à l'unité de chirurgie oncologique (UCO) [6]. L'objectif de la présente étude était de décrire les caractéristiques anatomocliniques de différents types de cancers cutanés à l'hôpital national de Donka.

## MATERIEL ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive sur les dossiers des patients atteints de cancers primitifs cutanés du 17 mai 2007 au 1er août 2012 à partir du dossier des malades suivis à l'UCO du CHU de Conakry.

Ont été inclus, les dossiers de patients présentant un cancer cutané histologiquement confirmé. Ces cancers ont été répartis en carcinomes cutanés, mélanomes, sarcomes, et autres cancers cutanés. Les variables étudiées étaient sociodémographiques (âge et sexe), les antécédents (lésions dermatologiques préexistantes) et anatomocliniques. La localisation anatomique, la taille tumorale clinique et la présentation clinique ont été les caractéristiques anatomocliniques étudiées.

## RESULTATS

Au cours de la période d'étude, 84 cas de cancers cutanés ont été colligés sur 1 075 cancers histologiquement confirmés, soit une fréquence de 7,8%.

Les 84 cas de cancers cutanés comprenaient 53 (63,1%) carcinomes cutanés, 18 (21,4%) mélanomes, 7 (10,7%) sarcomes, 4 (4,8%) lymphomes malins non hodgkiniens cutanés et 2 (2,4%) maladie de Kaposi. Le diagnostic des différents cas a été obtenu par biopsie dans 69 cas (82,1%) et par examen histologique de pièce opératoire dans 15 cas (17,9%). Avant la consultation dans notre unité, au moins une exérèse incomplète était notée dans l'histoire clinique de 38,1%. Le tableau I présente la répartition des différents types de cancers cutanés selon la localisation.

## Carcinomes cutanés

Les carcinomes cutanés comprenaient : carcinome spinocellulaire (CSC) (50 cas), carcinome basocellulaire (1 cas), carcinome à cellules de Merkel (1 cas) et porocarcinome (1 cas).

Les CSC représentaient 59,5% de tous les cancers primitifs cutanés et 94,3% des carcinomes cutanés. Le sexe ratio était de 0,9. L'âge médian était de 54,5 ans avec les extrêmes de 6 et 82 ans ; 90% des patients étaient âgés de plus de 30 ans.

Les facteurs de risque identifiés étaient : albinisme (4 cas), ancienne cicatrice (9 cas), plaies chroniques (14 cas dont 2 diabétiques), vitiligo (2 cas), kératose (2 cas), et naevus (1 cas). Nous avons noté également un érysipèle de jambe (1 cas) et une infection par le virus de l'immunodéficience humaine (2 cas). Sur les 23 localisations au niveau de la tête et du cou, nous avons retrouvé 2 cas d'albinisme, 2 cas sur cicatrice de brûlure et 1 cas infecté par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). La consommation de tabac était dans les habitudes de 12 (24,0%) patients.

Le délai médian de consultation était de 20,0 mois avec les extrêmes de 2 et 96 mois ; 82,0% ont été consultés au-delà de 6 mois. La tumeur était ulcéro-bourgeonnante dans 90,0% et nodulaire dans 10,0%. Les nodules de perméation étaient associés dans 14,0% et une altération de l'état général était notée dans 22%. La taille tumorale était supérieure à 2cm dans 96,0%. La tumeur infiltrait les muscles sous-jacents dans 58,0% et l'os dans 30,0%. Les adénopathies régionales étaient présentes dans 54,0% et la tumeur était métastatique d'emblée dans 12,0%.

## Mélanomes cutanés

Représentant 18 cas, les patients souffrant de mélanome avaient un âge médian de 67,5 ans (10 – 83) et un sexe ratio de 0,6. Les patients de plus de 40 ans représentaient 88,9%. Parmi ces patients, 4 avaient préalablement un naevus plantaire, 1 était infecté par le virus de l'immunodéficience humaine et 6 fumaient de la cigarette.

Sur les 18 cas de mélanome, la tumeur était localisée au membre inférieur (15 cas), au membre supérieur (1 cas) et au tronc (1 cas). Au niveau du membre inférieur, la localisation était plantaire (14 cas) et dans le triangle de Scarpa (1 cas). Le seul cas au niveau du membre supérieur était localisé au lit de l'ongle du pouce.

Les types anatomopathologiques de mélanome étaient mélanome sans autre indication (14 cas), mélanome acrolentiginneux (1 cas), mélanome nodulaire (1 cas), mélanome à cellules rhabdoïdes (1 cas) et mélanome à cellules fusiformes (1 cas).

La notion d'exérèse itérative était notée dans 10 cas (55,6%). Dans 14 cas (93,3%), les patients avaient consulté au-delà de 6 mois. La taille dépassait 2cm dans tous les cas. La tumeur était ulcéro-bourgeon-

nante dans 14 cas (77,8%), nodulaire dans 4 cas (22,2%) et infiltrait les tissus sous-jacents dans 7 cas (38,9%). Les adénopathies régionales étaient présentes dans 12 cas (66,7%) et 2 cas (13,3%) étaient métastatiques.

### Sarcomes cutanés

Les sarcomes cutanés (7 cas) étaient répartis en 4 dermatofibrosarcomes, 1 fibrosarcome, 1 histiofibrosarcome et 1 neurofibrosarcome. L'âge médian était de 45,0 ans (7 – 58) avec un sexe ratio de 0,4. Un cas était survenu chez une femme albinos. Il s'agissait de tumeurs ulcéro-bourgeonnantes (5 cas), infiltrantes et fixées aux tissus adjacents (6 cas).

### Lymphomes cutanés

On dénombrait 4 cas dont 3 femmes et 1 homme. L'âge médian était de 59,5 ans (38-80). Le lymphome était localisé au cuir chevelu dans 2 cas, à la face dans 1 cas, et diffus dans 1 cas. Les lésions étaient d'aspect nodulaire (3 cas), ulcéro-bourgeonnant (2 cas) et accompagné de prurit (1 cas). Les métastases hépatiques et ganglionnaires étaient présentes pour un patient.

### Sarcome de Kaposi (SK)

Les deux cas de SK étaient tous de sexe masculin. Dans le premier cas, il s'agissait d'un jeune homme de 26ans ; séronégative pour le VIH et présentant une forme localisée au pied. L'autre concernait un homme de 48ans, séropositive pour le VIH avec lésions diffuses.

**Tableau I** : Répartition des types de cancers cutanés selon la localisation

Localisation	Différents types de cancers n(%)							
	CSC	CBC	M	LMNH	Sarcomes	MK	Porocarc	Carc. neuroen
Tête et cou	23(46,0)	1(100)	-	3(75,0)	2(28,6)	-	-	1(100)
Tronc	1(2,0)	-	1(5,6)	-	2(28,6)	-	1(100)	-
Membre supérieur	8(16,0)	-	1(5,6)	-	-	-	-	-
Membre inférieur	13(26,0)	-	16(88,9)	-	2(28,6)	1(50,0)	-	-
Région anogénitale	4(8,0)	-	-	-	-	-	-	-
Multiple	1(2,0)	-	-	1(25,0)	1(14,3)	1(50,0)	-	-

CSC : Carcinome spinocellulaire ; CBC : Carcinome basocellulaire ; M : Mélanome ; SK : Sarcome de kaposi ; porocarc : porocarcinome ; carcneuroen : carcinome neuroendocrine

## DISCUSSION

La fréquence des cancers cutanés, 7,8%, par rapport aux autres cancers paraît sous-estimée dans cette série qui ne concerne que les cancers confirmés histologiquement. Cependant, l'étude permet de noter la fréquence élevée des CSC et des mélanomes par rapports aux autres types de cancers cutanés. La prédominance de ces deux types de cancers cutanés est rapportée au Nigeria, les cancers cutanés les plus fréquents étant les CSC et les mélanomes dans certains Etats [7,8], alors que dans d'autres, c'est plutôt le CSC suivi de SK [9]. Le SK est très peu représentés dans cette série car dans la quasi-totalité des cas, il survient sur terrain d'infection au virus de l'immunodéficience humaine et les patients sont reçus et traités au service de Dermatologie [10]. Sur les deux cas de SK rapportés dans cette série, un était associé à VIH.

L'infection à VIH a été également retrouvée dans trois (3) autres cas, dont deux (2) CSC et un (1) mélanome. En effet, ces deux types de cancer cutané sont considérés comme faisant partie des cancers non classant SIDA, dont la fréquence a augmentée depuis l'avènement des thérapies antirétrovirales chez les patients infectés par le VIH [11,12]. La consommation de tabac augmente le risque de CSC [13] mais pas celui du mélanome [14]. Dans notre série, la consommation de tabac a été rapportée dans 24,0% des CSC et 33,3% des mélanomes. Des études sur le rôle du tabac dans la cancérogenèse cutanée de la peau noire paraissent nécessaires. Plus du tiers (37,3%) des patients ont été opérés de

manière itérative avant la consultation dans notre unité. Ce type de chirurgie, ne répondant pas aux principes de chirurgie carcinologique, retrouvé dans 41,5% dans la série de Deo et al [15], pourrait compliquer l'évolution de la maladie et rendre difficile le geste chirurgical, se terminant par une amputation ou une large plaie à combler par greffe ou par lambeau.

Le CSC représente le cancer cutané le plus fréquent dans cette étude. Cette prédominance des CSC est rapportée chez les populations de peau noire [5]. En Egypte et Tunisie, c'est plutôt le CBC qui est le cancer le plus fréquent, suivi des CSC [4,16]. Le CSC constitue 20% de tous les cancers cutanés et environ 75% des décès attribués aux cancers cutanés non mélaniques chez les noirs américains [3]. Comme rapporté par Napo-Koura et al [5], c'est un cancer qui atteint les deux sexes et dans plus de 90%, les sujets de plus de 30 ans. Le fait que le CSC siège plus fréquemment au niveau de la tête et du cou pose la problématique du rôle des rayons ultra-violets, interagissant avec d'autres facteurs (génodermatoses). Cependant, les rayons ultra-violets ne semblent pas jouer un rôle majeur dans la cancérogenèse cutanée chez le noir [17]. En dehors de deux cas d'albinisme, de deux cas sur cicatrice de brûlure et d'un cas d'infection à VIH retrouvés. D'autres facteurs, comme la kératose actinique, devraient être recherchés dans les localisations de la tête et du cou [18]. Dans l'ensemble des CSC, les plaies chroniques, les anciennes cicatrices et l'albinisme ont été les facteurs de risque les plus retrouvés. Le CSC est le cancer cutané le plus fréquent chez l'albinos [19,20]. Chez le patient non albinos, les régions non exposées (membre inférieur surtout) étaient le siège de plaies chroniques, précurseur de CSC. La transformation maligne de plaie chronique est fréquemment rapportée [21,22], le risque étant multiplié par 8,21 [23]. Les cicatrices de brûlure doivent également faire l'objet de surveillance dermatologique au risque de transformation maligne [24].

Le mélanome cutané est le deuxième cancer cutané cette étude alors qu'il occupe le 4<sup>ème</sup> rang après le CSC, les sarcomes et la maladie de Kaposi au Togo [5]. Nous avons noté une prédominance féminine avec un âge (67,5 ans) médian plus élevé que celui des CSC. La prédominance masculine est rapportée au Nigéria [25]. Dans cette série, le type anatomopathologique de mélanome n'a été précisé que dans 4 cas sur 18. Or, ces différents types mélanome n'ont pas les mêmes valeurs pronostiques [26]. Le siège quasi exclusif aux membres inférieurs est également retrouvé dans la littérature [25,27].

La fréquence des sarcomes cutanés est variable. Les fréquences est de 1 cas sur 36 cancers cutanés au Burkina [28] et de 18,8% des cancers cutanés dans l'étude de Napo-Koura et al au Togo [5]. Nous avons noté une prédominance féminine avec la découverte

de 1 cas chez une femme albinos.

## CONCLUSION

Les cancers cutanés sont relativement fréquents dans notre unité et sont à majorité représentés par les CSC et les mélanomes. Il s'agit de cancers de découverte tardive et de présentation clinique variée, conditionnée parfois par une mauvaise prise en charge initiale.

## REFERENCES

1. Lomas A, Leonardi-Bee J, Bath-Hextall F. A systematic review of worldwide incidence of nonmelanoma skin cancer. *Br J Dermatol*. 2012;166(5):1069-80.
2. Buettner P G & Raasch BA Incidence rates of skin cancer in Townsville, Australia. *Int. J. Cancer* 1998;78: 587-593
3. Halder R M. & Bridgeman-Shah S. Skin Cancer in African Americans. *Cancer* 1995; 75:667-73.
4. Hussein MR. Skin cancer in Egypt: a word in your ear. *Cancer Biol Ther*. 2005;4(5):593-5
5. Napo-Koura G, Pitche P, Tchangaï-Walla K, James K, Kpodzro K. Les cancers cutanés au Togo. *Bull Cancer* 1997;84(9):877-9
6. Traore B, Barry Sona M, Dassy E, Bilivogui K, Keita M, Kabba I S, Diallo B. Bilan de trois ans (2007 - 2009) d'activités de l'Unité de chirurgie Oncologique de l'Hôpital National de Donka Guinée Médicale 2011;72:11-18
7. Datubo-Brown DD. Primary malignant skin tumors in Nigerians. *J Natl Med Assoc*. 1991;83(4):345-8.
8. Ochicha O, Edino T, Mohammed AZ & Umar AB. Dermatological Malignancies in Kano, Northern Nigeria: A Histopathological Review. *Annals African Med*, 2004; 3(4):188-191
9. Asuquo ME, Ebughe G. Cutaneous cancers in Calabar, Southern Nigeria. *Dermatol Online J*. 2009;15(4):11.
10. Cisse M, Diallo TS, Kaba A, Camara F, Keita M, Traore F, Keita D. Maladie de Kaposi associée à l'infection par VIH. *Guinée Médicale* 2002;38:40-42
11. Rubinstein PG, Aboulafia DM, Zloza A. Malignancies in HIV/AIDS: from epidemiology to therapeutic challenges. *AIDS*. 2014;28(4):453-65
12. Silverberg MJ, Leyden W, Warton EM, Quisenberry CP Jr, Engels EA, Asgari MM. HIV infection status, immunodeficiency, and the incidence of non-melanoma skin cancer. *J Natl Cancer Inst*. 2013;105(5):350-60
13. Leonardi-Bee J, Ellison T, Bath-Hextall F. Smoking and the risk of nonmelanoma skin cancer: systematic review and meta-analysis. *Arch Dermatol*. 2012;148(8):939-46
14. Song F, Qureshi AA, Gao X, Li T, Han J. Smoking and risk of skin cancer: a prospective analysis and a meta-analysis. *Int J Epidemiol*. 2012;41(6):1694-705

15. Deo SV, Hazarika S, Shukla NK, Kumar S, Kar M, Samaiya A. Surgical management of skin cancers: experience from a regional cancer centre in North India. *Indian J Cancer*. 2005;42(3):145-50.
16. Mseddi M, Marrekchi S, Abdelmaksoud W, Bouasida S, Meziou TJ, Boudaya S, Masmoudi A, Zahaf A, Turki H. Epidemio-clinical profile of skin cancer in southern Tunisia. *Tunis Med*. 2007;85(6):505-8
17. Gloster HM Jr, Neal K. Skin cancer in skin of color. *J Am Acad Dermatol*. 2006;55(5):741-60
18. Weaver SM, Kelly AP, Lopansri S. Dysplastic epidermal keratosis in a black woman. *Arch Dermatol*. 1981;117(12):800-3.
19. Mabula J B, Chalya P L, Mchembe M D, Jaka H, Giiti G, Rambau P et al. Skin cancers among Albinos at a University teaching hospital in Northwestern Tanzania: a retrospective review of 64 cases *BMC Dermatology* 2012, 12:5
20. Yakubu A & Mabogunje OA. Skin cancer in African albinos *Acta Oncologia* 1993; 32(6): 621-622
21. Byrd-Miles K, Toombs EL, Peck GL. Skin cancer in individuals of African, Asian, Latin-American, and American-Indian descent: differences in incidence, clinical presentation, and survival compared to Caucasians. *J Drugs Dermatol*. 2007;6(1):10-6.
22. Onesti MG, Fino P, Fioramonti P, Amorosi V, Scuderi N. Ten years of experience in chronic ulcers and malignant transformation. *Int Wound J*. 2015;12(4):447-50
23. Baladurson N, Sigurgeirsson B, Linderöf B. Leg ulcers and squamous cell carcinoma: an epidemiological study and review of literature. *Acts DermVene-reol (Stockth)* 1993; 73: 171-174
24. Nsondé Malanda J, Lenga-Loumingou I, Gombé Nzi E, Gombé Mbalawa Ch. La transformation maligne d'une cicatrice de brûlure sur peau noire. *Carcinol Prat Afr* 2009 ; 8(1) : 25-29
25. Asuquo ME, Nwagbara VI, Otei OO, Basse F, Ugbem F. Cutaneous malignant melanoma in Calabar, South Nigeria. *Scientific Reports* 2012; 307:1
26. Feng Z, Zhang Z, Wu XC. Lifetime risks of cutaneous melanoma by histological subtype and race/ethnicity in the United States. *J La State Med Soc*. 2013;165(4):201-8
27. Dem A, Dangou JM, Kasse AA, Dieng MM, Dieng MT, et al. Les mélanomes : Etude de 86 cas dans une population noire *Rev Africaine de Pathologie* 2002 ; 1(1) : 15-18
28. Barro-Traoré F, Traoré A, Konaté Y, Traoré SM, Sawadogo NO, Sanou I et al. Tumeurs cutanéomuqueuses: aspects épidémiologiques dans le service de dermatologie du Centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou, Burkina Faso. *Cahiers Santé* 2003 ; 13(2) : 101-4