

## Case report

### Hidradénocarcinome du cuir chevelu : à propos d'un cas

Ali Sbai<sup>1,&</sup>, Asmae Ouabdelmoumene<sup>1</sup>, Farid Naciri<sup>1</sup>, Mohammed Elhfid<sup>1,2</sup>, Loubna Mezouar<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Centre Régional d'Oncologie Hassan II, Oujda, Maroc, <sup>2</sup>Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Mohammed Premier, Oujda, Maroc

<sup>&</sup>Corresponding author: Ali Sbai, Centre Régional d'Oncologie Hassan II, Oujda, Maroc

Key words: Hidradénocarcinome, exérèse, radiothérapie, adjuvante, curage, prophylaxie

Received: 15/10/2013 - Accepted: 09/12/2013 - Published: 10/02/2014

#### Abstract

L'hidradénocarcinome est une tumeur annexe maligne extrêmement rare. Caractérisée par la fréquence des récurrences locorégionales et des métastases à distance. Le diagnostic histopathologique de malignité se fait sur des critères architecturaux et cytologiques particuliers. La chirurgie d'exérèse large représente l'essentiel du traitement. Une radiothérapie adjuvante s'avère obligatoire en cas de facteurs de récurrence locale. Le curage ou la radiothérapie prophylactiques des aires ganglionnaires régionales non envahies pourraient jouer un rôle primordial dans la réduction du risque de récurrences locorégionales.

**Pan African Medical Journal. 2014; 17:102 10.11604/pamj.2014.17.102.3485**

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/17/102/full>

© Ali Sbai et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

## Introduction

L'hidradénocarcinome appelé aussi hidradénome malin est une tumeur annexielle maligne extrêmement rare qui représente moins de 0,001% [1,2]. C'est une tumeur agressive qui métastase très souvent, aussi bien vers les ganglions lymphatiques régionaux que dans les viscères à distance. Elle survient préférentiellement au niveau de la tête et du cou [3], rarement au niveau des membres. Le diagnostic histopathologique de malignité se fait sur des critères architecturaux et cytologiques particuliers [4,5]. L'excision chirurgicale large représente l'essentiel du traitement, pourtant et vu le risque élevé de récurrences locales allant de 10 à 50% [6] ; une radiothérapie adjuvante s'avère nécessaire dans plusieurs cas [7]. Dans les formes métastatiques plusieurs protocoles de chimiothérapie ont été utilisés, la plupart à base de 5-fluorouracil [8,9]. Son pronostic reste très mauvais. Nous rapportons une observation d'un homme de 60 ans présentant un hidradénocarcinome du cuir chevelu.

## Patient et Observation

Patient de 60 ans sans antécédents pathologiques particuliers, qui rapporte la survenue depuis l'année 2009 d'un nodule du cuir chevelu localisé au niveau de la région temporale droite augmentant progressivement de taille. Il n'a consulté qu'une année plus tard. Une TDM du cuir chevelu a montré un processus tumoral temporal droit fortement vascularisé sans extension locale (**Figure 1**). Un bilan d'extension (radiographie pulmonaire et échographie abdominale) s'est révélé normal. Il a bénéficié d'une exérèse du nodule du cuir chevelu. L'étude histologique a permis de montrer la présence d'une tumeur annexielle maligne de type hidradénocarcinome apocrine (**Figure 2**) d'une taille de 4 cm dont les limites d'exérèse étaient saines : à 0,8 cm de chaque côté (grand axe), à 0,5 et 0,4 cm en transversal et à 1,5 cm de la section profonde. Une reprise chirurgicale a été faite pour obtenir des limites d'au moins 1 cm. L'étude histologique a permis de montrer l'absence de résidu tumoral. Vu l'absence de facteurs de récurrence locale (les embolus vasculaires, l'engainement péri nerveux, les limites envahies, la profondeur de l'infiltration et le caractère anaplasique) on a décidé une surveillance seule. Après 39 mois de bon contrôle local et à distance, il a développé une récurrence ganglionnaire latérocervicale gauche (adénopathies jugulocarotidiennes et spinales droites fixées) avec absence de métastases à distance. On opté pour une chimiothérapie néo adjuvante à base de 5-fluorouracil et de cisplatine, suivie en cas de bonne réponse d'un curage ganglionnaire cervical bilatéral et d'une radiothérapie sur les aires ganglionnaires cervicales bilatérales. Actuellement il vient de terminer sa deuxième cure de chimiothérapie avec une réduction partielle de la taille des adénopathies.

## Discussion

L'hidradénocarcinome est une tumeur annexielle maligne extrêmement rare qui représente moins de 0,001% [1,2]. Elle a été rapportée pour la première fois en 1954 par Keasby and Hadley [10]. C'est une tumeur agressive qui métastase très souvent, aussi bien vers les ganglions lymphatiques régionaux que dans les viscères à distance. Elle survient préférentiellement au niveau de la tête et du cou [3], rarement au niveau des membres. Le diagnostic de certitude est basé sur l'étude anatomopathologique qui montre une prolifération tumorale intradermique en nappe, comportant une différenciation sudorale et découpée par un stroma dense et hyalinisé avec pléomorphisme nucléaire et figures de mitoses [4,5]. La chirurgie basée sur une exérèse large avec des limites saines est le gold standard [7,11,12]. Le rôle du curage ganglionnaire régional

est controversé dans la littérature mais la plupart des auteurs s'accordent ; en cas d'absence de métastase à distance ; sur la nécessité de la dissection et l'irradiation combinées des ganglions envahis alors que les ganglions non envahis doivent être soit disséqués soit irradiés [7,11,12]. Une radiothérapie adjuvante s'avère nécessaire en cas de présence de facteurs de récurrence locale : (les embolus vasculaires, l'engainement périmerveux, les limites envahies, la profondeur de l'infiltration et le caractère anaplasique) [7,13]. Dans les formes métastatiques plusieurs protocoles de chimiothérapie ont été utilisés, la plupart à base de 5-fluorouracil [8,9]. Chez notre patient et en raison de l'absence de facteurs de récurrence locale, une chirurgie large a fait l'essentiel du traitement. Cependant la récurrence ganglionnaire cervicale après un intervalle libre de 39 mois nous a interpellé sur le rôle qu'aurait pu jouer un curage ou bien une radiothérapie prophylactique des aires ganglionnaires cervicales.

## Conclusion

L'hidradénocarcinome est une tumeur très agressive caractérisée par la fréquence des récurrences locorégionales et des métastases à distance. La chirurgie d'exérèse large représente l'essentiel du traitement. Une radiothérapie adjuvante s'avère obligatoire en cas de facteurs de récurrence locale. L'expérience de notre patient conforte la place du curage ou de la radiothérapie prophylactique des aires ganglionnaires régionales non envahies.

## Competing interests

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

## Authors' contributions

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

## Acknowledgments

Nous remercions l'anatomopathologiste le docteur Amine Chauki pour son aimable collaboration.

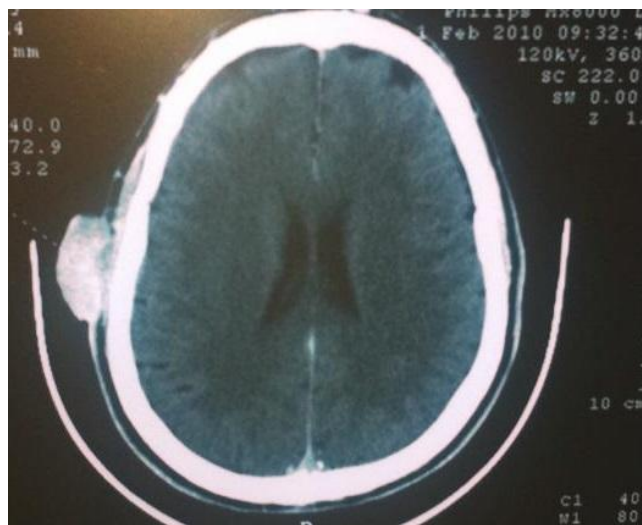
## Figures

**Figure 1:** TDM du cuir chevelu montrant un processus tumoral temporal droit fortement vascularisé sans extension locale  
**Figure 2:** hidradénocarcinome Coupe histologique fort grandissement x 200

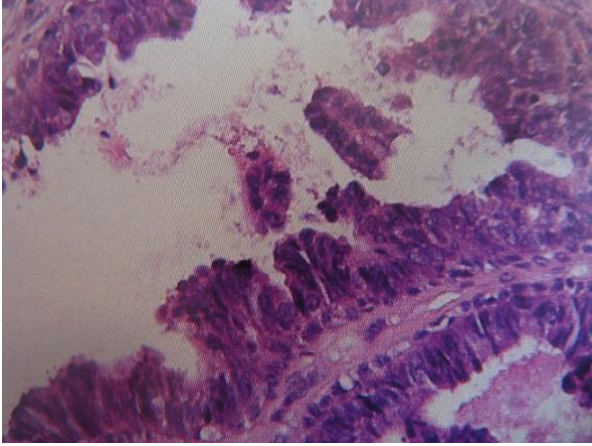
## References

1. Santa Cruz DJ. Sweet gland carcinomas a comprehensive review. *Semin Diagn Pathol.* 1987 Feb;4(1):38-74. **PubMed | Google Scholar**
2. Mehregan AH, Hashimoto K, Rahbari H. Eccrine adenocarcinoma: a clinicopathologic study of 35 cases. *Arch Dermatol.* 1983 Feb;119(2):104-14. **PubMed | Google Scholar**

3. Yavel R, Hinshaw M, Rao V, Hartig GK, Harari PM, et al. Hidradenoma and hidradenocarcinoma of the scalp: Managed using Mohs micrographic surgery and a multidisciplinary surgery and a multidisciplinary approach: case reports and review of the literature. *Dermatol Surg.* 2009 Feb;35(2):273-81. **PubMed | Google Scholar**
4. Toulemonde A, Croue A, Rodien P, Verret JL. Hidradénome nodulaire malin et hidradénomes nodulaires multiples chez un malade hypogonadique. *Ann Dermatol Venerol.* 2006 Dec;133(12):1005-8. **PubMed | Google Scholar**
5. Requena L, Kutzner H, Hurt MA, Santa Cruz DJ, et al. Malignant tumours with apocrine and eccrine differentiation. P E Le Boit, G Burg, D Weedon, A Sarasain (Eds), World Health Organisation classification of tumours. Pathology and genetics of skin tumours, IARC Press, Lyon (2006).
6. Ashley I, Smith-Reed M, Chernys A. Sweet gland carcinoma case report and review of the literature. *Dermatol Surg.* 1997 Feb;23(2):129-33. **PubMed | Google Scholar**
7. Harari P M, Shimm D S, Bangert J L, Cassady JR. The role of radiotherapy in the treatment of malignant sweat gland neoplasms. *Cancer.* 1990 Apr 15;65(8):1737-40. **PubMed | Google Scholar**
8. Nash JW, Barrett TL, Kies M, Ross M, Sneige N, et al. Metastatic hidradenocarcinoma with demonstration of Her-2/neu gene amplification by fluorescence in situ hybridation: potential treatment implications. *J Cutan Pathol.* 2007 Jan;34(1):49-54. **PubMed | Google Scholar**
9. Jouary T, Kaiafa A, Lipinski P, Vergier B, et al. Metastatic hidradenocarcinoma: efficacy of capecitabine. *Arch Dermatol.* 2006 Oct;142(10):1366-7. **PubMed | Google Scholar**
10. Keasbey LE, Hadley G G. Clear cell adenocarcinoma; report of three cases with widespread metastases. *Cancer.* 1954 Sep;7(5):934-52. **PubMed | Google Scholar**
11. Wick M R, Goellner J R, Wolfe J T, et al. Adnexal carcinomas of the skin. *Cancer.* 1985 Sep 1;56(5):1147-62. **PubMed | Google Scholar**
12. Yugueros P, Kane WJ, Goellner JR. Sweat gland carcinoma: a clinicopathologic analysis of an expanded series in a single institution. *Plast Reconstr Surg.* 1998 Sep;102(3):705-10. **PubMed | Google Scholar**
13. Hall J, Kneey G, A'Hern RP, et al. Sweat-gland Tumours: A Clinical Review of Cases in One Centre over 20 Years. *Clin Oncol.* 2006; 18(4):351-359. **PubMed | Google Scholar**



**Figure 1:** TDM du cuir chevelu montrant un processus tumoral temporal droit fortement vascularisé sans extension locale



**Figure 2:** hidradénocarcinome Coupe histologique fort grandissement x 200