

## Récidives multiples et extension endocrânienne d'un carcinome épidermoïde du cuir chevelu :

### les limites de la prise en charge multidisciplinaire

Yasmina BOUDJELOUD<sup>1</sup>, Nawel HABCHI<sup>1</sup>, Souhil TLIBA<sup>1</sup>,  
Djamila MENDJEL<sup>2</sup> et Djaffar BACHA<sup>2</sup>

1: Service de neurochirurgie, CHU Frantz Fanon, Blida, Algérie

2: Service de chirurgie plastique, reconstructrice et brûlés, EHS des grands brûlés, Zéralda, Alger, Algérie

**Auteur correspondant :** Yasmina BOUDJELOUD, Service de neurochirurgie, CHU Frantz Fanon, Blida, Algérie

**Reçu :** 18 Mars 2026

**Accepté :** 20 Avril 2026

**Publié :** 1<sup>er</sup> Mai 2026

**Citation :** Yasmina BOUDJELOUD, Nawel HABCHI, Souhil TLIBA, Djamila MENDJEL et Djaffar BACHA. Récidives multiples et extension endocrânienne d'un carcinome épidermoïde du cuir chevelu : les limites de la prise en charge multidisciplinaire. JMSP Vol.2 Numero 1

## RÉSUMÉ

**Introduction :** Le carcinome épidermoïde (CEC) cutané du cuir chevelu est une tumeur dont l'extension endocrânienne est rare mais redoutable, engageant le pronostic neurologique et vital. Nous rapportons un cas illustrant les difficultés de prise en charge malgré une approche multidisciplinaire conforme aux recommandations internationales.

**Observation :** Un homme de 55 ans, marié, père de quatre enfants, aux antécédents de schizophrénie, a été opéré en 2025 pour une lésion ulcéro-bourgeonnante de la région pariétale gauche évoluant depuis l'enfance. Une première exérèse réalisée par l'équipe de chirurgie plastique a conclu à un carcinome épidermoïde infiltrant kératinisé avec marges latérales saines. À cinq mois, une récurrence rapide (4 × 3 cm) a motivé une deuxième intervention, avec résection osseuse et raclage dure-mérien en neurochirurgie. Un mois plus tard, le patient a développé un déficit moteur droit et une aphasia, associés à une réapparition rapide de sa lésion du cuir chevelu. L'IRM cérébrale a objectivé une lésion intracérébrale pariétale gauche de 45 × 30 mm. Une troisième intervention, réalisée en collaboration avec l'équipe de chirurgie plastique, a permis une exérèse large et une reconstruction par lambeau de rotation. Le cas a été discuté en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP), où la seule alternative thérapeutique retenue a été une radiothérapie palliative. À deux mois de la dernière chirurgie, le patient est stable.

**Conclusion :** Ce cas de stade IV (T4 a selon l'AJCC 8e édition) démontre les limites de la prise en charge chirurgicale multidisciplinaire face à un CEC du cuir chevelu d'agressivité exceptionnelle, malgré le respect des recommandations internationales. L'immunothérapie, aujourd'hui recommandée en première ligne pour les formes avancées inopérables, n'a pas pu être proposée en raison du terrain psychiatrique, soulignant un manque de données dans la littérature.

**Mots-clés :** carcinome épidermoïde, cuir chevelu, extension endocrânienne, prise en charge multidisciplinaire, guidelines, immunothérapie

## INTRODUCTION

Le carcinome épidermoïde (CEC) cutané est le deuxième cancer cutané le plus fréquent après le carcinome basocellulaire, avec une incidence croissante dans les populations âgées et immunodéprimées [1]. Sa localisation au niveau du cuir chevelu est particulièrement préoccupante en raison de l'anatomie spécifique de cette région : la faible épaisseur des parties molles et la proximité immédiate de l'os et de la dure-mère rendent possible une extension locorégionale rapide vers les structures intracrâniennes [2,3]. L'envahissement cérébral, bien que rare (moins de 5 % des CEC de la tête), est associé à un pronostic très défavorable avec une survie médiane souvent inférieure à 12 mois [4].

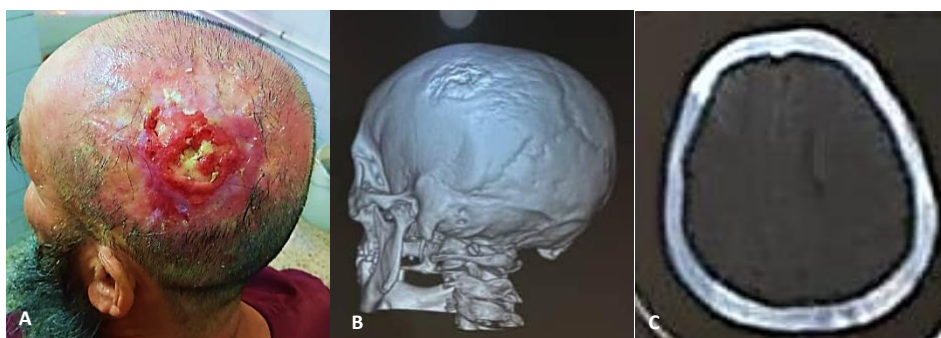
La prise en charge des tumeurs du cuir chevelu avec extension crânienne nécessite typiquement une approche multidisciplinaire associant neurochirurgiens, chirurgiens plasticiens, radiothérapeutes et oncologues médicaux [5]. Les recommandations internationales, notamment les guidelines européennes de l'European Dermatology Forum (EDF), de l'European Association of Dermato-Oncology (EADO) et de l'European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC), insistent sur la nécessité d'une décision pluridisciplinaire obligatoire pour tous les patients atteints de maladie avancée [6]. De même, les National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Guidelines préconisent une approche agressive avec craniectomie lorsque cela est possible [7].

Cependant, malgré ces recommandations, le pronostic reste sombre. Dans une série récente de 84 patients opérés pour tumeur maligne du cuir chevelu avec extension crânienne, le taux de survie sans récurrence à 3 ans n'était que de 31 % [8]. Nous rapportons un cas de CEC du cuir chevelu récidivant à multiples reprises avec extension endocrânienne, compliqué d'hémiplégie et d'aphasie, afin d'illustrer les limites de la prise en charge multidisciplinaire actuelle et de discuter les alternatives thérapeutiques émergentes.

## OBSERVATION

Un homme de 55 ans, marié, père de quatre enfants, aux antécédents de schizophrénie suivie en psychiatrie, a été opéré en 2025 pour une lésion ulcéro-bourgeonnante de la région pariétale gauche Fig 1A . Cette lésion évoluait depuis l'enfance, mais son caractère indolore et le contexte psychiatrique expliquaient probablement le retard diagnostique.

La tomodensitométrie (TDM) cérébrale initiale objectivait un simple épaissement des parties molles pariétales gauches, sans lésion cérébrale décelable Fig 1B,C .

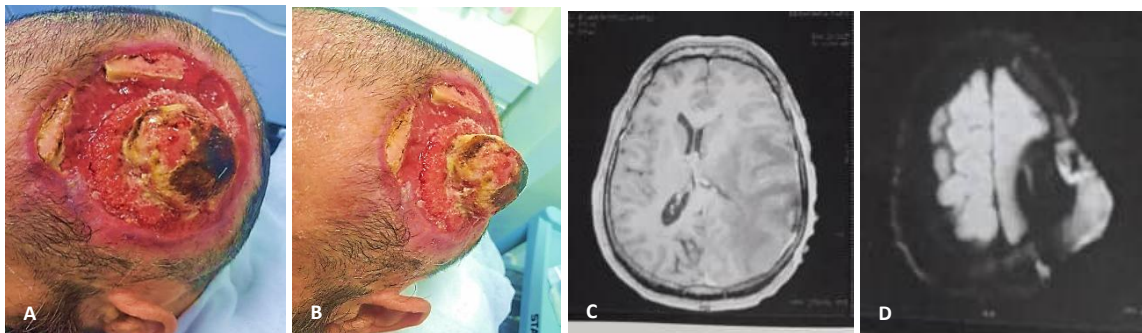


*Fig 1 : En (A) Lésion ulcero bourgeonnante pariétale gauche sans extension endocrânienne sur la TDM 3D en ( B) coupe axial en (C)*

La première intervention a été réalisée par l'équipe de chirurgie plastique. L'intervention a mis en évidence une infiltration tumorale en profondeur, mais les limites latérales étaient saines, permettant

une exérèse macroscopique totale. L'examen anatomopathologique a conclu à un carcinome épidermoïde infiltrant, bien différencié et kératinisé.

Cinq mois plus tard, le patient a été réadressé par sa chirurgienne plasticienne pour une augmentation rapide du volume de la lésion pariétale gauche. Cliniquement, la tumeur mesurait  $4 \times 3$  cm et était située sur un placard cicatriciel Fig2A,B. Sur le plan neurologique, le patient ne présentait aucun déficit. L'IRM cérébrale a montré une très petite lésion rolandique gauche, mais surtout un important œdème périlésionnel témoignant de l'agressivité locale Fig2 C,D



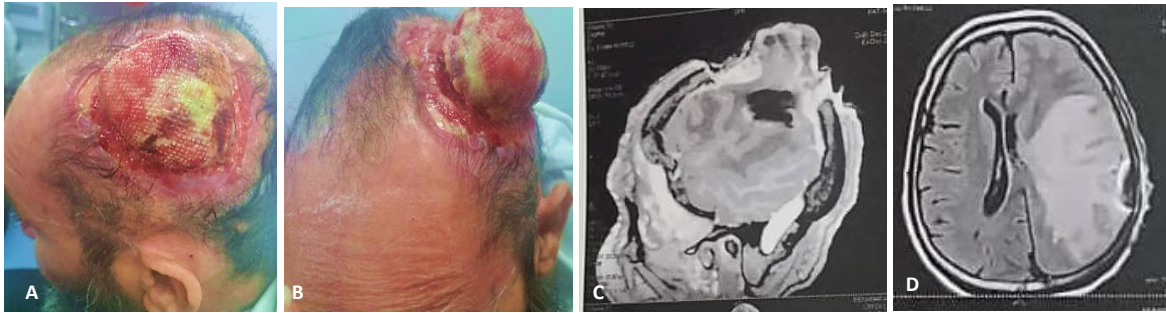
**Figure 2 :** En (A,B) Aspect clinique de la récurrence à 5 mois : lésion ulcéro-bourgeonnante de  $4 \times 3$  cm sur placard cicatriciel pariétal gauche , En( C,D) IRM cérébrale en coupe sagittale formation oedematogene pariétale gauche intra cérébrale en regard d'une masse sous cutanée

La deuxième intervention a été réalisée par les neurochirurgiens , associant :une exérèse totale de la lésion du cuir chevelu, de l'os pariétal ,et du feuillet externe de la dure mère .le résultat anapath à conclu à une localisation leptoméningée du CEC . Un contrôle clinique à J5 post opératoire a montré un aspect macroscopique propre du foyer opératoire Fig 3A,B .



**Figure 3 :** En (A,B) Aspect per opératoire de la plaie chirurgicale cutanée au 5<sup>ème</sup> jour de la deuxième intervention

À un mois post-opératoire, le patient a été réadmis pour une progression tumorale cutanée et l'installation d'un déficit moteur droit associé à une aphasie Fig 4 A,B . L'IRM cérébrale de contrôle a objectivé une formation lésionnelle intracérébrale pariétale gauche mesurant  $45 \times 30$  mm, entourée d'une large plage d'œdème péri lésionnel en majoration Fig 4C,D.



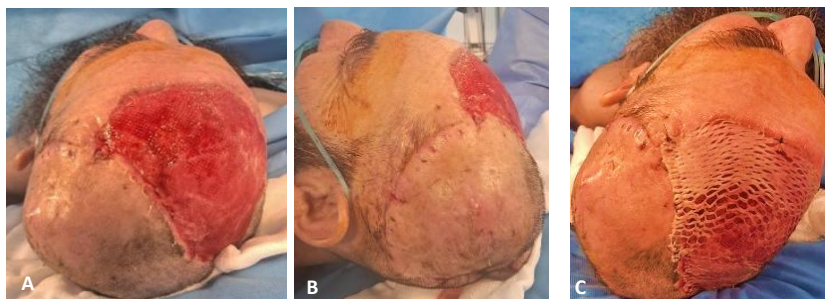
**Figure 4 :** En (A,B) Contrôle clinique à 1 mois per opératoire montrant la récurrence du CEC , en (C,D) IRM cérébrale en coupe sagittale et axiale montre une extension leptoméningée avec localisation intra cérébrale en pariétale gauche très oedematogene exerçant un effet de masse.

Une troisième intervention a nécessité un travail de collaboration . Le temps neurochirurgical a consisté en un élargissement de la craniectomie pariétale, suivi d'une exérèse de la lésion extracrânienne, macroscopiquement grisâtre et infiltrant la dure-mère, suivie par une exérèse très large de la partie endocrânienne, infiltrante, friable et très hémorragique. Une plastie durale par une dure mère synthétique était nécessaire. Le deuxième temps a consisté en la réparation de la perte de substance post-opératoire temporo-pariétale gauche par un lambeau de rotation fronto-pariéto-occipital. Fig 5 A,B



**Figure 5 :** En (A,B) Contrôle clinique per opératoire montrant un lambeau sans souffrance

Une Quatrième intervention suite à une TDM cérébrale de contrôle qui a montré une volumineuse collection épidurale et extra crânienne du cuir chevelu, d'aspect hydrique, associée à un œdème peu compressif, sans visualisation de masse résiduelle. Le patient a bénéficié secondairement d'une aspiration de la collection, puis d'une greffe au site donneur au niveau de la cuisse droite Fig 6A,B,C,



**Figure 6:**En (A,B,C) Vue per opératoire des différents angle en position neutre, latérale et 3/4 après une greffe du site donneur

Le cas a été présenté en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) réunissant neurochirurgiens, plasticiens, radiothérapeutes et oncologues. Après discussion, la seule alternative thérapeutique proposée a été une radiothérapie palliative, aucune autre option chirurgicale ou médicale n'étant jugée réalisable en raison du caractère infiltrant, de l'état neurologique déjà altéré et du terrain psychiatrique.

À deux mois de la dernière chirurgie, le patient est stable sur le plan neurologique et local Fig7A,B bénéficiant d'un suivi rapproché en collaboration avec l'équipe de psychiatrie et complément de radiothérapie .

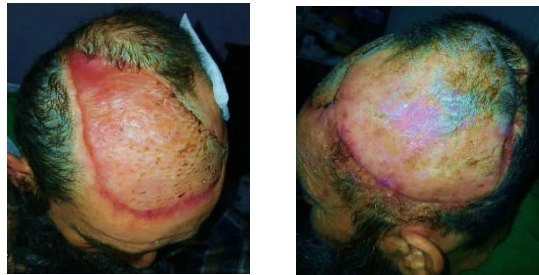


Figure 7 : En (A ,B)Un contrôle clinique à 2 mois post opératoire de la greffe du site donneur

## DISCUSSION

Notre cas de CEC du cuir chevelu avec extension endocrânienne illustre parfaitement les limites de la prise en charge multidisciplinaire actuelle face à des tumeurs d'agressivité exceptionnelle. Plusieurs points méritent d'être discutés à la lumière des recommandations internationales et de la littérature récente.

### Classification pronostique : un stade IV d'emblée

Selon la classification TNM de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC) 8e édition (2017), notre patient présente une tumeur classée T4a en raison de l'invasion de la voûte du crâne. Cette atteinte de l'os pariétal, confirmée en per op et à l'histologie , correspond à une extension osseuse sans la dure-mère au moment de la première résection. L'invasion de la voûte crânienne, contrairement à celle de la base du crâne (T4b), est associée à un pronostic légèrement moins sombre mais reste un facteur de haut risque de récurrence locale et de progression endocrânienne secondaire. Cette stadification T4a justifie la gravité de l'évolution clinique et l'agressivité thérapeutique déployée.

### Conformité aux recommandations internationales

Notre prise en charge a respecté les principales recommandations internationales :

Recommandation	Source	Application dans notre cas
<b>Décision pluridisciplinaire obligatoire pour les formes avancées</b>	EDF/EADO/EORTC 2020 [6]	Présentation systématique en RCP
<b>Craniectomie pour les tumeurs avec extension à la voûte crânienne (T4a)</b>	NCCN v1.2025 [7], Huntoon et al. [8]	Réalisée lors des 2e et 3e interventions (résection de l'os pariétal)
<b>Classification T4a : invasion de la voûte crânienne (calvaria)</b>	AJCC 8e édition 2017 [9]	Invasion de l'os pariétal confirmée histologiquement
<b>Radiothérapie pour les tumeurs inopérables</b>	EDF/EADO/EORTC 2020 [6]	Proposée comme option palliative en RCP
<b>Reconstruction par lambeau après exérèse large</b>	Consensus d'experts [11]	Lambeau de rotation fronto-pariéto-occipital

Cependant, malgré le respect de ces guidelines, l'évolution a été défavorable, témoignant des limites intrinsèques de la prise en charge chirurgicale des formes les plus agressives.

### **L'agressivité tumorale : une évolution exceptionnellement rapide**

Un des aspects les plus frappants de notre observation est la rapidité de l'évolution. Malgré une première exérèse avec marges latérales saines, le patient a présenté une récurrence locale en seulement 5 mois. La deuxième intervention, pourtant plus large avec résection osseuse et raclage dure-mérien, n'a pas permis de contrôler la maladie, avec une progression neurologique sévère à un mois post-opératoire.

Cette agressivité contraste avec les données de la littérature. Dans la série de Chabaane et al., l'extension endocrânienne est survenue 19 ans après la chirurgie initiale [12]. Sakamoto et al. rapportent des délais de récurrence de 9 à 24 mois [13]. Notre patient, âgé seulement de 55 ans, a développé une forme particulièrement agressive et précoce, peut-être en rapport avec des facteurs génétiques ou environnementaux non identifiés.

### **Les limites de la chirurgie : quand l'exérèse complète est impossible**

La troisième intervention a mis en évidence une limite majeure de la chirurgie : le caractère infiltrant et très hémorragique de la tumeur a rendu l'exérèse incomplète. Cette situation est décrite dans la littérature, notamment par Sakamoto et al., qui soulignent que l'invasion durale, en particulier au niveau du sinus sagittal supérieur, peut rendre la résection complète impossible [13]. Dans leur série de 10 patients, 4 sont décédés d'une repousse tumorale intracrânienne 9 à 24 mois après une exérèse incomplète.

L'installation d'une hémiparésie et d'une aphasie témoigne de l'atteinte de l'aire rolandique et du langage. Ces complications neurologiques sévères sont rapportées dans la littérature comme étant de très mauvais pronostic, avec une survie médiane souvent inférieure à 6 mois [14].

### **L'immunothérapie : une option non exploitée ?**

Les guidelines européennes de 2020 recommandent les anti-PD-1 (cemiplimab) comme traitement systémique de première ligne pour les CEC avancés non candidats à la chirurgie ou à la radiothérapie [6]. Plus récemment, Fujimura et al. ont rapporté un cas de CEC récidivant du cuir chevelu avec invasion méningée traité avec succès par nivolumab en monothérapie [15].

Dans notre cas, cette option n'a pas été retenue pour plusieurs raisons :

- Les antécédents de schizophrénie du patient, rendant difficile l'observance et le suivi d'un traitement systémique
- L'absence de test PD-L1 réalisé sur la tumeur
- L'évolution rapide ne laissant pas le temps nécessaire à l'instauration d'une immunothérapie (délai d'action souvent de plusieurs semaines)

Cependant, avec le recul, on peut s'interroger : une immunothérapie plus précoce, dès la première récurrence, aurait-elle pu modifier le cours de l'histoire ? Cette question reste ouverte et mériterait d'être explorée dans de futures études.

### **La spécificité du terrain psychiatrique : un facteur de mauvais pronostic méconnu**

Un aspect original de notre observation est le terrain particulier du patient : schizophrénie connue. Ce contexte psychiatrique a probablement influencé plusieurs aspects de la prise en charge :

- Diagnostic tardif : la lésion évoluait depuis l'enfance, suggérant un suivi médical irrégulier et une négligence de la part du patient
- Observance thérapeutique potentiellement aléatoire
- Difficultés de communication et d'évaluation neurologique fine
- Limitation des options thérapeutiques (immunothérapie contre-indiquée en raison des risques psychiatriques ?)

La littérature sur la prise en charge des cancers cutanés chez les patients psychiatriques est quasi inexistante. Pourtant, il est probable que ce terrain ait contribué au retard diagnostique et à l'aggravation du pronostic. Une étude récente a montré que les patients schizophrènes ont une

mortalité par cancer significativement plus élevée que la population générale, en partie en raison de diagnostics plus tardifs [16]. Notre cas illustre cette réalité et plaide pour un dépistage ciblé chez ces patients vulnérables.

## CONCLUSION

Notre cas de CEC du cuir chevelu avec extension endocrânienne chez un patient de 55 ans aux antécédents de schizophrénie illustre parfaitement les limites de la prise en charge multidisciplinaire actuelle face à des tumeurs d'agressivité exceptionnelle. Malgré des exérèses chirurgicales itératives associant neurochirurgiens et plasticiens, réalisées conformément aux recommandations internationales, le patient a développé une hémiplégie et une aphasie en quelques semaines.

Ce cas clinique soulève plusieurs questions pour la pratique clinique future :

- Faut-il proposer des résections plus larges d'emblée, y compris de l'os et de la dure-mère, même en l'absence d'infiltration radiologique évidente, chez les patients à haut risque ?
- Quelle place pour l'immunothérapie en première ligne chez les patients à haut risque de récurrence, avant même l'apparition d'une extension endocrânienne ?
- Comment améliorer le suivi des patients à terrain psychiatrique pour éviter les diagnostics tardifs et permettre une prise en charge plus précoce ?

Des études complémentaires, notamment des registres prospectifs, sont nécessaires pour définir la meilleure stratégie thérapeutique face à ces tumeurs rares mais redoutables. En attendant, la présentation systématique en RCP et la discussion des options thérapeutiques, y compris l'immunothérapie, doivent être la règle pour tous les CEC du cuir chevelu à haut risque.

**Conflits d'intérêts :** Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Stratigos A, Garbe C, Lebbe C, et al. Diagnosis and treatment of invasive squamous cell carcinoma of the skin: European consensus-based interdisciplinary guideline. *Eur J Cancer*. 2020;128:83-102. doi:10.1016/j.ejca.2020.01.019
2. Karia PS, Han J, Schmults CD. Cutaneous squamous cell carcinoma: estimated incidence of disease, nodal metastasis, and deaths from disease in the United States, 2012. *J Am Acad Dermatol*. 2013;68(6):957-966. doi:10.1016/j.jaad.2012.11.037
3. Moehrle M, Breuninger H. Skin cancer of the scalp: surgical management and reconstructive strategies. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2019;17(12):1225-1238. doi:10.1111/ddg.13990
4. Mullen JT, Feng L, Xing Y, et al. Invasive squamous cell carcinoma of the skin: defining a high-risk group. *Ann Surg Oncol*. 2006;13(7):902-909. doi:10.1245/ASO.2006.03.082
5. Huntoon KM, Mayer RR, Fahim DK, et al. Malignant primary tumors of scalp with cranial extension: multidisciplinary surgical strategies and outcomes. *J Neurosurg*. 2023;140(4):979-986. doi:10.3171/2022.12.JNS222081
6. Stratigos A, Garbe C, Lebbe C, et al. European interdisciplinary guideline on invasive squamous cell carcinoma of the skin: Part 2. Treatment. *Eur J Cancer*. 2020;128:83-102. doi:10.1016/j.ejca.2020.01.019
7. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Squamous Cell Skin Cancer. Version 1.2025. 2025. <https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=1&id=1465>
8. Huntoon KM, Mayer RR, Fahim DK, et al. Surgical outcomes of malignant scalp tumors with cranial extension: a 10-year single-institution experience. *J Neurosurg*. 2023;138(2):456-463. doi:10.3171/2022.12.JNS222081
9. Amin MB, Edge SB, Greene FL, et al. *AJCC Cancer Staging Manual*. 8th ed. Springer; 2017.
10. Schmults CD, Karia PS, Carter JB, et al. Factors predictive of recurrence and death from cutaneous squamous cell carcinoma: a 10-year, single-institution cohort study. *JAMA Dermatol*. 2013;149(5):541-547. doi:10.1001/jamadermatol.2013.2139

11. Steffens TA, Dijkstra PU, van Leeuwen BL, et al. Reconstructive surgery for scalp defects: a systematic review. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2021;74(9):2105-2115. doi:10.1016/j.bjps.2021.04.015
12. Chabaane M, Ayadi K, Rkhami M, et al. Management of a recurrence of a squamous cell carcinoma of the scalp with extension to the brain: A case report and literature review. *Surg Neurol Int.* 2020;11:347. doi:10.25259/SNI\_528\_2020
13. Sakamoto T, Mineura K, Kikuchi K, Kowada M. Intracranial invasion of scalp carcinoma. *Acta Neurochir (Wien).* 1989;98(1-2):66-69. doi:10.1007/BF01473114
14. Fidanzi C, et al. Palliative management of a recurrent destructive cutaneous squamous cell carcinoma of the scalp with brain exposure. *Wounds.* 2022;34(1):E7-E9. PMID: 35171023
15. Fujimura T, Kambayashi Y, Tono H, et al. Successful treatment of unresectable recurrent cutaneous squamous cell carcinoma of the scalp with meningeal invasion with nivolumab monotherapy. *Dermatol Ther.* 2020;33(4):e13672. doi:10.1111/dth.13672
16. Zhuo C, Triplett PT. Association between schizophrenia and cancer mortality: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res.* 2019;210:68-75. doi:10.1016/j.schres.2019.06.014