



Cas clinique

Découverte tardive d'un pilomatricome géant et surinfecté de l'extrémité céphalique

Giant pleomorphic adenoma of the submandibular gland: a case report

MH Mel^{*1}, V Dje Bi Dje¹, KC Allah¹, ZGL Yao Bi¹, D Ouattara¹, S Coulibaly¹

Résumé

Le pilomatricome (épithélioma momifié de Malherbe) est une tumeur cutanée bénigne. C'est une tumeur du sujet jeune de moins de 20 ans, rare et sa fréquence est inférieure à 2 % de l'ensemble des tumeurs primitives cutanées. Le patient consulte pour : gêne fonctionnelle, inconfort psychologique et préjudice social pour son isolement. L'histologie parvenue trois semaines plus tard a confirmé le pilomatricome sans signe histologique de malignité avec marge d'exérèse non tumorale.

Mots-clés : pilomatricome, histologie, exérèse.

Abstract

Pilomatricoma (Malherbe's calcifying epithelioma) is a benign cutaneous tumor. It is a rare tumor occurring in young individuals under the age of 20, accounting for less than 2% of all primary cutaneous tumors. The patient sought consultation due to functional impairment, psychological discomfort, and social repercussions resulting from isolation. Histological analysis, received three weeks later, confirmed the diagnosis of pilomatricoma with no histological signs

of malignancy and tumor-free excision margins.

Keywords: pilomatricoma, histology, excision.

Introduction

Le pilomatricome (épithélioma momifié de Malherbe) est une tumeur cutanée bénigne. C'est une tumeur du sujet jeune de moins de 20 ans, rare et sa fréquence est inférieure à 2 % de l'ensemble des tumeurs primitives cutanées¹. Cette tumeur annexielle est le plus souvent méconnue et confondue avec d'autres lésions cutanées bénignes ou congénitales. Ses localisations habituelles restent la tête et le cou. Par contre, l'atteinte des membres reste exceptionnelle. Nous rapportons un cas chez un adulte ayant évolué sur 25 ans.

Cas clinique

Nous avons reçu monsieur O.A , âgé de 52 ans, dresseur de chien, sans antécédent notable qui a consulté en juillet 2022 pour une volumineuse masse

de la région occipitale évoluant depuis l'âge de 15 ans. Le début fut marqué par la survenue d'un nodule d'environ 5 cm de diamètre, ayant été négligé et qui a lentement évolué jusqu'à la première consultation soit sur une période 37 ans. La masse se serait ulcérée dix ans après son apparition. On signifie l'usage de cataplasme, de scarification et de décoction. Aucun facteur étiologique ne fut retrouvé. Le patient consulte pour : gêne fonctionnelle, inconfort psychologique et préjudice social pour son isolement. A l'examen il s'agissait d'une énorme masse sessile mesurant 16 cm de longueur, 12 cm de largeur, 10 cm d'épaisseur, ulcéro-bourgeonnante sur sa face postérieure, non hémorragique avec suppuration malodorante. La masse était dure, pierreuse, peu sensible, fixe par rapport au plan profond, ne saignant pas au contact. Il n'y avait pas d'adénopathie, ni de trouble visuel. La biopsie (quatre carottes) aux 4 pôles de la tumeur sous anesthésie locale objective un pilomatricome de la région occipitale. L'écouvillon isole pseudomonas aeruginosa multirésistant et candida albicans sensible au fluconazole. L'Imagerie par résonance magnétique montre une volumineuse masse des parties molles avec hyposignal en T1, hypersignal en T2, avec des zones de restriction et de rehaussement hétérogène. On note par ailleurs une intégrité de la voûte occipitale en regard de la tumeur. Nous avons réalisé des pansements locaux à l'acide acétique jusqu'à ce que la plaie soit propre. Il fut indiqué et réalisé une exérèse tumorale dix-huit mois après la première consultation compte tenue du manque de moyen financier ayant retardé l'acte chirurgical. Exérèse faite sous anesthésie générale en décubitus ventral strict. La marge d'exérèse latérale était de un centimètre et en profondeur la table externe était saine. La pièce réséquée pesait 1327 grammes, elle était dure, infiltrée, malodorante. L'histologie parvenue trois semaines plus tard a confirmé le pilomatricome sans signe histologique de malignité avec marge d'exérèse non tumorale. La perte de substance contrôlée par cicatrisation dirigée sur quatre semaine fut couverte par une greffe de peau mince prélevée a la face antérieure de la cuisse droite.

La prise de la greffe a été obtenu après 23 jours puis la cicatrisation complète après six semaines. Nous ne signalons aucune récurrence sur un recul de six mois.



Figure 1 : tumeur occipitale (A) première consultation et (B) préopératoire avec tracé de la marge d'exérèse.

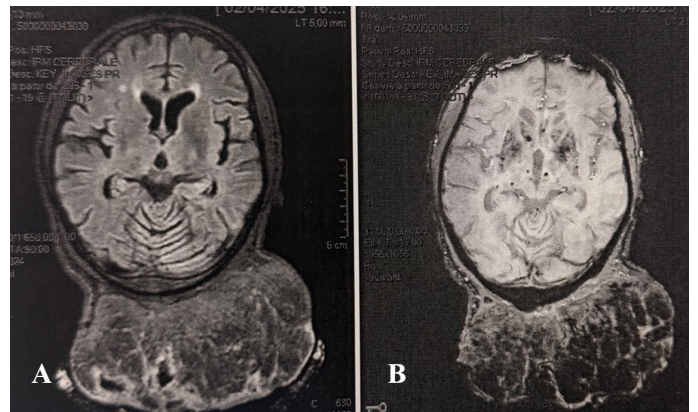


Figure 2 : (A) IRM en séquence T1 et (B) IRM en séquence T2.

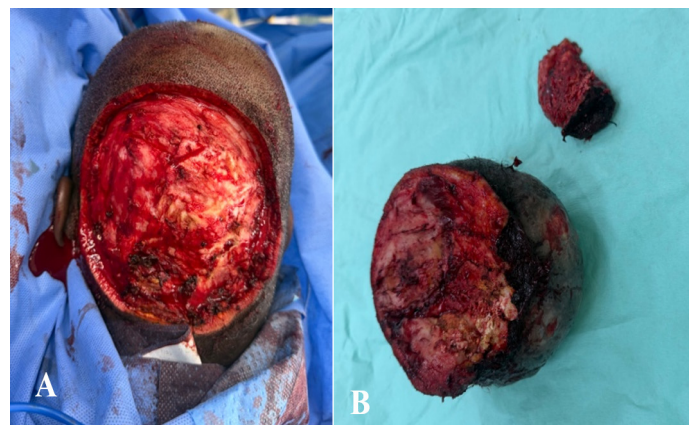


Figure 3 : (A) perte de substance résiduelle après exérèse carcinologique et (B) pièces opératoires.



Figure 4 : bourgeonnement J12 post-opératoire avant la greffe de peau mince.

Discussion

Le pilomatricome a été décrit par Malherbe Chenantais en 1880 comme une tumeur bénigne, calcifiée des glandes sébacées, et son origine été confirmée plus tard par Forbis et Helwing (3). Bien que notre patient ait été vu à l'âge de 52 ans, qui est un âge inhabituel de découverte, le nodule fut constaté à l'âge de 15 ans. C'est une tumeur du sujet jeune de moins de 20 ans. Les localisations les plus fréquentes sont la tête et le cou, la localisation au niveau des membres reste exceptionnelle (2). Dans sa forme typique, le pilomatricome se traduit cliniquement par un petit nodule sous-cutané, solitaire, asymptomatique parfois douloureux, et touchant volontiers la femme avec un sex-ratio de 3/2. (1)

La calcification de la tumeur est observée dans 80 % des cas, réalisant parfois un véritable ostéome sous-cutané. La taille habituelle est inférieure à trois centimètres, cependant des cas de pilomatricome géant dépassant cinq centimètres de diamètre ont été rapportés. C'est le cas chez notre patient dont la taille de la tumeur était excessive (16 x 12 x 10) (1). Le pilomatricome peut revêtir différentes formes cliniques et être perforant, ulcéré ou encore

anétodermique avec une peau érythémateuse en regard de la lésion ou pigmentée. (3) L'évolution peut se faire vers l'ulcération et peut poser un problème de diagnostic différentiel avec un carcinome cutané. (1) Dans notre cas le patient révèle que l'ulcération s'est faite de manière spontanée. Ce qui explique les erreurs diagnostiques retrouvées dans la littérature. (3) Un cas de pilomatricome à localisation dorsale secondaire à une pique d'insecte est cité dans la littérature contrairement à notre observation. (4) L'examen clinique permet de suspecter le diagnostic. Sur le plan paraclinique la radiographie, l'imagerie par résonance magnétique et la tomодensitométrie permettent d'éliminer une atteinte osseuse.(5).

Le diagnostic de certitude repose sur l'histologie de la biopsie ou de la pièce opératoire.(1) Cela permettra également d'éliminer les autres diagnostics différentiels, principalement les kystes épidermoïdes et pilaires mais surtout le pilomatricome malin ou carcinome trichomatriciel dont le potentiel agressif est important.(1)

Devant une tumeur du tissu mou, il est recommandé de faire une biopsie avec histologie avant d'envisager l'exérèse chirurgicale. (5)

Le pronostic du pilomatricome est généralement bon. La guérison sans récurrence est la règle après exérèse chirurgicale totale(1) comme dans notre cas.

Conclusion

C'est une tumeur du sujet jeune de moins de 20 ans. Les localisations les plus fréquentes sont la tête et le cou, la localisation au niveau des membres reste exceptionnelle(2). Le pronostic du pilomatricome est généralement bon. La guérison sans récurrence est la règle après exérèse chirurgicale totale (1).

*Correspondance :

MEL Melangne Hermann

melhermann0003@gmail.com

Disponible en ligne : 30 Septembre 2026

1 : Centre hospitalier et universitaire de Treichville

© Journal of african clinical cases and reviews 2026

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Daoudi A, Boutayeb F, Elmrini A. Le pilomatricome isolé du bras : une localisation rare. À propos d'un cas. Chirurgie de la Main. sept 2006;25(3-4):163-5.
- [2] El Ibrahimy A, Daoudi A, Znati K, Elmrini A, Boutayeb F. Pilomatricome isolé de la jambe. Une rare localisation. Annales de Chirurgie Plastique Esthétique. 1 août 2009;54(4):388-91.
- [3] Nasreddine FZ, Hali F, Chiheb S. Pilomatricome: étude de 22 cas. Pan African Medical Journal. 2016.
- [4] Ramli I, Bouhllab J, Amarouch H, Ait Ourhroui M, Et. A. Une présentation inhabituelle d'un pilomatricome anéodermique suite à une piqûre d'insecte. La Presse Médicale. 2015.
- [5] YFD N'goran, MH Mel, BZGL Yao, KC Allah, AV Dje Bi Dje. Lipome géant de la main : à propos d'un. Cas. Jaccr Africa 2026; 10(2): 158-162

Pour citer cet article

MH Mel, V Dje Bi Dje, KC Allah, ZGL Yao Bi, D Ouattara, S Coulibaly. Découverte tardive d'un pilomatricome géant et surinfecté de l'extrémité céphalique. Jaccr Africa 2026; 10(3): 144-147

<https://doi.org/10.70065/26103.jaccrAfri.002L033009>