

LETTRE A L'EDITEUR

**TERATOME SACRO-COCCYGIEN DÉGÉNÈRE  
UN ESSAI DE CHIMIOTHÉRAPIE**

O. OUATTARA (1), A. DIETH (1), B. KOUAME (2), N. MOH (2), R. DICK (3),  
A.S. DA SILVA (4), C. AGUEHOUNDE (4), C. ROUX (5).

**RÉSUMÉ**

Les auteurs rapportent le cas d'un tératome sacro-coccygien dégénéré du fait d'un retard dans la prise en charge du patient.

Ils soulignent les problèmes que posent ces cas : stratégie thérapeutique, place de la chirurgie par rapport à la chimiothérapie, approvisionnement en produits antimitotiques. Ils insistent sur la nécessité d'opérer le tératome sacro-coccygien en période néonatale.

*Mots clés : Tératome sacro-coccygien dégénéré, chirurgie, chimiothérapie.*

**SUMMARY**

**Degenerated sacrococcygeal teratoma  
a test of chemotherapy**

The authors report a case of a degenerated sacrococcygeal teratoma due to the lateness in the management of the patient.

The problems of this case are treatment strategy, place of surgery more report than chemotherapy, supplying of our hospitals in anticancerous drugs. They insist also in making of operation for the neonatal period.

*Key words : Degenerated sacrococcygeal teratoma, surgery, chemotherapy.*

**INTRODUCTION**

Le tératome sacro-coccygien, tumeur embryonnaire, est considéré comme une urgence chirurgicale néonatale du fait de son fort potentiel de transformation maligne à partir du 2ème mois de la vie, ce qui explique la rareté des formes dégénérées.

Le traitement de ces formes dégénérées fait appel à plusieurs disciplines notamment la chirurgie, la chimiothérapie, thérapeutique aussi agressive qu'onéreuse. L'observation que nous colligeons est riche d'enseignements théra-

peutiques et pronostiques, une forme bénigne diagnostiquée à la naissance sans traitement et qui est revue à l'âge d'un an après dégénérescence maligne.

**OBSERVATION**

Il s'agit de l'enfant N'GU... Eliane, sexe féminin, reçue la première fois en décembre 1991 dans sa première semaine de vie pour tumeur fessière gauche. Le diagnostic de tératome sacro-coccygien est naturellement posé et un bilan pré-opératoire en vue de l'exérèse tumorale est demandé en urgence. Pour des problèmes socio-économiques, l'enfant est perdue de vue pendant onze mois. Elle est revue en novembre 1992 âgée d'un an avec une tumeur ulcéro-bourgeonnante qui présente une compression extradurale à la sacro-radiculographie.

Le dosage de l'alphafoetoprotéine est revenu fortement positif à 744 ng/ml.

Devant ces signes manifestes de malignité, nous avons réalisé un bilan préthérapeutique suivi d'une chimiothérapie première, avec soins locaux et hospitalisation dans une chambre stérile. Nous avons utilisé le protocole TGMns emprunté à Lemerle qui propose 6 séances espacées les unes des autres de 21 jours. Actinomycine D (300 g/m2 de J1 à J5) ; Cyclophosphamide (300 mg/m2 de J1 à J5) ; Vincristine (2 mg/m2 à J21) ; Bléomycine (15 mg/m2 de J21 à J23) Cisplatine (100 mg/m2 à J24). Après la 4è séance de chimiothérapie, le taux d'alphafoetoprotéine est passé à 215 ng/ml, la chirurgie pratiquée alors a consisté en une exérèse monobloc de la tumeur ainsi que de la dernière pièce sacrée, la pièce opératoire mesurant 14 cm sur 8 et pesant 200 g. L'examen histologique de la pièce opératoire a conclu à un tératome à composantes immatures. Nous avons observé une bonne tolérance clinique de l'ensemble de ces traitements avec un bon résultat esthétique local. Le contrôle post-opératoire de l'alphafoetoprotéine a donné un taux de 4 ng/ml à 4 mois post-opératoire. Deux incidents majeurs ont émaillé le traitement, une nécrose cutanée élargie de l'avant-bras et de la main droite après diffusion

(1) Assistant Chef de clinique,  
(2) Interne des Hôpitaux,  
(3) Maître Assistant,  
(4) Professeur Agrégé,

(5) Professeur Chef de Service. - Service de chirurgie Pédiatrique CHU Yopougon Abidjan. - 21 B.P. 632 Abidjan 21 Côte d'Ivoire (1)

extraveineuse de produits antimétaboliques, et ayant nécessité une chirurgie plastique ; et une deuxième, disparition avec arrêt du protocole après la 4<sup>e</sup> séance de chimiothérapie.

### COMMENTAIRES

La nécessité d'une chirurgie précoce est reconnue par tous les auteurs. Cette chirurgie précoce rend les formes dégénérées rares et explique le nombre peu important de travaux qui y sont consacrés ; en 15 années nous n'avons enregistré que deux cas. Si la chirurgie est toujours indiquée dans ces formes dégénérées (1, 2, 3), leur pronostic jadis sombre a été considérablement amélioré par la chimiothérapie (1, 2). Les premiers essais chimiothérapeutiques étaient décevants. HAVRANEC et collaborateurs (4) n'ont enregistré que des décès en monochimiothérapie, alors qu'ils ont eu 8 survivants sur 10 en polychimiothérapie pour un recul de 1 à 9 ans. Le même constat a été fait par DEWAN (2) et DIEZ (3) en Argentine qui associent au moins trois antimétaboliques.

Les études faites par DIEZ (3), LEMERLE (5) et DEWAN (2) concluent à un pronostic meilleur depuis l'adjonction de Cisplatine dans les protocoles de chimiothérapie. Nous avons utilisé dans notre expérience le protocole des tumeurs malignes germinales non séminomateuses proposé

par LEMERLE (5) mais avec la chirurgie en sandwich après la 4<sup>e</sup> séance comme le préconise BEDDIS (1) qui obtient de bons résultats avec 2 patients pour un recul de 32 mois. Nous pouvons considérer le résultat immédiat de notre chimiothérapie comme bon, vu la décroissance du taux d'alphafoetoprotéine de 774 à 215 ng/ml après 4 séances, car la corrélation de l'alphafoetoprotéine se fait plus avec l'agression tumorale qu'avec la croissance tumorale (6). Cette décroissance s'est poursuivie après la chirurgie pour atteindre un taux normal de 4 ng/ml à 4 mois post-opératoires. La nature immature retrouvée à l'examen anatomopathologique nous rend prudent dans la formulation du pronostic à long terme malgré le taux faible d'alphafoetoprotéine car la chimiothérapie n'a pu être achevée par rupture du stock des produits antimétaboliques et les récurrences sont possibles surtout qu'elles se font le plus souvent sous forme maligne (2).

### CONCLUSION

Le diagnostic précoce est indispensable pour éviter que les formes bénignes nécessitant une simple exérèse chirurgicale se transforment en tumeurs malignes nécessitant une chimiothérapie lourde et onéreuse. Il est aussi nécessaire de poursuivre les essais thérapeutiques afin de proposer un traitement bien codifié.

### BIBLIOGRAPHIE

1. IR. BEDDIS, H. NOBLETT, MG. MOTT.  
Effective chemotherapy for metastatic malignant sacrococcygeal tumor. *Medical and Pediatric Oncology*. 1984, 12 (4) : 231-2.
2. DEWAN, P.M. DAVIDSON, P.E. CAMPBELL.  
Sacrococcygeal teratoma : has chemotherapy improved survival ? *Journal of Pediatric Surgery*. 1987, 22 (3) : 274-7.
3. B. DIEZ, L. RICHARD.  
Malignant germ cell sacrococcygeal tumors in children. Improved prognosis after introduction of cisplatinum containing multiple drug treatment. *Acta Oncologica*. 1989, 28 (2) : 249-51.
4. P. HAVRANEC, A. RUBENSON, D. GUTH, B. FRENCKNER.  
Sacrococcygeal teratoma in Sweden : a 10 years national retrospective study. *J.P.S.* 1992 (11) : 1447-50.
5. J. LEMERLE.  
Cancer de l'Enfant p457-478. Editions Flammarion Médecine Sciences 1989.
6. A. LOPES, S.E. PEASON, J.T. ROBERTS, J. MONAGHAN.  
Immature presacral teratoma in a adulte female. *Gynecology Oncology* 1990, 38 (1) : 135-7.