

# Métastases gastriques révélatrices d'un mélanome du cuir chevelu. À propos d'un cas et revue de la littérature

*Gastric metastasis revealing melanoma of the scalp. A case study and literature review*

Zohir Benabdelhafid

Service de chirurgie carcinologique,  
Centre de lutte contre le cancer,  
Batna – Algérie

Correspondance à :  
Zohir BENABDELHAFID  
[chirdems2016@gmail.com](mailto:chirdems2016@gmail.com)

DOI: <https://doi.org/10.48087/BJMS.cr.2019.6.211>

Il s'agit d'un article en libre accès distribué selon les termes de la licence Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0), qui autorise une utilisation, une distribution et une reproduction sans restriction sur tout support ou format, à condition que l'auteur original et la revue soient dûment crédités.

## RÉSUMÉ

Les métastases digestives des mélanomes sont assez fréquentes, L'intestin grêle est le site le plus touché suivi par l'estomac. Il est cependant exceptionnel qu'elles soient révélatrices, tout particulièrement au niveau de l'estomac où elles sont rarement isolées et surviennent le plus souvent dans un contexte multi-métastatique. Nous insistons à travers cette observation et sous la lumière d'une revue de la littérature sur les critères endoscopiques, les caractéristiques anatomopathologiques, et le profil évolutif afin d'améliorer la prise en charge et le pronostic de cette localisation qui reste péjorative.

**Mots-clés :** Mélanome ; Immunohistochimie ; Métastases gastriques ; Cuir chevelu.

## ABSTRACT

Digestive metastases of melanomas are quite common, the small intestine is the most affected site followed by the stomach. However, it is exceptional that they are revealing the original cancer, especially in the stomach where they are rarely isolated and most often occur in a multi-metastatic setting. We insist on this observation and in the light of the literature review on endoscopic criteria, anatomopathological features, and the evolutionary profile to improve the management and prognosis of this location which remains pejorative.

**Keywords:** Melanoma; Immunohistochemistry; Gastric metastases; Scalp.

## Introduction

Les métastases digestives des mélanomes sont assez fréquentes, L'intestin grêle est le site le plus touché (71 %) suivi par l'estomac (27 %) [1]. Il est cependant exceptionnel qu'elles soient révélatrices, tout particulièrement au niveau de l'estomac où elles sont rarement isolées et surviennent le plus souvent dans un contexte multi- métastatique. Nous insistons à travers cette observation et sous la lumière d'une revue de la littérature sur les critères endoscopiques, les caractéristiques anatomopathologiques, et le profil évolutif afin d'améliorer la prise en charge et le pronostic de cette localisation qui reste péjoratif.

## Observation

Monsieur A.B, âgé de 52 ans, sans antécédents particuliers, a consulté en gastro-entérologie pour des douleurs épigastriques évoluant depuis quatre mois et une perte pondérale de 10 kg durant cette période. La fibroscopie œsogastroduodénale a objectivé la présence de plusieurs nodules noirâtres millimétriques dans l'antré et surtout d'une lésion plus volumineuse dans le fundus mesurant 1 cm (Figure1). L'étude anatomopathologique avec immunohistochimie des biopsies réalisée selon le protocole envision de DAKO montre une forte positivité des marqueurs HMB45, PS100, concluant ainsi à une métastase gastrique d'un mélanome.

Le patient a été orienté au centre de lutte contre le cancer, l'examen cutané associé à un examen minutieux des muqueuses a révélé le foyer primitif au niveau du cuir chevelu (Figure 2), puis le diagnostic est confirmé par un examen anatomopathologique.



**Figure 1.** Fibroscopie digestive haute révélant plusieurs nodules noirâtres millimétriques dans l'antré.



**Figure 2.** Mélanome du cuir chevelu (foyer primitif)

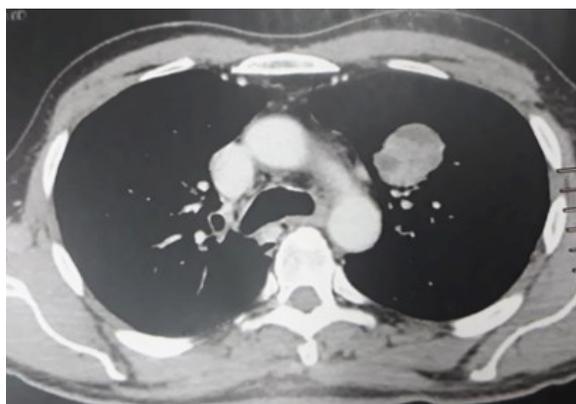


Figure 3. Nodules pulmonaires bilatéraux mesurant jusqu'à 38 mm.

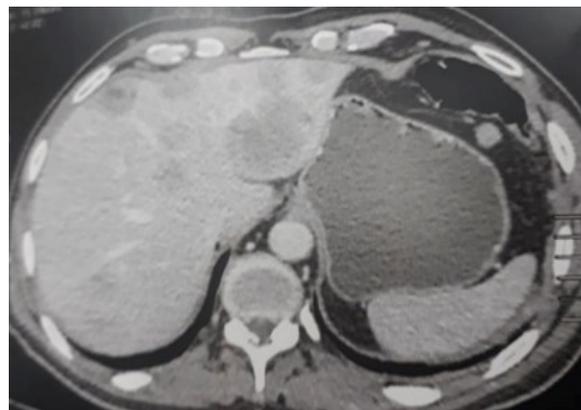


Figure 4. Plusieurs nodules métastatiques hépatiques, mesurant jusqu'à 65 mm de diamètre, au segment VII.

La TDM thoraco-abdomino-pelvienne réalisé dans le cadre du bilan d'extension a objectivé d'autres localisations secondaires: des nodules parenchymateux pulmonaires bilatéraux, mesurant jusqu'à 38 mm avec des adénopathies médiastino-hilaires la plus volumineuse mesurant 10 mm (figure 3), un nodule péricardique de 12mm, plusieurs nodules métastatiques hépatiques, mesurant jusqu'à 65 mm au niveau de segment VII (figure 4), de multiples lésions lytiques rachidiennes et iliaques, la plus marquée celle de la première pièce sacrée. Dilatation urétéro-pyélo-calicielle droite en amont d'un obstacle tissulaire de 7,5 mm intra luminal de l'uretère pelvien. Le cas du patient a été discuté à la RCP digestive où il a été décidé de réaliser une chimiothérapie palliative devant l'impossibilité de réaliser un traitement chirurgical. Le patient est décédé avant de commencer le traitement dans un tableau de défaillance multi-viscéral.

## Discussion

Le mélanome vient d'un mot grec « mélas »: qui signifie noir et « oma »: tumeur. C'est une tumeur résultant de la transformation maligne des mélanocytes. Il peut soit apparaître *de novo* sur une peau initialement saine dans 70 à 80 %, soit résulter de la transformation d'un nævus dans 30 à 20 % des cas. C'est une tumeur redoutable, qui ne représente que 5 % des cancers cutanés mais entraîne 75 % des décès qui leur sont liés. Son incidence est en augmentation dans les pays industrialisés, avec une augmentation simultanée de la mortalité [2]. C'est la plus grave et la plus agressive des cancers cutanés, principalement en raison d'une extension métastatique rapide.

Les sites majoritaires des lésions secondaires des mélanomes sont dans l'ordre, les poumons (18 à 38 %), les ganglions lymphatiques (5 à 34 %), le tube digestif (1 à 8 %), le foie (14 à 38 %) [1], le cerveau, les os et le cœur, avec comme lésion primitive une lésion cutanée du cuir chevelu, de la face, du cou, oculaire ou anale. Les mélanomes du cuir chevelu sont associés à une moins bonne survie que les autres lésions de la tête, du cou et du tronc. Les métastases cardiaques de mélanome sont grevées d'un pronostic sombre. L'analyse autopsique de ces atteintes cardiaques a montré un envahissement péricardique dans 2/3 des cas, myocardique dans 25 % des cas et endocardique dans 5 % des cas [3].

Les métastases digestives des mélanomes sont fréquentes. Il est cependant exceptionnel qu'elles soient révélatrices, tout particulièrement au niveau de l'estomac, l'intestin grêle est le site le plus touché (71 %) suivi par l'estomac (27 %) [2].

Les métastases gastriques du mélanome surviennent le plus souvent dans un contexte multi-métastatique, et sont rarement isolé. Ses présentations cliniques est souvent non spécifique responsable d'un retard diagnostique (épigastralgies, nausées, vomissement, amaigrissement et hémorragies digestives sont les signes les plus fréquemment retrouvés). L'endoscopie permet d'évoquer le diagnostic de métastase gastrique devant la présence d'un ou plusieurs nodules noirâtres parfois surmontée d'une ulcération ou des nodules multiples sous-muqueux réalisant l'aspect de gros plis, une tumeur pigmentée évocatrice d'un mélanome n'est observée que dans 40 % des cas [4]. L'étude anatomopathologique des biopsies avec immunohistochimie permettent de poser le diagnostic de certitude, par la positivité des marqueurs PS100, HMB45 et Melan [5]. Le scanner abdomino-pelvien et thoracique offre une sensibilité dans la détection des métastases gastro-intestinales et thoracique. Actuellement, la tomographie par émission de positons (PET scan) a acquis une place incontournable dans le dépistage des métastases des mélanomes malins. Elle est plus sensible, plus exacte et plus efficiente que les examens radiologiques conventionnels [6].

La prise en charge est multidisciplinaire, et concerne notamment : dermatologue, chirurgien, oncologue médical, pathologiste, radiologue, médecin algologue, psychiatre et autres professionnels impliqués en fonction de la localisation des métastases. Le choix thérapeutique doit tenir compte du nombre, de la localisation des métastases, de l'âge et de l'indice de performance de l'OMS. Le traitement chirurgical ne doit être envisagé que si la résection complète est possible ou en cas de complication. Devant l'impossibilité de réaliser un traitement chirurgical, le recours à une chimiothérapie palliative et aux soins de support doit être discuté d'emblée. Ces dernières années ont été marquées par des approches thérapeutiques innovantes dans le domaine du traitement du mélanome métastatique. Il s'agit d'un nouveau standard thérapeutique proposé grâce à des études ayant démontré l'intérêt de l'immunothérapie dans cette situation [7,8].

Toute décision thérapeutique doit être discutée en RCP, afin d'opter pour la meilleure stratégie thérapeutique.

## Conclusion

L'exploration endoscopique doit être envisagée devant toute symptomatologie digestive chez des patients ayant un antécédent de mélanome. L'examen cutané associé à un examen minutieux des muqueuses accessibles à la vue fait partie de l'examen clinique. Le pronostic dépendant largement de l'extension de la maladie au moment du diagnostic, la détection et la prise en charge d'un mélanome à un stade précoce est importante pour la guérison du patient.

**Déclaration d'intérêts** : l'ensemble des auteurs ne déclare pas de conflits d'intérêt en rapport avec cet article.

### Références

1. Darouichi, M. Invagination intestinale sur métastases multiples d'un mélanome malin. *Journal de Radiologie* 2011;92(5), 437-440.
2. Grange F. Épidémiologie du mélanome cutané: données descriptives en France et en Europe. *Ann Dermatol Venerol*. 2005. 132(12 part 1):975-82.
3. Bussani R, De Giorgio F, Abbate A, Silvestri F— Cardiac metastases. *J Clin Pathol*, 2007, 60, 27-34
4. Bognel C, Lasser P, Zimmermann P. Les métastases gastriques à propos de dix-sept observations. *Ann Chir* 1992; 46: 436-41.
5. Clemmensen OJ, Fenger C. Melanocytes in the anal canal epithelium. *Histopathology* 1991 Mar; 18 (3): 237-41
6. Holder WD Jr, White RL Jr, Zuger JH, Easton EJ Jr, Greene FL. Effectiveness of positron emission tomography for the detection of melanoma metastases. *Ann Surg* 1998;227:764-9.
7. Dequanter D, Sales F, Legendre H, Lothaire P, Pector J-C. Traitement chirurgical des métastases digestives de mélanome. *Annales de chirurgie* 2004; 129: 278-81.
8. Robert C, Long GV, Brady B et al. Nivolumab in previously untreated melanoma without BRAF mutation. *N Engl J Med* 2015; 372: 2521-32.

Cet article a été publié dans le « *Batna Journal of Medical Sciences* » **BJMS**, l'organe officiel de « *l'association de la Recherche Pharmaceutique – Batna* »

Le contenu de la Revue est ouvert « Open Access » et permet au lecteur de télécharger, d'utiliser le contenu dans un but personnel ou d'enseignement, sans demander l'autorisation de l'éditeur/auteur.

Avantages à publier dans **BJMS** :

- *Open access* : une fois publié, votre article est disponible gratuitement au téléchargement
- Soumission gratuite : pas de frais de soumission, contrairement à la plupart des revues « Open Access »
- Possibilité de publier dans 3 langues : français, anglais, arabe
- Qualité de la relecture : des relecteurs/reviewers indépendants géographiquement, respectant l'anonymat, pour garantir la neutralité et la qualité des manuscrits.

Pour plus d'informations, contacter [BatnaJMS@gmail.com](mailto:BatnaJMS@gmail.com) ou connectez-vous sur le site de la revue : [www.batnajms.net](http://www.batnajms.net)

