

Case report

Métastases endobronchiques d'un mélanome malin d'origine rectale: cas clinique et revue de la littérature

Rachid Bouchentouf^{1,2,&}, Amine Benjelloun¹, Zrara Ibtissam³, Moulay Ali Aitbenasser¹

¹Service de pneumologie, Hôpital Militaire Avicenne, Marrakech, Maroc, ²FMPP, Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc, ³Service d'anatomopathologie, Hôpital Militaire Avicenne, Marrakech, Maroc

[&]Corresponding author: Bouchentouf Rachid, Service de pneumologie, Hôpital Militaire Avicenne, Marrakech, Maroc

Key words: Tumeur, Mélanome malin, métastases endobronchiques

Received: 20/09/2011 - Accepted: 18/10/2012 - Published: 18/02/2013

Abstract

Le mélanome anorectal est une tumeur rare représentant 1,5 % de tous les mélanomes et moins de 1 % des cancers anorectaux. Son pronostic est redoutable à cause de la survenue précoce de métastases. Le poumon est un site métastatique classique du mélanome malin, les localisations endobronchiques sont toutefois rares. Des mélanomes primitifs anorectaux ont également été décrits et sont de mauvais pronostic. Nous rapportons un cas de métastases broncho-pulmonaires de mélanome malin d'origine rectale. Comme c'est souvent le cas, les possibilités thérapeutiques sont limitées.

Pan African Medical Journal. 2013 14: 67

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/14/67/full/>

© Rachid Bouchentouf 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

Le mélanome malin est une tumeur maligne formée à partir des cellules productrices de mélanine (mélanocytes) situées dans les couches profondes de l'épiderme. Des localisations muqueuses primitives ou secondaires ont déjà été décrites, les atteintes endobronchiques sont toutefois rares.

Patient et observation

Nous rapportons le cas d'un patient de 52 ans, non tabagique, adressé dans notre unité pour la prise en charge d'un tableau infectieux broncho-pulmonaire évoluant depuis 2 mois associant toux grasse, dyspnée et fièvre à 38°C. L'interrogatoire retrouve la notion d'une amputation abdominopérinéale pour cancer rectal il y a 4 ans avec mise en place d'une colostomie définitive. Le compte rendu opératoire et l'examen anatomopathologique concluaient à un mélanome malin situé entre 4 et 11 cm de la marge anale. Aucun traitement complémentaire n'a été réalisé. A l'entrée, l'examen clinique retrouvait une altération de l'état général, une pâleur importante ainsi que des ronchis et des sibilants des deux champs pulmonaires.

L'examen cutané ainsi que celui des muqueuses ne retrouvait aucune lésion suspecte. Les examens biologiques montraient un syndrome inflammatoire non spécifique associé à une anémie à 8 g/dl d'Hb. La radiographie thoracique montrait un aspect de lâcher de ballons bilatéral, ainsi qu'une condensation de la base droite (**Figure 1**).

La bronchoscopie a montré outre une muqueuse bronchique inflammatoire, des bourgeons blanchâtres, nécrotiques et saignant au contact à l'origine de la lobaire supérieure droite et des deux pyramides basales. L'examen microscopique des différents fragments prélevés montre des faisceaux de cellules fusiformes, aux noyaux irréguliers parfois en mitose. Au sein de leur cytoplasme, existait un pigment brunâtre Perls négatif. L'immun marquage a révélé une positivité intense et diffuse aux anticorps anti HMB45 et anti PS100, en faveur d'un mélanome malin (**Figure 2**).

Nous avons donc posé le diagnostic de métastases broncho pulmonaires de mélanome malin d'origine rectale. En raison d'un état général altéré et du stade avancé de la maladie, le patient n'a reçu qu'un traitement symptomatique.

Discussion

Le mélanome anorectal primitif est une tumeur rare représentant 1,5 % de tous les mélanomes et moins de 1 % des cancers anorectaux, de pronostic redoutable à cause de la survenue précoce de métastases [1,2] La dissémination hémotogène est extrêmement fréquente et souvent précoce; 20 à 30 % des patients ont des métastases au moment du diagnostic. Le foie et les poumons sont les plus touchés. Les localisations secondaires intra thoraciques sont souvent associées à des formes multiviscérales en particulier hépatiques, osseuses voire encéphaliques [3].

Le délai d'apparition dépend de la taille des lésions initiales et peut varier de quelques semaines à plusieurs années. L'atteinte parenchymateuse isolée est la plus fréquente. Différentes lésions peuvent se voir, de manière isolée ou associée. Chen et coll. rapportent une série de 1600 patients traités pour mélanome malin de localisations diverses.

Après traitement, 260 de ces patients (16.3 %) ont présenté une récurrence thoracique. Les données étaient interprétables chez 130 patients, avec 52 formes multi nodulaires, 26 nodules solitaires, deux miliaires, 9 cas d'adénopathies hilaires et/ou médiastinales, 3 épanchements pleuraux, une masse extra-pleurale, un cas de lésions osseuses et 36 cas de lésions combinées [3]. D'autres auteurs ont rapporté des cas de lymphangite voire des atélectasies par obstruction bronchique ou adénopathies compressives [4,5].

Les lésions uniques sont bien entendu de meilleur pronostic que les lésions multiples ou les atteintes osseuses [3]. Les localisations endobronchiques représentent moins de 5 % des localisations thoraciques de mélanome malin. Les signes cliniques et les anomalies radiologiques sont semblables à ceux du cancer pulmonaire primitif. Les possibilités thérapeutiques demeurent très limitées. La chirurgie est réservée aux formes localisées [6]. La chimiothérapie peut être administrée seule ou en association avec l'immunothérapie dans les formes diffuses [5]. La radiothérapie externe et endobronchique peuvent être utiles dans les formes compressives ou obstructives. Les modalités de traitement sont à étudier au cas par cas. En raison des localisations multifocales fréquentes le pronostic est souvent sombre.

Conclusion

Le mélanome malin dans sa forme métastatique peut atteindre tous les organes. En dehors des lésions dermatologiques, les formes thoraciques sont les plus fréquentes. Les atteintes endobronchiques sont toutefois rares, mais associées à un mauvais pronostic.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

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

Figures

Figure 1: Radiographie thoracique de face montrant un aspect de lâcher de ballons bilatéral

Figure 2: Fragment bronchique (IHCx100) : marquage focal cytoplasmique fortement positif aux anticorps anti HMB 45

Références

1. Melhouf MM, El Amrani N, Mathieu-Daude H, Dubois JB. Les mélanomes malins anorectaux. A propos de 5 cas: revue de la littérature. *Ann Gastroenterol Hepatol (Paris)*. 1995 Sep;31(4):209-12. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
2. Jabri L, Zamiati S, Iraqi A. Mélanome malin anorectal primitif. A propos d'un cas et revue de la littérature. *Ann Gastroenterol Hepatol*. 1998; 34(1): 40-3. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
3. Chen JT, Dahmash NS, Ravin CE, Heaston DK, Putman CE, Seigler HF, Reed JC. Metastatic melanoma in the thorax:

- Report of 130 patients. *AJR Am J Roentgenol.* 1981 Aug; 137(2):293-8. **PubMed** | **Google Scholar**
4. Takahashi T, Velasco L, Zarate X, Medina-Franco H, Cortes R, de la Garza L, Gamboa-Dominguez A. Anorectal melanoma: Report of three cases with extended follow-up. *South Med J.* 2004 Mar; 97(3):311-3. **PubMed** | **Google Scholar**
 5. Sucker C, Dolken G, Stockschlader M. Malignant melanoma of the anorectal mucosa. *Dtsch Med Wochenschr.* 2004 Jul 2; 129(27):1504-6. **PubMed** | **Google Scholar**
 6. Ondo K, Sgio K, Yamazaki K, Kase S, Yamaguchi M, Shoji F, Yano T. Pulmonary metastasis with an endobronchial growth pattern: Report of a case. *Ann Thorac Cardiovasc Surg.* 2000 Oct; 6(5):326-8. **PubMed** | **Google Scholar**

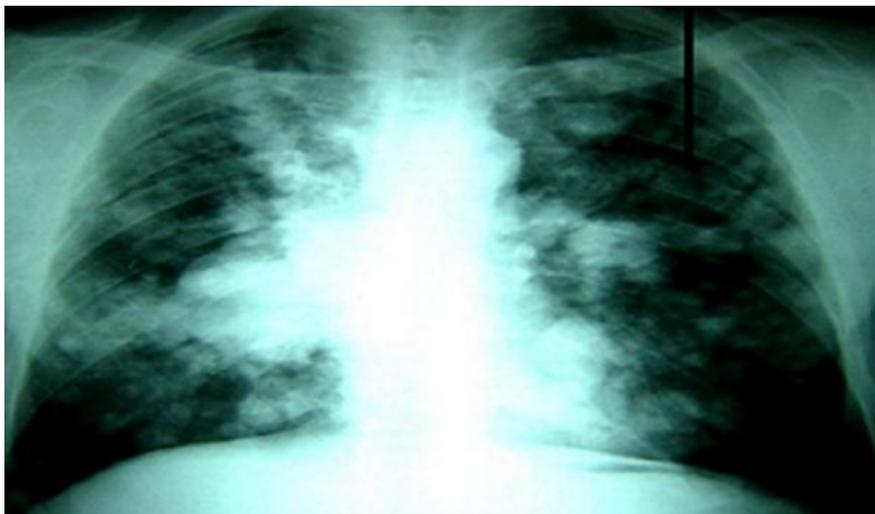


Figure 1: Radiographie thoracique de face montrant un aspect de lâcher de ballons bilatéral

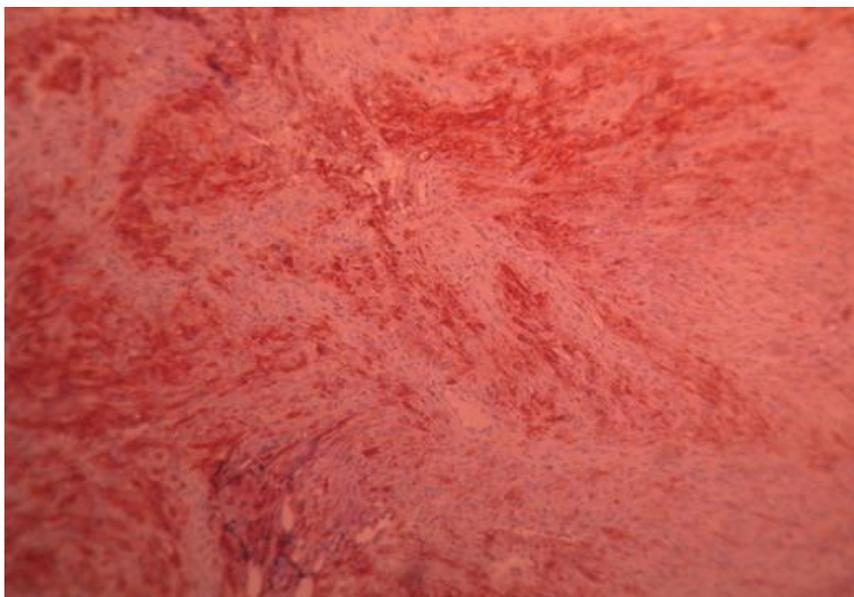


Figure 2: Fragment bronchique (IHCx100) : marquage focal cytoplasmique fortement positif aux anticorps anti HMB 45