

Mélanome métastatique du grêle révélé par une occlusion intestinale aiguë: à propos d'un cas observe à l'hôpital national Ignace Deen de Conakry (Guinée)

Metastatic melanoma of the small intestine revealed by acute intestinal obstruction: a case report from Ignace Deen of Conakry (Guinea)

Fofana H, Soumaoro LT, Barry MS, Oularé I, Keita K, Diallo AT, Diakité S, Touré A

Auteur correspondant: Houssein FOFANA, service de chirurgie générale, hôpital national Ignace, CHU de Conakry ; Téléphone : (+224) 627274042 ;

E-mail : housseinfofana@gmail.com

Reçu le 08 janvier 2025 - Accepté le 23 mars 2025 - Publié le 28 avril 2025

RESUME

Introduction : les mélanomes malins sont des tumeurs malignes développées à partir des mélanocytes. Elles peuvent envahir l'intestin et se compliquer. Nous rapportons ici l'observation clinique d'un mélanome métastatique du grêle révélé par une occlusion intestinale.

Observation : il s'agissait d'une patiente âgée de 38 ans référée pour une occlusion intestinale aiguë. Dans ses antécédents on retrouvait une notion de plaie infectée de la plante du pied droit opérée il y a sept ans et d'un mélanome des ganglions de l'aîne droite découvert depuis deux mois. A l'examen clinique on notait une douleur abdominale, accompagnée de vomissements et d'un arrêt des matières et gaz ; une altération de l'état général. L'abdomen était distendu, sans cicatrice opératoire avec une masse abdominale palpable, un silence auscultatoire. Les orifices herniaires étaient libres. La radiographie de l'abdomen sans préparation montrait des niveaux hydro aériques. La laparotomie objectivait deux tumeurs jéjunales d'aspect noirâtre. Nous avons réalisé une double résection intestinale idéale. L'histologie de la pièce opératoire confirma un mélanome malin. La patiente a été référée en oncologie pour sa prise en charge. Elle est décédée trois mois plus tard sans aucun traitement adjuvant.

Conclusion : la localisation intestinale du mélanome est rare. Le diagnostic est tardif, souvent au stade de complications rendant la prise en charge difficile et le pronostic péjoratif

Mots clés : mélanome métastatique, grêle, occlusion intestinale aiguë, Conakry

SUMMARY

Introduction: malignant melanomas are malignant tumors that develop from melanocytes. They can invade the intestine and become complicated. We report here the clinical observation of a metastatic melanoma of the small intestine revealed by an intestinal occlusion.

Observation: A 38-year-old female patient was referred for acute intestinal obstruction. Her history included an infected wound on the sole of her right foot, operated on seven years previously, and a melanoma of the right groin lymph nodes, discovered two months previously. Clinical examination revealed abdominal pain, accompanied by vomiting and cessation of bowel movements and gas, and an altered general condition. The abdomen was distended, without operative scarring, with a palpable abdominal mass and auscultatory silence. The hernial orifices were free. An unprepared radiograph of the abdomen showed hydroperic levels. Laparotomy revealed two blackish jejunal tumours. We performed an ideal double intestinal resection. Histology of the surgical specimen confirmed malignant melanoma. The patient was referred to oncology for management. She died three months later without any adjuvant treatment.

Conclusion: intestinal localization of melanoma is rare. Diagnosis is late, often at the stage of complications, making management difficult and the prognosis poor.

Key words: metastatic melanoma, small bowel, acute intestinal obstruction, Conakry

INTRODUCTION

Le mélanome malin est une tumeur maligne développée à partir des mélanocytes. Les mélanomes constituent 1 à 3% de l'ensemble des cancers et les mélanomes gastro-intestinaux sont le plus souvent des lésions métastatiques graves. On estime à 15513 le nombre de nouveaux cas de mélanome en France métropolitaine et 1975 décès en 2018 [1]. Le traitement chirurgical des métastases digestives de mélanome est peu connu et le pronostic est redoutable du fait du retard diagnostique [2]. Nous rapportons ici l'observation clinique d'un mélanome intestinal révélé par une occlusion intestinale aiguë à l'hôpital national Ignace Deen de Conakry (Guinée). Le but de ce travail était de montrer l'impact négatif du retard diagnostique et thérapeutique d'un mélanome cutané négligé qui a évolué vers une occlusion intestinale avec métastases et de présenter le résultat du traitement chirurgical.

OBSERVATION

Madame BT âgée de 38 ans, couturière de profession, domiciliée dans une cité minière a été admise dans notre service pour une occlusion intestinale aiguë. L'interrogatoire a révélé une douleur abdominale diffuse, des vomissements et un arrêt du transit des matières et des gaz depuis 3 jours. Dans ses antécédents, on notait une plaie de la plante du pied opérée il y a 7 ans et une biopsie ganglionnaire pour adénopathie à la racine de la cuisse il y a 2 mois qui avait révélé un mélanome. A l'examen clinique, l'état général était altéré, fait d'asthénie physique, d'anorexie, d'anémie et d'un amaigrissement. L'abdomen était distendu immobile, on percevait une masse abdominale à l'hypocondre gauche et une autre à l'épigastre de consistance dure, irrégulière. Ailleurs, on notait une masse à la cuisse droite. Les examens pleuro pulmonaire, cardio-vasculaire et génito-urinaire étaient sans particularités. La radiographie de l'abdomen sans préparation objectivait des niveaux hydro aériques centraux plus larges que hauts. La TDM non disponible en urgence n'a pas été réalisée. Le taux d'hémoglobine était à 10g/dl et la glycémie était normale. Les sérologies hépatite B, C et VIH étaient négatives. Au terme de cet examen, le diagnostic d'occlusion intestinale a été posé et la laparotomie d'urgence a permis de mettre en évidence des tumeurs de couleur noire situées à 8,5 cm et 45 cm de l'angle de Treitz et sur l'iléon (figure 1).



Figure 1: vue opératoire montrant des tumeurs d'aspect noirâtre (étoile)

Il existait une adénopathie mésentérique et 2 autres gros ganglions inguinaux profonds. Nous avons procédé à une double résection iléale et jéjunale emportant les tumeurs suivie de l'exérèse ganglionnaire. Ces tumeurs contenaient une substance noirâtre pâteuse et épaisse (figure 2) et l'examen anatomopathologique des pièces opératoires a conclu à un mélanome intestinal métastatique. L'évolution post opératoire précoce a été favorable avec une reprise du transit au 3^e jour. Elle était sortie de l'hôpital au 12^{ème} jour postopératoire et référée au service d'oncologie. La patiente est décédée 3 mois plus tard sans aucun traitement adjuvant.

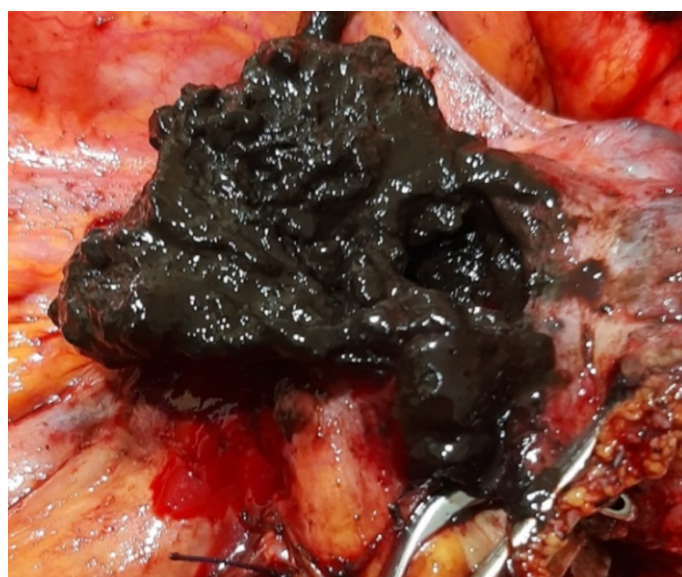


Figure 2: aspect macroscopique noirâtre de métastase mélanique sur la pièce opératoire

DISCUSSION

Les mélanomes du tube digestif constituent une métastase d'une localisation primitive. La localisation intestinale est souvent métastatique et multiples. Elle est trompeuse dans sa forme occlusive. Le mélanome peut atteindre tous les organes. Dans notre cas la lésion était intra abdominale intéressant le jéjunum et l'iléon. Le mélanome métastatique du grêle est le plus fréquent en raison de la tendance du mélanome cutané à se métastaser au niveau des organes digestifs [2-4].

Des auteurs ont rapporté des cas de mélanomes intestinaux associés à l'invagination [5,6].

Sur le plan du diagnostic les métastases mélaniques gastro-intestinales peuvent être synchrones, découvertes au moment du diagnostic primaire, ou métachrone, des décennies plus tard comme le premier signe de récurrence. Dans notre cas, le diagnostic de l'occlusion était évident basé sur la douleur abdominale, les vomissements et l'arrêt des matières et gaz. L'étiologie tumorale est souvent une découverte opératoire et seul l'examen anatomopathologique permet la confirmation diagnostique de mélanome malin [7].

Le diagnostic de métastase intestinale devrait être considéré chez les personnes en occlusion avec des antécédents de mélanome cutané [8].

Sur le plan thérapeutique, le traitement du mélanome repose sur l'exérèse chirurgicale de la tumeur couplée à une chimiothérapie adjuvante ou à l'immunothérapie [9]. Toutefois, dans les séries publiées, aucune thérapie systémique n'améliore la survie des patients atteints de mélanome métastatique dans l'intestin et la survie médiane ne dépassant pas les 48 mois [11,12].

Le mélanome métastatique de l'intestin grêle est agressif et son pronostic est moins bon que celui des localisations cutanées ou extra-intestinales.

CONCLUSION

Les métastases intestinales du mélanome sont souvent diagnostiquées au stade de complications à type d'occlusion intestinale ou de perforation. La chirurgie couplée à la chimiothérapie ou immunothérapie adjuvante pourrait améliorer le pronostic des malades.

RÉFÉRENCES

1. **Olatoke SA, Agodirin SO, Adenuga AT, Lawal BO, Ibrahim KO, Folaranmi OO.** Primary jejunal melanoma as a cause of adult intussusception : a case report and review of littérature. *Pan Afr Med J* 2019; 33:214.
2. **Dequanter D, Sales F, Legendre H, Lothaire P, Pector JC.** Traitement chirurgical des métastases digestives de mélanome. *Annales de Chirurgie* 2004;129 (5):278-281.
3. **Lens M, Bataille V, Krivokapic Z.** Melanoma of the small intestine. *Review* 2009; 10 (5): 516-521.
4. **Bahat G, Saka B, Colak Y, Tascioglu C, Gulluoglu M.** Metastatic gastric melanoma: a challenging diagnosis. *Tumor* 2010; 96 (3): 496-497.
5. **Kouladouros K, Gartner D, Munch S, Paul M, Schon MR.** L'intussusception récurrente comme première manifestation d'un mélanome intestinal primaire : rapport de cas et revue de la littérature. *World J Gastroenterol.* 2015;21(10):3114-20.
6. **Li WX, Wei Y, Jiang Y, Liu YL, Ren L, Zhong YS.** Primary colonic melanoma presenting as ileocecal intussusception : case report and literature review. *World J Gastroentérol.* 2014;20(28):9626-9630.
7. **Kohoutova D, Worku D, Aziz H, Teare J, Weir J, Larkin J.** Malignant melanoma of the gastrointestinal tract : symptoms, diagnosis and current treatment options. *Cells* 2021 ; 10 : 327.
8. **Elalami Y, Tijami F, Bakali Y.** Invagination intestinale aiguë sur métastase d'un mélanome cutané. *Journal Africain d'Hépatogastroentérologie* 2012;6: 144-147.
9. **Jungels S, Stefanidis C ; Hackx M, Oana M, Colonval P.** Occlusion intestinale inhabituelle. *Rev Med Brux* 2015;36: 42-44.
10. **Sophocles L, Sourtse G, Sgourakis G, Karkoulas K, Samaras V, Karaliotas C.** Abdomen aigu causé par une perforation de l'intestin grêle due à un mélanome malin métastatique. *Hellenic Journal of Surgery* 2014;86:181-185.
11. **Jian YE, Salehah T, Huzairi Y, Nor HY, Wong MPK.** Mélanome gastro-intestinal multiple provoquant une invagination de l'intestin grêle. *Ann Coloproctol.* 2023; 39(1):85-88.