

Métastases cutanées
des cancers profonds

Cutaneous metastasis from
internal carcinomas

النقيلة الجلدية للأورام الداخلية

N. Akallal, H. Berramdane, I. Benseddik, K. Senouci, B. Hassam.

ملخص : إن النقيلة الجلدية لأورام الداخلية نادرة، هذه النقيلة تظهر غالبا مع تطور الورم ولكن قد تكون في بعض الأحيان العلامة التي تؤدي إلى اكتشاف المرض. نعرض ثمان حالات للنقيلة الجلدية للأورام الداخلية التي تم تتبعها في المصحة الجلدية بمستشفى ابن سينا بالرباط ما بين سنة 1992 و 2002. مناقشة : إن النقيلة الجلدية للأورام الداخلية تكون نسبيا نادرة. ويمكن أن تشكل العلامة الأولى للمرض وتؤدي بذلك إلى تشخيص الورم الداخلي. وقد تحقق ذلك في دراستنا هذه بنسبة 75% من الحالات. النقيلة الجلدية تكون في غالب الأحيان متعددة المظاهر، لكن الشكل العقيدي هو المهيمن في دراستنا هذه. وتخمين النقيلات الجلدية يكون خطيرا بسبب الانتشار الكثيف للورم. خاتمة : في حالة عقيدة جلدية غير مفسرة أو تقرحات جلدية مزمنة أو صفيحة جلدية جاسئية أو رشيحية، يجب دائما التفكير في النقيلة الجلدية، والقيام بفحوص للكشف عن الورم الداخلي.

الكلمات الأساسية : النقيلة الجلدية.

Résumé : **Introduction :** Les métastases cutanées des cancers profonds sont relativement rares. Parfois révélatrices du cancer, elles surviennent le plus souvent au cours de son évolution. Nous rapportons huit cas de métastases cutanées de cancers profonds, colligés au service de dermatologie du CHU Ibn-Sina entre 1992 et 2002.

Discussion : Les métastases cutanées des cancers profonds sont relativement rares. Elles peuvent être révélatrices et permettent le diagnostic de la tumeur primitive. Dans notre série, l'aspect révélateur était observé dans 75% des cas en raison du recrutement dermatologique de ces malades. L'aspect clinique des métastases cutanées est polymorphe, et comme dans la littérature, l'aspect nodulaire était prédominant dans notre série. Le pronostic des métastases cutanées est péjoratif en raison de la dissémination néoplasique profuse.

Conclusion : Le diagnostic de métastase cutanée doit toujours être suspecté devant un nodule cutané inexpliqué, des ulcérations traînantes ou des plaques infiltrées et indurées. Ces lésions doivent conduire à un bilan pour identifier la tumeur primitive.

Mots-clés : Métastase cutanée - nodules cutanés.

Abstract : **Introduction :** Cutaneous metastases from internal tumours are relatively rare. They may represent the first evidence of malignancy or appear during a known neoplastic disease. We report 8 cases of cutaneous metastases from internal tumours colliged at the service of dermatology of UHC Ibn-Sina between 1992 and 2002.

Discussion : Cutaneous metastasis of internal tumours are relatively rare, they could enable the diagnosis. In our cases, the cutaneous metastasis revealed the internal tumours in 75% of the cases because the patients were hospitalized for cutaneous injury. The clinical aspect of cutaneous metastasis is very polymorphous and, as in the literature, the nodule was predominant in our cases. The prognosis of the cutaneous metastasis is bad because of their dissemination.

Conclusion : Metastasis diagnostic must always be realized ahead of unexplained cutaneous nodules, chronic ulcerations and infiltrated plaques. These lesions must give a checkup to identify primitive tumour.

Key-words : Cutaneous metastasis

Introduction

Les métastases cutanées des cancers profonds sont rares. Parfois révélatrices du cancer, elles surviennent le plus souvent au cours de son évolution. Elles sont le témoin d'un stade avancé de la maladie [1]. Tous les cancers peuvent être à l'origine de métastases cutanées. Leur reconnaissance est importante surtout quand elles sont révélatrices d'une néoplasie profonde qui doit conduire à un bilan clinique et paraclinique pour identifier la tumeur primitive et apprécier son extension. Le but de ce travail est de déterminer le profil épidémiologique, clinique et évolutif des métastases cutanées à travers une série hospitalière.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective de huit cas de métastases cutanées des cancers profonds confirmées histologiquement et colligées dans le service de dermatologie de l'hôpital Ibn-Sina de Rabat sur une période de 10 ans (1992 à 2002). Les métastases des cancers cutanés étaient exclues.

Le tableau I résume les huit observations de métastases cutanées.

Tableau I : Répartition des 8 observations de métastases cutanées

Numéro	Âge (ans)	Sexe	Evolution (mois)	Localisation	Aspect	Primitive
1	57	M	9	Thorax- cuisse- aisselle	Nodules multiples	ADK endocrinoïde
2	42	M	5	Flanc- abdomen	Nodules multiples	ADK de la prostate
3	11	M	8	Visage-abdomen- cuisses- jambes- bras	Nodules + ulcérations	Carcinome du cavum
4	80	M	2	Thorax-abdomen- aisselle- dos - pelvis	Nodules multiples	Carcinome pulmonaire
5	70	M	4	Thorax- abdomen- avant-bras	Nodules multiples	ADK
6	47	M	4	Thorax- abdomen-dos	Nodules multiples	ADK de l'anus
7	70	M	2	Thorax-abdomen-dos avant-bras.	Nodules multiples	Carcinome épidermoïde bronchique
8	60	F	8	inguinal	Nodules inflammatoires	Carcinome épidermoïde de la vulve

Résultats

L'âge moyen de nos patients était de 54 ans avec des extrêmes de 11 ans à 80 ans. Nous avons recensé 7 hommes et une femme. Chez 6 de nos patients les métastases cutanées étaient révélatrices de cancers profonds : il s'agissait d'un carcinome du cavum, un carcinome broncho-pulmonaire, un carcinome de la vulve, un adénocarcinome endocrinoïde et un adénocarcinome dont la tumeur primitive n'a pas été individualisée. Quant aux deux autres patients, ils étaient des porteurs connus de néoplasie au moment de l'hospitalisation : il s'agissait d'un adénocarcinome (ADK) de la prostate et d'un ADK de l'anus. Les aspects cliniques étaient largement dominés par les nodules métastatiques. La durée d'évolution moyenne des lésions avant l'hospitalisation était de 5 mois. Les principales localisations étaient le thorax et l'abdomen. Tous nos patients ont été confiés à l'institut national d'oncologie pour prise en charge. Trois de nos patients sont décédés, quatre ont été perdus de vue et une patiente est actuellement sous radiothérapie palliative.

Discussion

Les métastases cutanées représentent environ 2 % des tumeurs malignes de la peau. Leur fréquence au cours des cancers profonds est difficile à préciser. Elle varie de 0,7 à 9 % des cas de cancers selon les séries [1]. Elles surviennent le plus souvent chez l'adulte et le sujet âgé, ceci se vérifie dans notre série où la moyenne d'âge est de 54 ans. Selon Kanitakis [2], les métastases cutanées semblent affecter de façon égale les deux sexes. Bien que le faible nombre de nos patients ne permette de conclusions épidémiologiques précises, on retrouve dans notre série sept hommes et une femme. Ceci pourrait s'expliquer par la prise en charge centralisée des cancers du sein et des cancers génitaux dans les services de gynécologie et de cancerologie. La majorité des métastases apparaît dans un délai inférieur ou égal à cinq ans après la découverte de la tumeur primitive [2]. Les métastases cutanées peuvent apparaître comme le premier signe d'un cancer profond et mériter alors une attention particulière, elles peuvent également constituer le signe d'une récurrence tumorale. Notre série comporte principalement des métastases cutanées révélatrices de néoplasies profondes (75%). Ceci s'explique par notre mode de recrutement essentiellement dermatologique. L'aspect clinique des métastases cutanées est loin d'être univoque. Ce polymorphisme fait errer le diagnostic que seul l'examen histologique peut confirmer. La lésion nodulaire est la plus fréquente : elle se présente sous forme d'un ou de plusieurs nodules sous cutanés, indolores, fermes ou durs,

recouverts d'une peau normale [3]. Le nombre et la taille des éléments sont très variables et la peau de surface est habituellement non modifiée, mais des formes ulcérées, nécrotiques et hémorragiques peuvent se voir [1]. Notre série comporte surtout des formes à nodules multiples, de taille variable et parfois ulcérés. Les métastases cutanées peuvent prendre un aspect érysipéloïde [4], elles se présentent aussi dans 18 % des cas sous forme de plaques scléreuses infiltrées, cartonnées, simulant des lésions de morphee et réalisant au maximum le « cancer en cuirasse ». Bien que les métastases cutanées soient de topographie ubiquitaire, il existe des localisations préférentielles, telles que l'extrémité céphalique, le cou et la face antérieure du thorax et de l'abdomen [5]. Les principales localisations dans notre série étaient le thorax et l'abdomen. Sur le plan histologique, les rapports entre métastases et cancer primitif sont souvent difficiles à établir, la localisation cutanée renseignant rarement sur l'origine de la tumeur primaire. Il existe en effet peu de structures spécifiques et bien souvent on doit se contenter de l'étiquette adénocarcinome, carcinome épidermoïde ou carcinome anaplasique. En fait, si l'examen histologique ne donne pas toujours le diagnostic de la lésion originelle, il précise souvent qu'il s'agit de métastase d'une tumeur qu'il faut donc essayer d'identifier. Le pronostic des métastases cutanées est mauvais, puisque près de la moitié des malades décède dans les 6 mois suivant le diagnostic. La survie dépend avant tout du cancer primitif, un des plus

défavorable étant le cancer du poumon [6]. Sur le plan thérapeutique le problème est double :

- L'existence de métastases cutanées influe sur le choix du traitement de la tumeur primitive si celui-ci n'est pas déjà réalisé. Elle compromet donc beaucoup les espoirs curatifs d'un geste chirurgical et indique soit en association, soit isolément, la chimiothérapie générale. Elle peut également amener à préférer une radiothérapie à visées palliatives à une intervention mutilante.

- Le traitement de la métastase elle-même n'est pas toujours possible. Une localisation unique, de petite taille peut-être enlevée chirurgicalement, une atteinte loco-régionale peut bénéficier d'une irradiation dans les territoires concernés ; la chimiothérapie est la seule alternative thérapeutique à pouvoir donner une amélioration aux formes diffuses.

Conclusion

Malgré leur rareté, les métastases cutanées doivent être suspectées devant un nodule cutané inexpliqué, des ulcérations traînantes ou des plaques érythémateuses infiltrées et indurées. Ces lésions doivent conduire à une biopsie cutanée confirmant leur nature métastatique et à un bilan clinique et paraclinique minutieux à la recherche de la néoplasie primitive. Dans tous les cas, le pronostic reste péjoratif.

Références

1. Schwartz RA. Cutaneous metastatic disease. J Am Acad Dermatol 1995;33:161-2.
2. Kanitakis J. Les métastases cutanées des cancers profonds. Presse Med. 1993 ;22 :631-636.
- 3- Delaunay MM, Plante MC, Texier L. Métastases cutanées des carcinomes. Rev Prat (Paris) 1982 ;32 :2127-31.
4. Mc Whorter JE., Cloud AW. Malignant tumors and their metastases : a summary of the necropsies on eight hundred sixty-five cases performed at the Bellevue Hospital of New York. Ann.Surg.1930;92:434-43.
5. Brownstein M., Helwing F. Patterns of cutaneous metastasis. Arch.Dermatol.1972 ;105 :862-8.
6. Schoenlaub P., Sarraux A., Grosshans E., Heid E, Cribier B. Survie après métastases cutanées : étude de 200 cas. Ann Dermatol Vénereol 2001 ;128 :1310-5.