



## Métastase gastrique d'un mélanome choroïdien

## Gastric metastasis of choroidal melanoma

### نقيلة معدية لورم خبيث في المشيمة

M. El Alaoui, G. Drissi, M. Aalala, A. Benchekroune

#### الملخص :

**مقدمة :** نقائل سرطان الجلد في المعدة من المشيمة نادرة. الأعراض السريرية غالبا ما تكون غير محددة ومسؤولة عن التشخيص المتأخر. الجراحة الجذرية -فقط عندما يكون ذلك ممكنا- تتيح فرصة للبقاء على قيد الحياة.

**ملاحظة :** مريضة تبلغ 60 عاما، عولجت من سرطان الجلد المشيمي في عام 2007، وادخلت إلى غرفة الطوارئ بسبب قيء الدم. كما ذكرت المريضة ألم شرسوفي لمدة ثلاثة أشهر، وفقدان 10 كجم من الوزن. كشف تنظير الجهاز الهضمي العلوي تقرحات قاعدية متعددة دون جروح تنزف. وكشف تشريح الأنسجة ميلانوما. ولم يظهر التصوير المقطعي أي مواقع أخرى ثانوية. وكان العلاج المستهدف هو الاستئصال الكلي للمعدة. لكن المريضة توفيت نتيجة إصابتها بنزيف مهلك قبل العلاج.

**خاتمة :** ينبغي القيام بتنظير الجهاز الهضمي العلوي لدى المرضى الذين يعانون من أعراض في الجهاز الهضمي والسوابق الميلانوما. التشخيص المبكر يتيح تحقيق عملية جراحية جذرية ويعطي فرصة للبقاء على قيد الحياة بالنسبة للمريض.

**الكلمات الأساسية :** نقائل المعدة، والميلانوم، المشيمية.

#### Résumé :

**Introduction :** Les métastases gastriques d'un mélanome choroïdien sont exceptionnelles. La symptomatologie clinique est souvent non spécifique responsable d'un retard diagnostique. Seule une chirurgie radicale lorsqu'elle est possible permet une chance de survie.

**Observation :** Patiente âgée de 60 ans, traitée pour mélanome choroïdien en 2007, admise aux urgences pour une hématemèse de faible abondance. La patiente a rapporté également des épigastralgies depuis trois mois et une perte pondérale de 10 kg. La fibroscopie oesogastroduodénale a objectivé de multiples ulcérations fundiques avec un saignement minime. L'histologie a révélé une métastase d'un mélanome. La TDM n'a pas montré d'autres localisations secondaires. Une gastrectomie totale était envisagée. La patiente est cependant décédée à la suite d'une hémorragie foudroyante avant qu'aucun geste d'hémostase n'ait été tenté.

**Discussion :** La symptomatologie clinique de ces métastases est atypique, et les complications sont rarement révélatrices. A la fibroscopie oesogastroduodénale, la présence d'un ou plusieurs nodules parfois surmontée d'une ulcération permet d'évoquer le diagnostic. L'himmunohistochimie confirme le diagnostic et principalement devant des lésions achromiques. Le bilan d'extension doit rechercher d'autres localisations secondaires : pulmonaires, hépatiques, péritonéale. Le traitement est chirurgical et ne doit être envisagée que si la résection complète est possible ou en cas de complication. La survie des métastases gastriques des mélanomes est liée au caractère complet de la résection.

**Conclusion :** L'exploration endoscopique doit être envisagée devant toute symptomatologie digestive chez des patients ayant un antécédent de mélanome. Le diagnostic précoce permet la réalisation d'un geste chirurgical radical et donne une chance de survie au patient.

**Mots clés :** Métastases gastriques, mélanome, choroïde

#### Abstract :

**Introduction :** Gastric metastasis of melanoma are rare, and usually secondary to a cutaneous location. Gastric metastasis of choroidal melanoma are exceptional. Clinical symptoms are absent or atypical causing delay diagnosis. Only earlier diagnosis and complete surgical removal can improve survival of metastatic melanoma.

**Observation :** 60 years old patient, treated for choroidal melanoma in 2007, admitted to the emergency for hematemesis. The patient also reported epigastric pain for three months and a weight loss of 10 kg. Upper gastrointestinal endoscopy revealed multiple ulcers with bleeding. Histology revealed a metastasis of melanoma. CT showed no other secondary locations. A total gastrectomy was contemplated. However a fatal gastrointestinal bleeding leads to death of the patient.

**Discussion :** Clinical symptoms of these metastases are atypical, and complications are rarely revealing. In oesogastroduodénale endoscopy, the presence of one or more nodules sometimes topped by ulcer can suggest the diagnosis. The himmunohistochimie confirm the diagnosis and mainly to amelanotic lesions. Staging must search for other secondary sites: lung, liver, peritoneal. Treatment is surgical and should be considered if complete resection is possible or in case of complications. Survival of gastric metastases of melanoma related to the completeness of resection

**Conclusion :** The occurrence of digestive disorders in patients treated for melanoma must invite practitioners to propose a gastrointestinal endoscopy with multiple biopsies to make an early diagnosis of gastric metastasis because only a surgical resection will allow a chance for these patients.

**Key words :** gastric metastasis, Choroid, melanoma

Tiré à part : M. El Alaoui : Service des urgences, chirurgicales Hôpital Ibn Sina, CHU de Rabat - Salé, Maroc

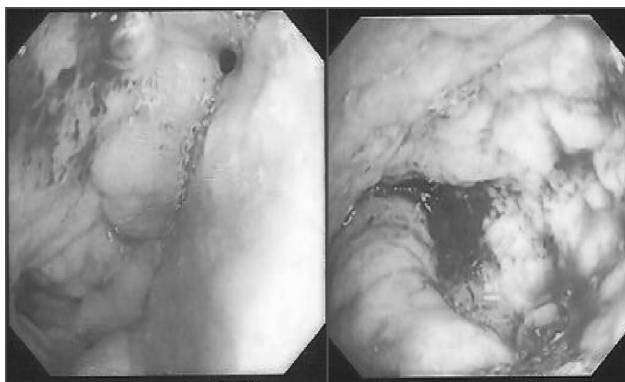
## Introduction

Les métastases gastriques d'un mélanome choroïdien sont exceptionnelles, et seulement trois cas ont été rapporté dans la littérature [1-3]. L'observation que nous rapportons est originale par son délai de survenue quatre ans après l'énucléation, son mode de révélation et son évolution.

## Observation

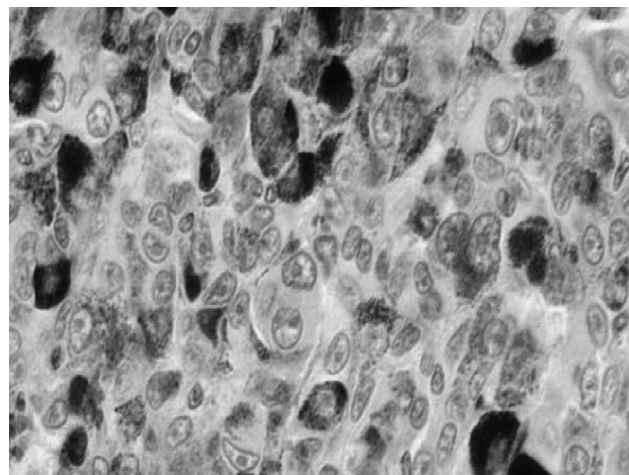
Patiente âgée de 60 ans opérée en janvier 2007 pour mélanome choroïdien se présentait en mai 2011 pour des douleurs épigastriques depuis trois mois avec hématemèse et méléna. La patiente a rapporté également un amaigrissement de 10 kg durant la même période. L'examen clinique a trouvé une patiente en mauvais état général, consciente, la pression artérielle était de 80/50 mmHg, le pouls à 102 bpm. Les examens biologiques ont objectivé une hémoglobine à 5.2g/dl. Après réanimation et transfusion, une fibroscopie oesogastroduodénale a montré de multiples ulcérations fundiques avec des signes d'hémorragie récente (figure 1). L'étude histologique des biopsies a conclu à une métastase d'un mélanome (figure 2). Le bilan d'extension comportant une TDM abdominale n'a pas montré d'autres localisations secondaires (figure 3). Une gastrectomie a été envisagée cependant, au cours de son hospitalisation la patiente est décédée suite à une hématemèse foudroyante avant qu'aucun geste d'hémostase n'ait été tenté.

**Figure 1**



*Fibroscopie a révélé des ulcérations multiples*

**Figure 2 : l'histologie**



*Cellules de grande taille, rondes à noyau arrondi contenant un à deux nucléoles, décrivant les formes épithélioïdes et pigmentées évoquant un mélanome*

**Figure 3 : Scanner abdominal**



*Montre un épaississement gastrique et des adénopathies cœliaques*

## Discussion

Les métastases gastriques d'un mélanome malin sont souvent secondaires à une localisation cutanée [4]. Le mélanome choroïdien génère dans la majorité des cas des métastases hépatiques. Ces métastases apparaissent le plus

souvent au cours de l'année qui suit la chirurgie mais des délais plus longs ont été rapportés [2,4-6].

La symptomatologie clinique est souvent non spécifique responsable du retard diagnostique et se résume à des nausées, des épigastralgies, une perte de poids [5]. La survenue de complications révélatrices à type de perforation ou d'hémorragie, est rare comme ce fut le cas pour notre patiente [1]. L'endoscopie, réalisée en présence des signes d'appel digestifs permet d'évoquer le diagnostic de métastase gastrique devant un nodule surmonté d'une ulcération ou des nodules multiples sous-muqueux réalisant l'aspect de gros plis [2,4,6,7]. Une véritable tumeur pigmentée évocatrice d'un mélanome n'est observée que dans 40 % des cas [4]. Dans notre observation, l'aspect endoscopique était celui d'ulcérations multiples non spécifiques. Lorsque les lésions sont achromiques, l'étude histologique des biopsies et l'immunohistochimie permettent de faire le diagnostic en présence de la positivité des cellules à la vimentine, la protéine S100, HMB 45 et melan A 5 [5]. Pour notre patiente la présence d'amas de mélanine dans le cytoplasme des cellules a permis de faire le diagnostic sans recours à l'immunohistochimie.

La chirurgie est indiquée essentiellement en cas de complication ou lorsque la lésion semble être isolée, mais le plus souvent elle ne permet pas d'obtenir une survie prolongée [4,8-11].

Dequanter and al. [8] ont rapporté une survie de 18 mois après une résection complète de métastase gastrique d'un mélanome. D'autres auteurs affirment également que la survie est liée au caractère complet de la résection. [8-11]. Berger and al [9] ont rapporté une survie de quatre mois sans chirurgie contre neuf mois après résection partielle et 24 mois après une résection curative ( $p \leq 0.001$ ).

## Conclusion

La survenue de manifestations digestives chez des patients traités pour mélanome doit faire pratiquer une endoscopie haute permettant un diagnostic précoce. La chirurgie radicale constitue la seule chance de survie pour ces patients. Toutefois ces métastases sont rarement isolées et sont souvent associées à d'autres localisations métastatiques

## Références

1. Sahel J, Choux R, Payan M-J. Métastases gastriques d'un mélanome choroïdien. Intérêt de l'endoscopie. *Gastroenterol Clin Biol* 1984;8:771-72.
2. Colombel JF, Cortot A, Delozière V, et al. Métastase gastrique d'un mélanome malin de la choroïde. *Gastroenterol Clin Biol* 1984;8:754-57.
3. Fermaud H, Cueur JC, Gorce D, et al. Mélanosarcome gastrique découvert 7 ans après une énucléation pour mélanosarcome choroïdien. *Med Chir Dig* 1979;8:467-69.
4. Bognel C, Lasser P, Zimmermann P. Les métastases gastriques à propos de dix-sept observations. *Ann Chir* 1992; 46: 436-41.
5. Ellouzea S, Khabira A, Ayadia L, et al. Tumeur inhabituelle de l'estomac. *Gastroenterol Clin Biol* 2008;32:289-91.
6. Mimica M, Tomic I. Endoscopic diagnosis of malignant melanoma metastatic to the stomach. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 1572-3.
7. Bettineschi F, Tacchetti G, Montaguti A, Volpato M, Longo L, Pasqual E, et al. Métastase gastrique d'un mélanome cutané. *J Chir (Paris)* 1997;134:35-8.
8. Dequanter D, Sales F, Legendre H, et al. Traitement Chirurgical des métastases digestives de mélanome. *Ann Chir* 2004;129:278-81.
9. Berger AC, Buell JF, Venzon D, et al. Management of symptomatic malignant melanoma of the gastrointestinal tract. *Ann Surg Oncol* 1999;6:155-60.
10. Wood TF, Difronzo LA, Rose M, et al. Does complete résection of melanoma metastatic to solid intra-abdominal organs improve survival ? *Ann Surg Oncol* 2001;8:658-62.
11. Gutman H, Hess KR, Kokotsakis JA, et al. Surgery for abdominal metastasis of cutaneous melanoma. *World J Surg* 2001;25:750-58.