

Melanome nodulaire plantaire : à propos d'un cas

Jean-Luc Kambire¹, Souleymane Ouedraogo¹, Fagnima Traore², Salam Ouedraogo¹, Tioulé Mamadou Traore³

Plantar nodular melanoma: a case report

While cutaneous melanoma is rare in Africa, it is most often of nodular or acral lentiginous histology, with plantar location. Its diagnosis is late and its prognosis poor. Improving the survival rate in case of melanoma requires promoting an early diagnosis.

We here report the case of a 30-year-old female patient suffering from an ulcerated-budding tumor of the heel that had evolved for 2 and a half years, reaching 4 cm at the time of diagnosis. Histological examination of the resection specimen revealed a Clark's level V nodular melanoma.

KEY WORDS

Nodular melanoma, diagnosis, treatment

Le mélanome cutané est rare en Afrique ; il est le plus souvent de type nodulaire ou acral lentigineux et de siège plantaire. Son diagnostic est tardif et son pronostic sombre. L'amélioration du taux de survie du mélanome passe par la promotion d'un diagnostic précoce.

Nous rapportons le cas d'une tumeur ulcéro-bourgeonnante du talon évoluant depuis plus de deux ans chez une patiente de 30 ans pour atteindre 4 cm au moment de son diagnostic. L'examen histologique de la pièce d'exérèse a conclu à un mélanome nodulaire ulcéré avec un indice de Breslow supérieur à 4 mm, soit un stade T4b.

INTRODUCTION

Le mélanome cutané est une tumeur maligne développée aux dépens des cellules mélanocytaires. Il représente 5% des cancers cutanés mais est à l'origine de 75% des décès attribuables à ces cancers. En France, le mélanome cutané constitue le 6^{ème} cancer chez la femme et le 8^{ème} chez l'homme. Son incidence en France est estimée à 7,6/100000 habitants chez l'homme et 9,5/100000 habitants chez la femme (1,2). En Afrique, le mélanome est rare, mais il est presque toujours palmaire ou surtout plantaire, de type acro-lentigineux, avec, faute de diagnostic à ce stade, formation ultérieure d'un nodule d'évolution rapide. La forme nodulaire d'emblée est nettement plus rare. Sauf diagnostic dès le stade acro-lentigineux *in situ*, le pronostic est sombre, posant ainsi le problème de l'efficacité de sa prise en charge.

OBSERVATION CLINIQUE

Il s'agissait d'une patiente de 30 ans, admise en consultation de chirurgie pour une tumeur ulcéro-bourgeonnante plantaire évoluant depuis 3 ans. À l'examen, on notait une altération de l'état général et une anémie clinique ; au niveau locorégional, on notait au talon droit, une tumeur ulcéro-bourgeonnante asymétrique, à bordure irrégulière, hyper pigmentée, de 5 cm de grand axe. Au niveau inguinal droit, on notait une adénopathie d'aspect ulcéro-bourgeonnant, d'environ 12 cm de grand axe.

L'examen de l'appareil digestif objectivait des adénopathies abdominales et au niveau pulmonaire, un épanchement liquidien pleural droit.

L'hypothèse de mélanome plantaire avec métastases ganglionnaires et pulmonaire a été posée. L'échographie abdominale a objectivé de multiples adénopathies mésentériques et latéro-aortiques de

même qu'une pleurésie droite de grande abondance. Le bilan biologique a révélé une anémie avec un taux d'hémoglobine à 7g/dl. Il a été réalisé une exérèse de propreté de la tumeur plantaire et de l'adénopathie inguinale.

Les suites opératoires immédiates ont été simples avec cicatrisation des plaies opératoires au bout d'un mois. L'examen histologique des pièces d'exérèse a conclu à un mélanome nodulaire ulcéré, avec un indice de Breslow supérieur à 4 mm, suggérant un stade T4b. Aucune chimiothérapie palliative, ni aucune immunothérapie n'ont été entreprises du fait de leur inaccessibilité géographique et le décès de la patiente est survenu au bout de 5 mois.

DISCUSSION

Le mélanome cutané est une tumeur maligne rare en Afrique. Son incidence est estimée à 0,4 pour 100.000 habitants (3). À l'opposé, cette incidence est en augmentation chez les sujets caucasiens de 3 à 7% par an; en France, elle est estimée à 7,6 pour 100.000 habitants chez l'homme et à 9,5 pour 100.000 habitants chez la femme (1,2). La prédominance féminine de l'affection n'est pas partagée par certaines séries africaines (4,5,6). Notre observation a porté sur un sujet de sexe féminin.

La survenue du mélanome dans la population caucasienne est en rapport avec les facteurs de risques que sont le phénotype clair, l'incapacité à bronzer et l'exposition au soleil. En Afrique, on incrimine l'immunodépression liée au virus de l'immunodéficience humaine, les ulcérations chroniques, l'inflammation, l'albinisme et l'exposition aux ultra-violets (1,2). Outre ces facteurs de risque, le mélanome survient sur un terrain de prédisposition génétique. En effet, une mutation sur les gènes CDKN2A et CDK4 situés respectivement sur les chromosomes 9 et 12 entraîne l'apparition de mélanome. Par ailleurs, le gène BRAF est impliqué dans plus de la moitié des mélanomes métastatiques (7).

Cliniquement, le mélanome se présente sous plusieurs formes : le mélanome d'extension superficielle, le plus fréquent dans 70% des cas, le mélanome de Dubreuilh et le mélanome acral lentigineux. Ces formes sont dites superficielles et s'opposent au mélanome nodulaire qui se manifeste dans 15% des cas. Notre patiente présentait un mélanome nodulaire plantaire avec métastase ganglionnaire comme nous le présentent les figures 1 et 2. L'aspect ulcéro-bourgeonnant de siège plantaire est rapporté par plusieurs séries africaines (4,5,8,9) et la confirmation diagnostique reste histologique. L'immunohistochimie à travers la recherche d'anticorps anti-Melan A, anti-protéine S100 et l'anticorps HMB45 peut compléter l'histologie (10). Cette recherche immuno-histochimique n'a pas été pratiquée dans notre observation. Du reste, elle n'est pas nécessaire dans les formes évidentes. Les types histologiques acral lentigineux et nodulaire sont les plus fréquemment observés chez le phénotype noir avec une prédominance du type nodulaire à localisation acrale (4,8,9). Le retard diagnostique est classique et les formes métastatiques fréquentes.

Figure 1 : Aspect clinique de la tumeur plantaire



Figure 2 : Aspect clinique de l'adénopathie droite ulcéro-bourgeonnante



Le traitement du mélanome demeure une préoccupation majeure et la chirurgie prend une part importante dans ce traitement. Elle vise à réaliser une exérèse carcinologique. Toutefois, ceci n'est pas toujours réalisable dans les stades avancés comme dans notre observation où la patiente présentait une métastase pulmonaire. Une exérèse de propreté a alors été réalisée comme le montre la figure 3. Des mesures complémentaires incluant la chimiothérapie, l'immunothérapie, les thérapies ciblées et dans une moindre mesure la radiothérapie s'imposaient. Ces thérapies complémentaires sont inaccessibles géographiquement dans certaines régions en Afrique au sud du Sahara comme dans notre observation. Si les suites opératoires immédiates ont été simples chez notre

Figure 3 : vue opératoire de l'exérèse de l'adénopathie



Figure 5 : aspect de la cicatrice plantaire



patiente comme nous le présentent les figures 4 et 5, elle est décédée au bout de 5 mois. En effet, le pronostic du mélanome métastatique est sombre. La moyenne de survie est de seulement 6 à 9 mois et la survie à 5 ans est de moins de 5% (1,2). Les facteurs pronostiques prennent en compte l'indice de Breslow, le type histologique, la présence d'une ulcération et le niveau de Clark. En regard du sombre pronostic du mélanome, la priorité doit être donnée à la prévention primaire et secondaire. Toute tache pigmentée plantaire évolutive devrait faire l'objet d'une biopsie et, en cas de diagnostic de mélanome acral lentigineux, d'une exérèse élargie.

Figure 4 : Aspect clinique de la cicatrice opératoire de l'exérèse de l'adénopathie



CONCLUSION

Le mélanome est une pathologie rare en Afrique. Il se manifeste sous plusieurs formes. La forme nodulaire à prédominance acrale est prépondérante. Son diagnostic repose sur l'histologie. Ce diagnostic est le plus souvent tardif, au stade métastatique, aggravant ainsi son pronostic. La promotion de la prévention primaire et secondaire est indispensable à la détection précoce du mélanome

RÉFÉRENCES

1. Erdei E, Torres S.M. A new understanding in the epidemiology of melanoma. *Exp Rev Anticancer Ther* 2010 ; 10 (11) :1811-1823.
2. Guillot B, Du Thanh A. Tumeurs malignes cutanées épithéliales et mélaniques. *Rev Prat* 2012 ; 62 : 247-254.
3. Swan MC, Hudson DA. Malignant melanoma in South Africans of mixed ancestry; a retrospective analysis. *Melanoma Research* 2003 ; 13 (4) : 415-419.
4. Korsaga-Somé N, Zongo N, Ouangré E *et al.* Aspects épidémiologique, clinique et anatomopathologique du mélanome au CHU-YO de Ouagadougou (BF). *Pan Afr Med J* 2015 ; 20 : 220.
5. Pitche P, Nabo Koura G, Tchangai Walla K *et al.* Epidemiology of the melanoma in Togo. *Int J Dermatol* 2005; 44 (1): 44-45.
6. Tarwate M, Benchichi H, Adamouch L *et al.* Thick cutaneous melanoma: mortality factors and occurrence of metastases. *Pan Afr Med J* 2014; 18 : 44.
7. Coory M, Baade P, Aitken J *et al.* Trends in situ and invasive melanoma in Queensland Australia between 1982-2002. *Cancer Causes Control* 2006 ; 17 (1) : 21-22.
8. Kobangue L, Koffi B, Guérendo P *et al.* Aspects épidémiocliniques et anatomopathologiques du mélanome malin à Bangui, Centrafrique : à propos de 22 cas. *Rev Med Madagascar* 2013 ; 3 : 324-338.
9. Kouame K, Gbery I, Kassi K *et al.* Le mélanome plantaire : aspect thérapeutique à Abidjan. *J Ann der* 2011 ; 10 : 386.
10. Amal B, Hinde el F, Sanae E *et al.* Le mélanome primitif de la muqueuse génitale féminine. A propos de 3 observations et revue de la littérature. *Pan Afr Med J* 2013 ; 16 :58.

Conflit d'intérêts ; Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

AFFILIATIONS

- ¹ Assistants de Chirurgie générale au centre hospitalier universitaire régional de Ouahigouya
- ² Assistant de Dermatologie au centre hospitalier universitaire régional de Ouahigouya
- ³ Assistant d'Urologie au centre hospitalier universitaire régional de Ouahigouya

CORRESPONDANCE

Dr. JEAN LUC KAMBIRE

Assistant de chirurgie générale
centre hospitalier universitaire régional de Ouahigouya

Tél : 70338914

Email : jeanluckambire@yahoo.fr

10.11.2017



AULA MAGNA



1975-1984

ALUMNI

Night Fever

UCL

Université
catholique
de Louvain

ALUMNI NIGHT FEVER

- Ven 10 novembre 2017 - 18h
- Aula Magna, Louvain-la-Neuve
- www.uclouvain.be/alumninight

Une soirée-spectacle réservée
aux diplômé·e·s de l'UCL
(promotions 1975 à 1984)
pour revivre **ces années-là !**

NEW

LIPERTANCE[®]

atorvastatine / perindopril arginine / amlodipine

NEW

BIPRESSIL[®]

bisoprolol fumarate / perindopril arginine

TRIPLIXAM[®]

perindopril arginine / indapamide / amlodipine

COVERAM[®]

perindopril arginine / amlodipine

COVERSYL PLUS[®]

perindopril arginine / indapamide

Preterax[®]

perindopril arginine / indapamide

COVERSYL[®]

perindopril arginine

