

Mélanome Malin Métastatique Spinal : A Propos D'un Cas Et Revus De La Littérature

[Spinal Metastatic Malignant Melanoma: Case Report And Reviews Of Literature]

Rakotoarivelo J^{1*}, Rajohnson L², Rakotovo K¹, Ratovondrainy W³, Rabarijaona M¹, Andriamamonjy C¹

¹Service Neurochirurgie, CHU JRA, Antananarivo, Madagascar

²Service Neurochirurgie, CHU Tambohobe, Fianarantsoa, Madagascar

³Service Neurochirurgie, CENHOSOA, Antananarivo, Madagascar

* Auteur correspondant : RAKOTOARIVELO Joe Andry ; Neurochirurgien ;

e-mail : rakotoarivelojoeandry@yahoo.fr ; Whatsapp : +261343651484



Résumé – Le mélanome malin métastatique de la colonne vertébrale sans lésion primaire connue est rare. On décrit ici le cas d'un jeune homme de 22 ans qui avait été admis pour une lombosciatalgie déficitaire intense, altération de l'état général et dysurie évoluant depuis 11 mois mais avec aggravation depuis 05 mois. Le scanner thoraco-lombo-pelvien avait objectivé des lésions ostéolytiques lombosacrées avec une compression du fourreau durale en L5-S1, et des micronodules pulmonaires. La laminectomie décompressive au niveau de L5 avec biopsie a été réalisée. L'examen anatomo-pathologique confirmait le mélanome malin. Aucune lésion suspecte de la peau et des muqueuses n'avait été retrouvée.

Mots clés – Mélanome malin, métastase rachidienne, lombo-radiculalgie.

Abstract – Metastatic malignant melanoma of the spine without unknown primary lesion is rare. We describe here the case of a 22-year-old man who was admitted with severe low back pain, altered general condition and dysuria which had been evolving for 11 months but had worsened over the last 05 months. A thoraco-lumbo-pelvic CT scan revealed lumbosacral osteolytic lesions with compression of the dural sheath at L5-S1, and pulmonary micronodules. A decompressive laminectomy at L5 with biopsy was performed. The pathological diagnosis confirmed malignant melanoma. There were no suspicious lesions on the skin or mucous membranes.

Keywords – Malignant Melanoma, Spinal Metastasis, Lumbo-Radiculalgia.

I. INTRODUCTION

Le mélanome malin est un cancer de la peau à potentiel métastatique élevé. Il peut se présenter sous forme métastatique sans lésion primitive connue dans 2,94% des cas et se localise essentiellement au niveau d'un ganglion lymphatique [1]. Les localisations métastatiques osseux sont rares. Nous rapportons ici le cas d'un mélanome malin au niveau lombo-sacré sans lésion primaire identifiée, vu et traité au service de Neurochirurgie au Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoangy Andrianavalona (CHU-JRA). L'objectif est de décrire l'étape de la prise en charge.

II. CAS CLINIQUE

Il s'agissait d'un jeune homme de 22 ans, de sexe masculin, adressé pour une lombosciatalgie intense et paralysante prédominant à gauche puis devenue progressivement bilatérale. Les symptômes avaient évolué sur 11 mois puis s'étaient aggravés sur les 5 derniers mois allant jusqu'à l'impossibilité de la station debout. Le patient présentait aussi une tuméfaction frontale gauche évoluant depuis 01 an. Une altération de l'état général a été notée avec une perte de 17 kg sur 11 mois. Il avait présenté un début de dysurie. Dans ces antécédents, on a retrouvé la notion de prise occasionnel d'alcool et une prise récente de décoction. L'examen neurologique retrouve une lombosciatalgie intense avec une évaluation analogique (EVA) de la douleur à 9/10 et une impossibilité de station debout, une diminution de la force musculaire du membre inférieur gauche à 4/5, et une hypoesthésie bilatérale des membres inférieurs. Pas de naevus suspect au niveau de la peau. Le scanner du rachis lombo-sacré a retrouvé une ostéolyse lombo-sacrée avec plusieurs corps vertébraux infiltrés (Figure 1a), une compression durale en L5-S1 (Figure 1b) et une compression médullaire de T11 (Figure 1c). De multiples lésions micronodulaires pulmonaires (Figure 2 : a et b) étaient retrouvées sur le scanner thoracique. Une laminectomie décompressive de L5 avec une biopsie a été réalisée. En per opératoire, la lésion était noirâtre, en partie liquidienne, infiltrant le muscle para vertébral et les épineuses mais la dure-mère était intacte (Figure 3 : a, b et c). L'examen histologique confirmait un mélanome malin fait d'une prolifération tumorale maligne avec des cellules rondes parfois fusiformes, aux atypies modérées, organisées en massif solide. Leur cytoplasme comportant des pigments mélaniques. La suite opératoire a été satisfaisante avec une diminution nette de la lombosciatalgie et une reprise progressive de la station debout. Le patient est en attente d'un rendez-vous avec un oncologue.

III. DISCUSSION

Le mélanome malin avec une lésion primaire inconnue est rare. Giuliano [2] avait rapporté que les lésions primaires peuvent être détectées dans 5,6% chez 980 patients avec un mélanome malin. Les métastases prédominent surtout au niveau du tissu sous cutané, les ganglions lymphatiques, la peau et les viscères [3]. Les métastases au niveau du rachis sont relativement rares et la prévalence d'une symptomatologie clinique sur une métastase spinale d'un mélanome malin au niveau du sacrum est encore plus rare avec seulement un cas rapporté dans la littérature anglaise [4].

Milton et al [5] proposent plusieurs étiologies possibles pour un mélanome malin dont les lésions primaires sont inconnues. Dans le cas présent, un antécédent d'une lésion primaire de mélanome non reconnue aurait pu régressée spontanément. Il est également possible que la lésion primaire soit dans un organe interne donc indétectable cliniquement.

Anbari et al [6] avaient démontré que le patient avec des lésions primaires inconnues avaient une survie significativement plus longue que les patients avec métastase lymphatique et une lésion cutanée primaire connue de mélanome. Le taux de survie à 5 ans pour un mélanome malin avec lésion primaire inconnue était de 28% avec une médiane de survie de 17 mois [3]. Concernant la survie globale, Spiegel dans sa série de 114 patients avec un mélanome métastatique du rachis avait rapporté une médiane de survie de 86 jours, et seulement de 54 jours pour les patients avec un déficit neurologique [1]. Pour notre cas, le patient est seulement à 20 jours du diagnostic.

Le traitement de la métastase spinale demeure controversé due à la pauvreté du pronostic. Spiegel avait indiqué la chirurgie pour les patients en bon état général avec des métastases spinales symptomatiques et une lésion viscérale chirurgicalement extirpable limitée à un seul organe [1]. D'un autre côté, le but de la prise en charge d'une métastase tumorale osseuse est de maintenir la fonction et de soulager la douleur [7] pour préserver l'autonomie du patient. Dans le présent cas, la chirurgie a permis une nette diminution de la douleur et ainsi permettre la station debout.

Le traitement inclut la radiothérapie et la chimiothérapie [4]. Mais notre patient n'en avait pas encore bénéficié.

Tandis que l'incidence du mélanome primaire augmente plus rapidement qu'aucun autre cancer [8], une prise en charge effective des patients avec un mélanome métastatique spinal demeure un important challenge pour les neurochirurgiens.

IV. CONCLUSION

Le mélanome malin métastatique spinal, sans lésion primitive retrouvée, est une pathologie rare, de pronostic sombre à court terme. La chirurgie a un intérêt diagnostic et fonctionnel, l'objectif est de préserver l'autonomie du patient. Des traitements complémentaires radio-chimiothérapies doivent être réaliser après confirmation diagnostique.

REFERENCES

- [1] Spiegel DA, Sampson JH, Richardson WJ, et al. Metastatic melanoma to the spine. Demographics, risk, factors, and prognosis in 114 patients. *Spine*. 1995;20:2141.
- [2] Giulano AE, Moseley HS, Morton DL. Clinical aspects of unknown primary melanoma. *Ann Surg*. 1980;191:98-104.
- [3] Velez A, Walsh D, Karakousis CP. Treatment of unknown primary melanoma. *Cancer*. 1991;68 :2579-2581.
- [4] Ku A, Henry A, Tunkel R, et al. Lumbosacral radiculopathy secondary to L5 metastatic melanoma of unknown primary. *Arch Phys Med Rehabil*. 1996;77:307-309.
- [5] Milton CW, Lane-Brown MM, Gilder M. Malignant melanoma with an occult primary lesion. *Br J Surg*. 1967;54:651-658.
- [6] Anbari KK, Schuchter LM, Bucky LP, et al. Melanoma of unknown primary site : presentation, treatment, and prognosis-a single study. *Cancer*. 1997;79:1816-1921.
- [7] Boland PJ, Lane JM, Sundaresan N. Metastatic disease of the spine. *Clin Orthop Relat Res*. 1982 ;169 :95-102.
- [8] Friedman RJ, Rigel DS, Silverman MK, et al. Malignant melanoma in the 1990's: the continued importance of early detection and the role of physician examination and self-examination of the skin. *CA Cancer J Clin*. 1991;41:201-226.

LISTE DES FIGURES

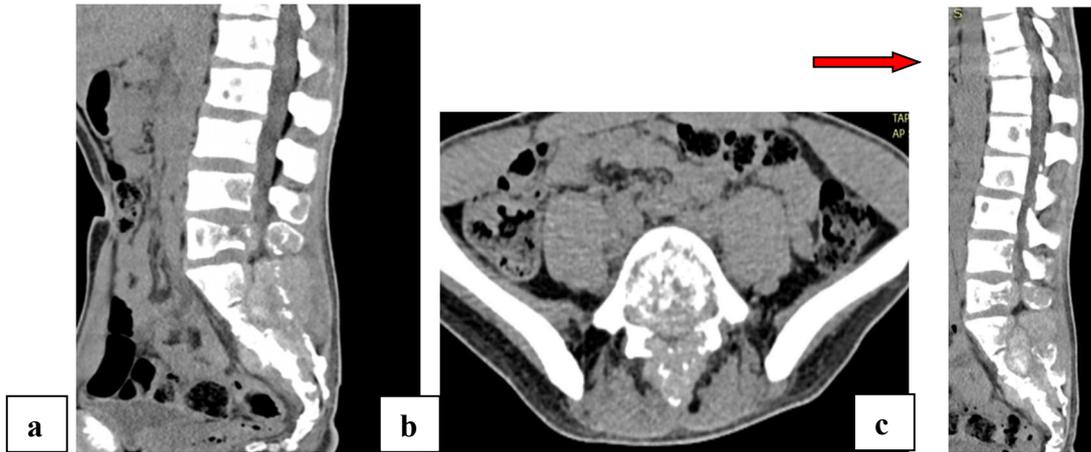


Figure 1 : Scanner rachidien coupe axiale (b) et coupe sagittale (a et c) : Lésion lytique multiple avec retrecissement canalair lombo-sacrée et une compression médullaire de T11

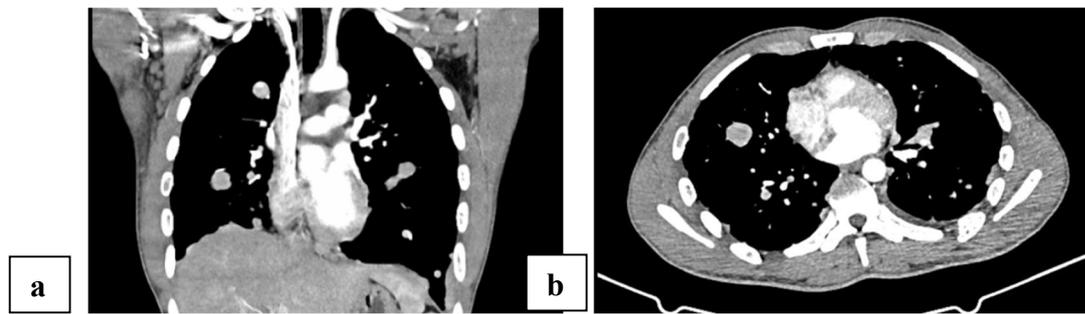


Figure 2 : Scanner thoracique coupe coronale (a) et axial (b): Lésions micronodulaires pulmonaires.



Figure 3 : Vue per-opératoire : Lésion noirâtre du rachis lombo-sacrée avec atteinte musculaire paravertebrale (a), dure mère intacte (b) et de la pièce biopsique au niveau de l'épineuse (c).