

## CAS CLINIQUE / CASE REPORT

# À PROPOS D'UN CAS DE MÉTASTASE GASTRIQUE D'UN MÉLANOME SIMULANT UNE TUMEUR STROMALE GASTRO-INTESTINALE (GIST)

<http://www.lebanesemedicaljournal.org/articles/66-3/case7.pdf>

Hamza ETTAHRI<sup>1,2\*</sup>, Salif BALDÉ<sup>1,2</sup>, Siham OUGUELLIT<sup>1,2</sup>, Sarra AKLA<sup>1,2</sup>, Mustapha ELKABOUS<sup>1,2</sup>  
Saber BOUTAYEB<sup>1,2</sup>, Hassan ERRIHANI<sup>1,2</sup>

Ettahri H, Baldé S, Oughellit S, Akla S, Elkabous M, Boutayeb S, Errihani H. À propos d'un cas de métastase gastrique d'un mélanome simulant une tumeur stromale gastro-intestinale (GIST): J Med Liban 2018; 66 (3): 183-185.

**RÉSUMÉ** • Les métastases gastro-intestinales des mélanomes sont une entité clinique peu fréquente et la présentation clinique est similaire aux tumeurs digestives. Le diagnostic est basé sur l'imagerie et le diagnostic de certitude est posé par l'examen anatomopathologique avec immunohistochimie.

La prise en charge thérapeutique de ces métastases dépend de leur nombre et de leur localisation. En présence de lésions non résecables, seul un traitement palliatif est à proposer.

Mots-clés : mélanome; tumeur stromale; immunohistochimie; chimiothérapie

Ettahri H, Baldé S, Oughellit S, Akla S, Elkabous M, Boutayeb S, Errihani H. Gastric metastasis of melanoma mimicking a gastrointestinal stromal tumor (GIST), a case report. J Med Liban 2018; 66 (3): 183-185.

**ABSTRACT** • Metastasis of melanoma involving gastrointestinal tract is uncommon; the clinical presentation is often similar to gastrointestinal tumors. The diagnosis is based on imaging, and histological examination with immunohistochemical staining.

The management of these metastases depends on their number and location. Concerning unresectable lesions, only palliative treatment can be considered.

Keywords : melanoma; stromal tumors; immunochemistry; chemotherapy

## PRÉSENTATION DU CAS

Nous rapportons l'observation d'un patient de 60 ans, opéré huit mois auparavant pour un mélanome cutané du cuir chevelu, qui présentait depuis un mois des douleurs abdominales diffuses, associées à un syndrome de masse abdominale, sans trouble de transit.

Une échographie abdominale objectivait la présence de plusieurs masses abdominales. Le complément par tomographie par densitométrie (TDM) abdominale avait montré la présence d'un processus tumoral de topographie épigastrique de densité tissulaire hétérogène, d'environ 10 cm de diamètre, présentant un contact intime avec la grande courbure de l'estomac sans lésion de séparation par endroits, et atteignant la queue et le corps du pancréas en arrière, et le foie gauche, avec un caractère modérément hypervascularisé au temps portal précoce, et une large plage de nécrose centrale, associée à une masse tumorale pelvienne latéralisée à droite de 6 cm, et à des adénopathies abdominales diffuses.

Cet aspect faisait évoquer la possibilité de lésions métastatiques, sans pouvoir écarter l'éventualité de diagnostic d'une tumeur gastro-intestinale stromale (GIST) (Figure 1).

La gastroscopie n'a pas été réalisée vu le développement exoluminal de la masse. Le diagnostic a été établi

grâce à une biopsie scanno-guidée. L'examen anatomopathologique était en faveur d'une métastase abdominale d'un mélanome. À l'immunohistochimie, les cellules tumorales exprimaient le Melan A, HMB45 et la PS100, confirmant ainsi le diagnostic d'une métastase gastrique d'un mélanome (Figure 2).

La mutation BRAF n'a pas été demandée chez notre patient.

Le dossier de notre malade a été discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire, et devant l'impossibilité de réaliser un traitement chirurgical, une chimiothérapie palliative type dacarbazine a été adoptée pour ce patient.

## DISCUSSION

Les mélanomes sont des tumeurs malignes qui se développent aux dépens des mélanocytes, présents habituellement dans la peau, les yeux et la muqueuse digestive, de la cavité buccale jusqu'à la muqueuse anale [1].

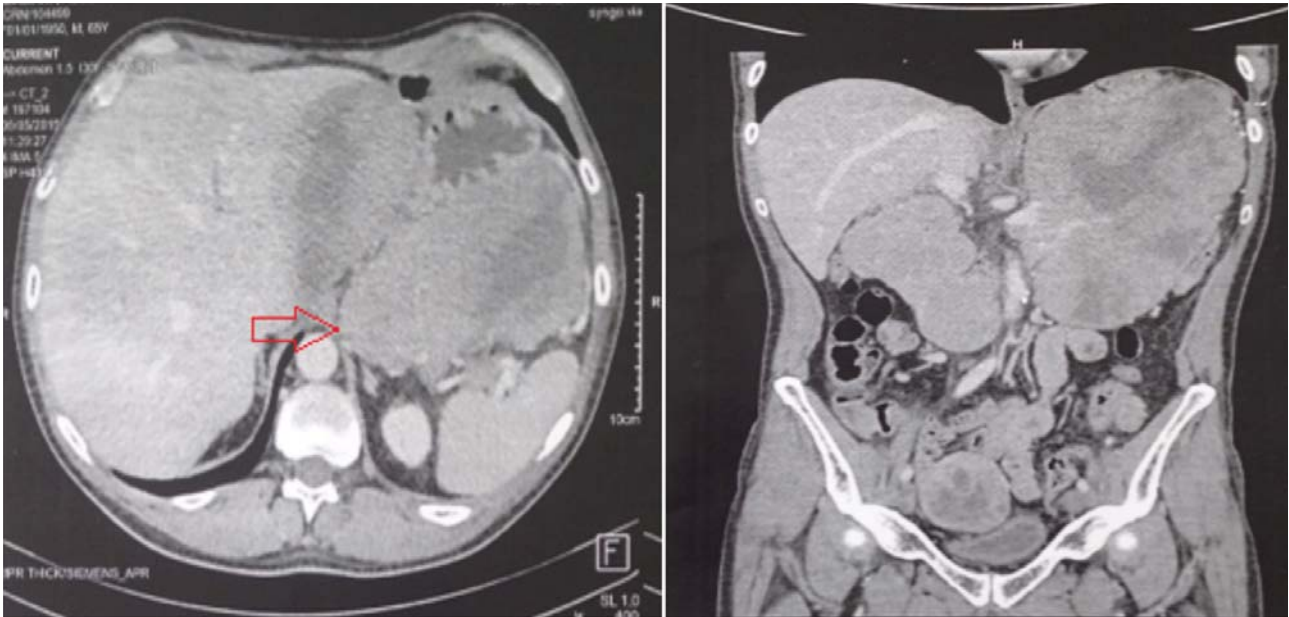
Les mélanomes à localisation digestive constituent une entité clinique rare, ils peuvent être primitifs ou secondaires. Les métastases digestives du mélanome sont extrêmement rares, l'intestin grêle est le site le plus touché suivi par l'estomac, l'œsophage, le côlon. Les métastases digestives de mélanomes simulant une tumeur stromale sont exceptionnelles [2].

L'incidence des métastases digestives de mélanomes cutanés est de l'ordre de 2 à 4%. Cependant sur des séries autopsiques, l'invasion du tractus digestif chez les patients porteurs de mélanomes est de l'ordre de 50 à 60% des cas [3-5].

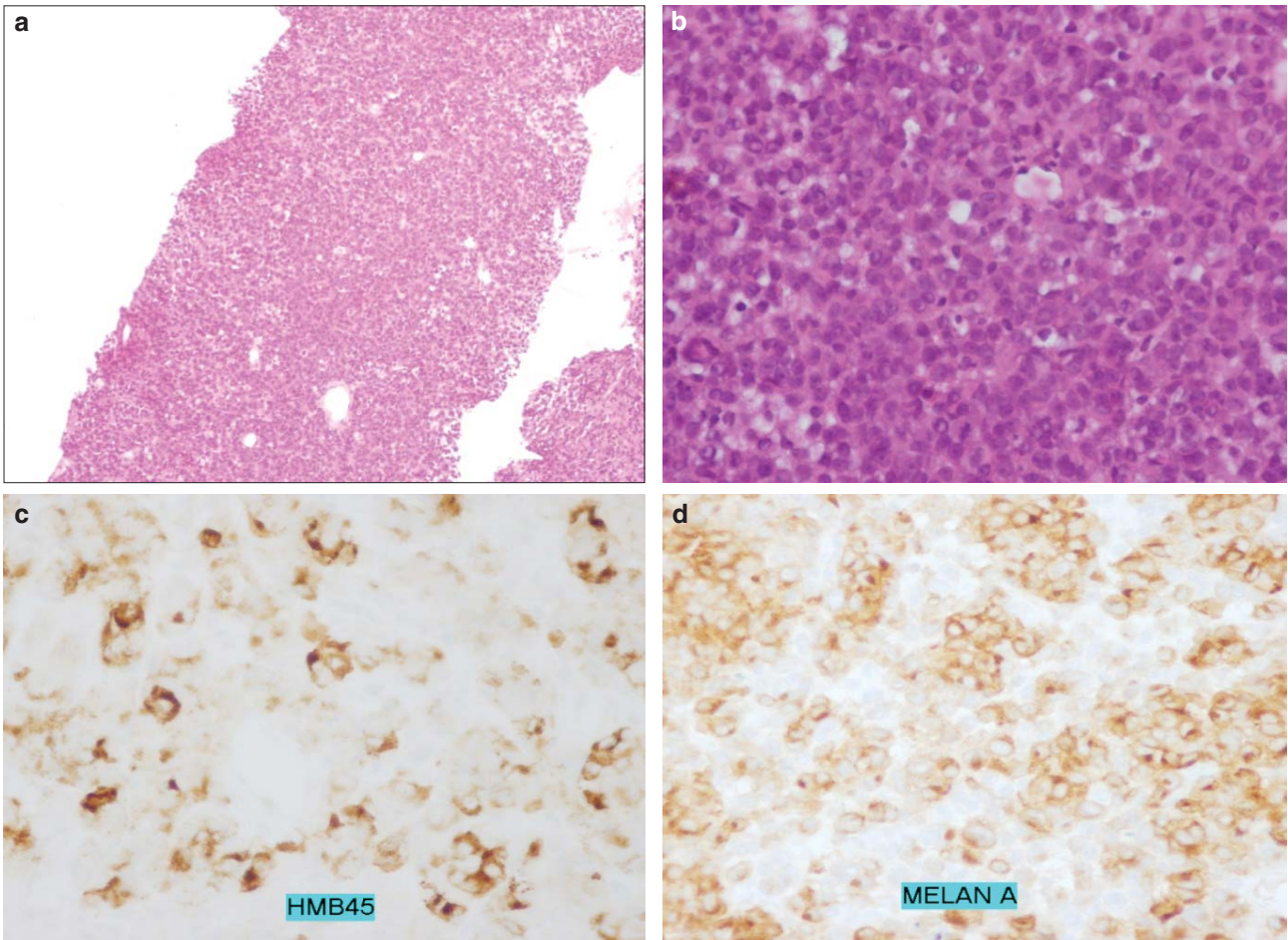
<sup>1</sup>Département d'oncologie médicale, Institut national d'oncologie, Rabat 10000, Maroc.

<sup>2</sup>Université Mohammed V – Souissi, Rabat 8007, Maroc.

\*Auteur correspondant: *Hamza Ettahri, MD.*  
e-mail: hamza-17@hotmail.com



**Figure 1.** Image TDM montrant un volumineux processus de topographie épigastrique (⇒)



**Figure 2.** Examen anatomopathologique de la lésion (hématoxyline-éosine) avec étude immunohistochimique  
 (a) Prolifération cellulaire en nappes d'allure épithéloïde en coloration HE (x100)  
 (b) Détails des cellules (x400) (c) Expression cellulaire de HMB45 (x400) (d) Expression de Melan A (x400)

Sur le plan clinique, ces métastases digestives se comportent comme les autres tumeurs digestives (douleurs abdominales, perte de poids et hémorragies digestives sont les signes les plus fréquemment retrouvés), la présence d'un syndrome de masse associé à une métastase de mélanome cutané est exceptionnelle [2].

Le diagnostic est basé sur l'imagerie. Le scanner abdominal et l'échographie abdominale offrent une grande sensibilité dans la détection de métastases gastro-intestinales de mélanomes. De surcroît lorsque ces métastases digestives prennent l'aspect de grandes masses simulant l'aspect d'une tumeur stromale gastro-intestinale [2,6].

À l'endoscopie, ces métastases peuvent prendre l'aspect d'une lésion ulcérateuse muqueuse ou sous-muqueuse avec ou sans lésion tumorale nécrosée, parfois sans mélanose [3].

Le diagnostic de certitude est porté par l'étude anatomopathologique avec immunohistochimie, la positivité des marqueurs PS100, HMB45 et Melan A permet de confirmer le diagnostic [7].

La prise en charge des métastases gastro-intestinales de mélanomes, dépend de leur nombre et de leur localisation. Un traitement chirurgical est toujours à proposer lorsqu'il est possible (lésion unique et accessible à la chirurgie). Le cas échéant des traitements anti-BRAF ou C-Kit peuvent être utilisés.

Actuellement un nouveau standard thérapeutique concernant les mélanomes non résecables ou métastatiques est proposé, grâce à des études ayant démontré l'intérêt de l'immunothérapie dans cette situation [5,8].

Le pronostic du mélanome métastatique reste sombre et la médiane de survie ne dépasse pas 7,5 mois, avec une survie à 5 ans estimée à 6% [2,9].

#### CONCLUSION

Les métastases gastro-intestinales de mélanomes sont une entité rare, les lésions gastriques simulant un GIST sont exceptionnelles. L'atteinte digestive doit toujours

être suspectée chez tout patient présentant des signes digestifs avec un antécédent de mélanome, et invite à réaliser des investigations poussées notamment une endoscopie digestive.

Tout traitement doit être discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire, afin d'opter pour la meilleure stratégie thérapeutique. En cas de mélanome métastatique, seul un traitement palliatif peut être proposé dans la pratique de notre exercice.

#### RÉFÉRENCES

1. Blecker D, Abraham S, Furth EE, Kochman ML. Melanoma in the gastrointestinal tract. *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 3427-33.
2. Darouichi M. Invagination intestinale sur métastases multiples d'un mélanome malin. *Journal de radiologie* 2011; 92: 437-40.
3. Ettahri H, Elomrani F, Elkabous M et al. Duodenal and gallbladder metastasis of regressive melanoma: a case report and review of the literature. *J Gastrointest Oncol* 2015 Oct; 6 (5): E77-E81.
4. Berger AC, Buell JF, Venzon D, Baker AR, Libutti SK. Management of symptomatic malignant melanoma of the gastrointestinal tract. *Ann Surg Oncol* 1999; 6: 155-60.
5. Dequanter D, Sales F, Legendre H, Lothaire P, Pector J-C. Traitement chirurgical des métastases digestives de mélanome. *Annales de chirurgie* 2004; 129: 278-81.
6. Damian DL, Fulham MJ, Thompson E, Thompson JF. Positron emission tomography in the detection and management of metastatic melanoma. *Melanoma Res* 1996; Aug; 6 (4): 325-9.
7. Clemmensen OJ, Fenger C. Melanocytes in the anal canal epithelium. *Histopathology* 1991 Mar; 18 (3): 237-41.
8. Robert C, Long GV, Brady B et al. Nivolumab in previously untreated melanoma without BRAF mutation. *N Engl J Med* 2015; 372: 2521-32.
9. Patel JK, Didolkar MS, Pickren JW, Moore RH. Metastatic pattern of malignant melanoma. A study of 216 autopsy cases. *Am J Surg* 1978 Jun; 135 (6): 807-10.