



Mélanome nodulaire facial avec extension endo-naso-sinusienne

Andriamanantena RH , Rakotoarimanana FVA , Rasolondraibe AF ,

Randriamanantena T, Razafindrabe JAB.

Introduction

Les mélanomes sont des tumeurs malignes, développés aux dépens des cellules pigmentaires de la peau, les mélanocytes. Ce sont des tumeurs à haut potentiel métastatique (1). Le mélanome cutané affecte tous les âges et représente 5% des cancers cutanés (2). C'est une pathologie multifactorielle dont les facteurs de risque sont des facteurs liés à l'environnement, aux modes et conditions de vie, et à des facteurs individuels. Le diagnostic positif d'un mélanome est histologique. Le traitement est avant tout chirurgical (3). Le but de ce travail est de décrire le caractère agressif et la prise en charge chirurgicale d'un mélanome nodulaire de la face avec extension endo-naso-sinusienne.

Observation

Il s'agissait d'une patiente âgée de 64 ans, venue en consultation pour une tuméfaction ulcéro-nodulaire, suintante, noirâtre au niveau de la région sous-canthale interne de l'œil gauche sur un nævus préexistant évoluant depuis six mois et augmentant assez rapidement de

volume, associée à une obstruction nasale homolatérale à la tuméfaction. A l'examen clinique, la patiente était en bon état général. Elle présentait une tuméfaction ulcéro-nodulaire au niveau de la région sous-canthale interne de l'œil gauche, bien limitée et à bords réguliers,

de couleur noire a la partie centrale, grise et brune foncée en périphérie, suintante, de consistance molle et friable. Cette tuméfaction était douloureuse à sa base, mesurant environ 2 cm de grand axe, fixée au plan profond, et au plan cutané qui paraissait infiltré (figure 1). Il n'existait pas de trouble de la sensibilité de la face, aussi bien sur le territoire supérieur que sur le territoire inférieur. Les aires ganglionnaires cervico-faciales sont libres. La rhinoscopie antérieure a montré une tumeur noirâtre au dépend de la cloison et du cornet inférieur gauche. Dans ces antécédents, la patiente était une ancienne commerçante de rue pendant une vingtaine d'année dont l'exposition au soleil n'est pas protégée. Elle avait aussi bénéficié sept ans auparavant d'une exérèse de tuméfaction bulbo-conjonctivale de l'œil gauche dont l'examen histologique de la pièce a révélé un mélanome malin sur nævus. L'étude anatomopathologique après biopsie de la lésion cutanée et de la lésion

endonasale était en faveur d'un mélanome malin. Nous avons complété le bilan par une échographie et une tomodensitométrie cervico-faciale, qui n'avaient pas retrouvé d'adénopathies. Le bilan d'extension général était négatif. Le scanner cervico-facial a montré un processus expansif de densité homogène intéressant la peau et les tissus sous cutanés sous canthale interne gauche. Cette lésion a occupé la fosse nasale et le sinus maxillaire gauche (figure 2). La patiente a bénéficié d'une exérèse de la lésion avec une marge d'exérèse cutanée de 5mm, suivi d'un curetage du sinus maxillaire gauche et un rasage de la face gauche de la cloison nasale (figure 3), le recouvrement de la perte de substance a été fait par un lambeau frontal latéral gauche unifolié (figure 4-A). Les suites opératoires immédiates étaient simples. Elle a été revue pour contrôle à J₁₁ post-opératoire et a présenté une anesthésie de la région sous orbitaire gauche, une incontinence lacrymale du côté de la

lésion, et une bonne perméabilité de la cavité nasale. Le lambeau unifolié était bien vivant. Après 6 mois de recul, aucun signe de récurrence n'a été observé avec

une bonne cicatrisation cutanée (figure 4-B). L'examen histologique de la pièce opératoire a montré qu'il s'agissait d'un mélanome malin.

Discussion

Les mélanomes sont des tumeurs malignes, développés aux dépens des cellules pigmentaires de la peau, les mélanocytes (du grec « melas » qui signifie noir ou foncé et « kytos », qui signifie « cuvette » ou « cellule »). Dès le V^e siècle avant Jésus Christ, Hippocrate a désigné le mélanome sous le terme de tumeur noire fatale. Et c'est Carswell qui a utilisé pour la première fois le terme de mélanome pour désigner ces tumeurs mélanocytaires en 1838. Les mélanomes malins sont des tumeurs à haut potentiel métastatique, et ils sont à distinguer des mélanoses circonscrites qui sont des pigmentations liées à un hyperfonctionnement des mélanocytes, comme les taches café au lait, et les éphélides du sujet roux (1).

Le mélanome cutané est une tumeur redoutable, il ne représente que 5% des cancers cutanés. C'est une tumeur qui affecte tous les âges et est exceptionnel chez l'enfant avant la puberté (2). En France en 2005, le mélanome cutané se situe au 8^e rang des cancers chez la femme et au 12^e rang chez l'homme avec respectivement, 4098 et 3303 nouveaux cas estimés (3). Les mélanomes au niveau de la tête et du cou représentaient environ 19% des cas chez l'homme et 16% chez la femme, et leur taux d'incidence oscille entre 0,8 et 1,2 pour 100000 personnes-années (4). L'étude de Swetter SM et al. en 2004 a montré que les mélanomes des sujets âgés de plus de 60 ans se présentaient significativement plus épais que les mélanomes des sujets plus jeunes (5). Ce

qui concorde avec l'aspect nodulaire et épais du mélanome malin chez notre patiente. Le mélanome nodulaire représentait environ 10 à 20% des cas de mélanomes cutanées (1). Le mélanome du sujet âgé au-delà de 65 ans est principalement mais non exclusivement représenté par le lentigo malin (80%) (4).

Le mélanome cutané est une pathologie multifactorielle dont les facteurs de risques sont des facteurs liés à l'environnement, aux modes et conditions de vie, et à des facteurs individuels. Dans la littérature et comme pour notre patiente, les facteurs de risque, presque retrouvés, sont dominés par l'exposition chronique au rayonnement ultraviolet provenant du soleil, les facteurs liés à l'hôte tels que ses caractéristiques physiques (peau claire, nombre élevé de grains de beauté, nævus dysplasique), et surtout l'antécédent personnel de mélanome (1,4).

Le diagnostic clinique d'un mélanome repose sur l'analyse

morphologique de la lésion cutanée, selon les règles de l'ABCDairE (1,4). Il se présente habituellement sous la forme d'une lésion asymétrique (A), à bords (B) irréguliers. La couleur (C) est inhomogène avec des nuances variables dans les teintes du brun au noir, avec un diamètre (D) supérieur à 6mm. Une notion d'évolution ou extension (E) permanente de la lésion, changeant non seulement de taille, mais aussi de forme de couleur et de relief (1,4). Notre cas clinique en est la confirmation à part le bord régulier de la lésion. Ces caractères ABCDairE doivent conduire à faire une biopsie et un examen histologique de la lésion afin de confirmer le diagnostic de mélanome malin. De même, un examen ORL comme la rhinoscopie antérieure est préconisé en cas de tumeur mélanique de la région naso-sous-orbitaire pour rechercher une éventuelle extension dans la cavité nasale. L'examen clinique seul ne permet pas de visualiser la totalité de la lésion. C'est pourquoi, on doit le

compléter par d'autres examens paracliniques. Pour évaluer l'extension aux tissus mous et les cavités pneumatiques de la face, la tomodensitométrie reste assez performante, mais l'imagerie par résonance magnétique (IRM) permet une étude plus fine (6). Ainsi l'imagerie a un apport fondamental pour l'orientation diagnostique et pour la prise d'une décision thérapeutique.

Le septum nasal représente le site tumoral primitif dans 75 % des mélanomes endo-nasales (3). Pour notre cas, le site tumoral primitif est probablement cutané, et le septum nasal est atteint par la suite d'une extension tumorale de ce site primitif. Ce qui explique le caractère agressif et invasif du mélanome nodulaire, car il se révèle dans la plupart du temps par une tumeur à croissance rapide et hautement agressive (7). Notre cas a permis d'illustrer le mode d'extension du mélanome nodulaire, qui se fait verticalement envahissant le

chorion sous-jacent, les tissus mous, l'os, la cavité nasale et le sinus maxillaire. L'examen histologique permet d'affirmer la nature mélanocytaire de la tumeur, ensuite d'affirmer la malignité de la tumeur, et enfin d'évaluer le degré d'invasion de la tumeur en profondeur et de mesurer son épaisseur (indice de Breslow) qui est le principal facteur pronostique (1).

Le traitement est avant tout chirurgical. Il repose sur l'exérèse chirurgicale large justifiée par la multifocalité de la tumeur et l'amélioration du pronostic par le contrôle local de la tumeur. La voie d'abord doit être large permettant une résection complète avec une marge de sécurité de 2 cm (3). Mais cette chirurgie mutilante peut parfois être difficile en raison de la grande taille des lésions, surtout lorsqu'elles sont situées sur le visage. L'exérèse chirurgicale respectant une marge de sécurité de 5 mm comme pour notre cas est donc recommandée (4).

Thompson et ses collaborateurs ont souligné d'ailleurs qu'une exérèse chirurgicale mutilante n'est pas justifiée dans cette affection dont le pronostic est incertain (8). La radiothérapie externe fractionnée et la chimiothérapie peuvent être utilisées comme traitement adjuvant dans les formes évoluées mais avec des résultats décevants (3,5).

Le pronostic des mélanomes malins naso-sinusiens est redoutable avec une survie à 5 ans qui varie de 10 à 47% (3).

Conclusion

Le mélanome nodulaire de la face, est une tumeur à croissance rapide et hautement agressive. Il conviendrait de faire une surveillance plus rapprochée des grains de beauté chez les patients qui ont un antécédent personnel de mélanome. Le dépistage précoce est capital afin d'améliorer le pronostic du mélanome malin et de limiter le préjudice esthétique d'une chirurgie mutilante surtout au niveau de la face.



Figure 1: tuméfaction ulcéro-nodulaire au niveau de la région sous-canthale interne de l'œil gauche.

Source : CHU JDR, service de chirurgie maxillo-faciale, Befelatanana Antananarivo

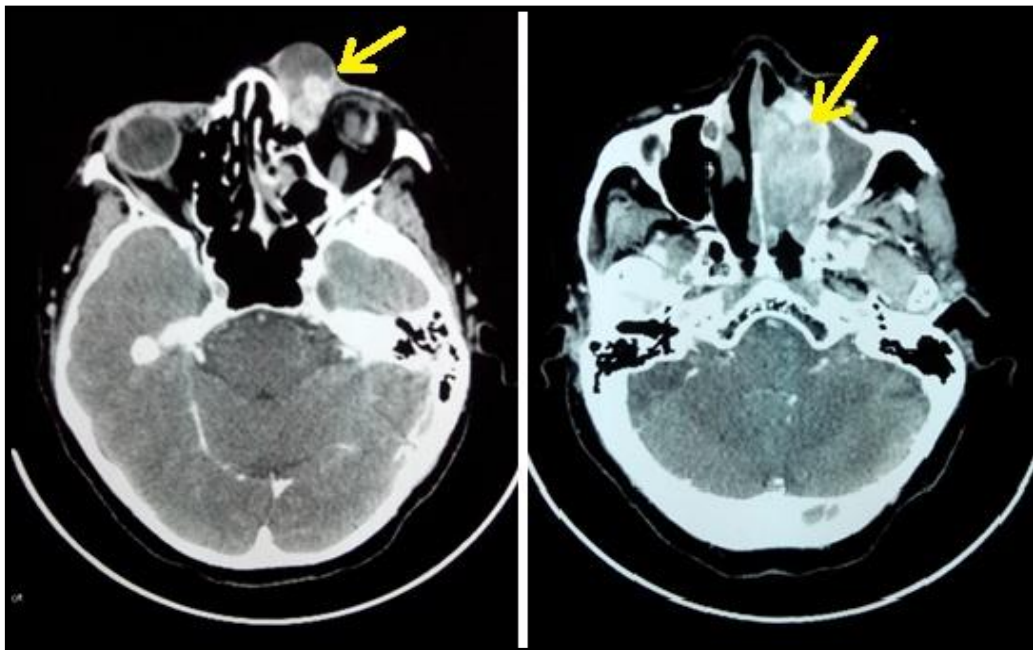


Figure 2: TDM faciale montrant un processus expansif de densité homogène intéressant la peau et les tissus sous cutanés (partie molle et osseuse) sous canthale interne gauche et occupant la fosse nasale et le sinus maxillaire gauche.

Source : CHU Joseph Ravoahangy Andrianavalona, service de radiologie, Antananarivo



Figure 3: perte de substance immédiate après l'exérèse de la lésion, suivie d'un curetage du sinus maxillaire gauche et un rasage de la face gauche de la cloison nasale.

Source : CHU JDR, service de chirurgie maxillo-faciale, Befelatanana Antananarivo



Figure 4: (A) aspect post-opératoire immédiat avec le lambeau frontal gauche unifolié,
(B) aspect cutané à 6 mois post-opératoire.

Source : CHU JDR, service de chirurgie maxillo-faciale, Befelatanana Antananarivo

Références

- 1- Saiag P, Grob JJ, Grosshans E. Tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques: mélanomes. *Ann Dermatol Venereol.* 2002; 129: 143-8.
- 2- Bastuji-Garin S, Diepgen TL. Cutaneous malignant melanoma, sun exposure, and sunscreen use: epidemiological evidence. *Br J Dermatol.* 2002; 146(61): 24-30.
- 3- Belot A, Grosclaude P, Bossard N, Jouglu E, Benhamou E, Delafosse P, et al. Cancer incidence and mortality in France over the period 1980-2005. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 2008; 56(3): 159-75.
- 4- Piérard-Franchimont C, Piérard G.E. Le mélanome du sujet âgé. *Rev Med Liège.* 2011; 66(1): 34-40.
- 5- Swetter SM, Geller AC, Kerkwood JM. Melanoma in the older person. *Oncology.* 2004; 18: 1187-96.
- 6- Kharoubi S. Mélanome malin des fosses nasales: considérations cliniques et thérapeutiques à propos de trois cas. *Cancer Radiothérapie.* 2005; 9(2): 99-103.
- 7- Bourguignon R, Giet-Lesuisse M, Arrese JE, et al. Mélanome à croissance rapide. *Rev Med Liège.* 2009; 64: 429-31.
- 8- Thompson AC, Morgan DAL, Bradley PJ. Malignant melanoma of the nasal cavity and peranasal sinuses. *Clin Oto-Laryngol.* 1993; 18: 34-6.