

Une occlusion intestinale inhabituelle

An unusual digestive occlusion

C. Jungels¹, C. Stefanidis¹, M. Hackx², M. Oana³ et P. Colonval¹

¹Service de Chirurgie, ²Service d'Imagerie médicale, C.H.R. de la Haute Senne, Soignies,

³Service d'Anatomie pathologique, Institut de Pathologie et de Génétique - IPG, Gosselies

RESUME

Le mélanome malin est un cancer de la peau avec dissémination métastatique rapide.

Les métastases au niveau de l'intestin grêle s'observent avec une relative fréquence mais leur présentation clinique sous forme d'occlusion par invagination est très rare.

Nous rapportons ici le cas d'une patiente de 58 ans admise en urgence pour une dégradation de l'état général, associée à un tableau d'occlusion intestinale et à la présence d'une volumineuse masse cervicale. Le bilan radiologique était en faveur d'une occlusion grêle par invagination.

Une résection de la masse cervicale fut réalisée dans un premier temps, suivie d'une résection segmentaire de l'intestin grêle.

L'examen anatomopathologique des pièces opératoires révéla l'existence d'un mélanome malin cervical, métastatique au niveau de l'intestin grêle.

Le diagnostic de métastases intestinales devrait donc être considéré chez les patients en occlusion, avec antécédents de mélanome et présentant des symptômes gastro-intestinaux.

Rev Med Brux 2015 ; 36 : 42-4

ABSTRACT

Malignant melanoma is a rapidly metastatic disease. Metastasis in the small intestine is as such not uncommon, whereas the clinical presentation of obstruction due to intussusception is very rare.

We hereafter report the case of a 58-year-old female admitted with general degradation, syndrome of intestinal occlusion and a cervical mass. Imaging studies showed signs suggesting an invagination of the small intestine.

A resection of the cervical mass and segmental small intestine resection were performed.

Pathological findings revealed a cervical malignant melanoma spread into the small intestine.

The diagnosis of intestinal metastasis should therefore be considered in patients with intestinal occlusion and history of melanoma and presenting gastrointestinal symptoms.

Rev Med Brux 2015 ; 36 : 42-4

Key words : intestinal intussusception, metastatic malignant melanoma

INTRODUCTION

Le mélanome malin est un cancer de la peau qui dissémine rapidement, notamment au niveau gastro-intestinal¹. La présentation clinique atypique due à une invagination est rare².

Nous présentons le cas clinique d'une patiente avec un mélanome malin et présentant un tableau d'occlusion intestinale.

PRESENTATION CLINIQUE

Une patiente de 58 ans fut admise en urgence dans notre institution pour dégradation de l'état général,

nausées, vomissements, absence de selles et de gaz depuis 24 heures.

Depuis 2 mois, elle présentait également une anorexie progressive avec perte de poids et une faiblesse générale.

Ses antécédents médico-chirurgicaux étaient sans particularités, hormis la notion d'un ulcère bulbaire.

Parmi les antécédents familiaux, on relevait le décès du grand-père paternel d'un mélanome malin.

A l'examen clinique, l'abdomen était ballonné,

diffusément sensible à la palpation, mais sans signe de péritonisme. Le transit était absent à l'auscultation.

Par ailleurs, la patiente présentait également une volumineuse masse latérocervicale gauche cérébriforme, ulcérée, partiellement nécrotique et malodorante (figure 1).



Figure 1 : Photographie de la masse cervicale pédiculée.

La biologie sanguine objectivait une hyperleucocytose à 14.600 unités par microlitre (normale < 10.000) ainsi qu'une CRP légèrement élevée à 4,21 milligrammes par décilitre (normale < 1) avec hyponatrémie à 126 unités par litre et hypopotassémie à 3 unités par litre.

La radiographie standard de l'abdomen montrait de nombreux niveaux hydro-aériques grêles. La tomographie abdominale montrait une distension grêle, avec une image évocatrice d'invagination grêle jéjuno-jéjunale au niveau de la zone de transition, responsable du tableau occlusif (figure 2).

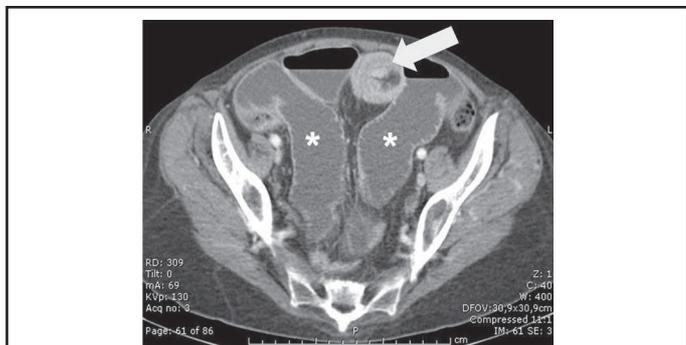


Figure 2 : Coupe axiale tomographique avec injection intraveineuse de produit de contraste montrant une distension grêle (astérisques) et une image suspecte d'invagination intestinale (flèche).

Dans un premier temps, vu l'absence de signes de souffrance intestinale et l'origine encore imprécise de l'invagination grêle, l'occlusion fut traitée médicalement par la mise en place d'une sonde nasogastrique et une rééquilibration hydro-électrolytique. Une résection de propreté de la masse cervicale fut réalisée dès l'admission.

Dans un deuxième temps, vu l'absence de reprise de transit et l'image potentiellement suspecte visualisée au CT-scan, une laparoscopie exploratrice fut réalisée, qui confirma l'existence d'une invagination en regard du grêle moyen, avec présence d'une masse

arrondie d'environ 3 cm de diamètre. Une résection grêle segmentaire fut réalisée avec rétablissement immédiat de la continuité, par anastomose manuelle termino-terminale manuelle, après extraction de la pièce opératoire par une mini-laparotomie protégée.

Les suites opératoires furent simples.

RESULTATS ANATOMOPATHOLOGIQUES

La masse cervicale pédiculée (figures 1, 3) pesait 300 mg et était constituée de cellules épithélioïdes à noyaux larges et irréguliers. La mélanine était abondante. Le diagnostic final retenu était celui de mélanome malin (figure 4). Sur le segment grêle réséqué, d'une longueur de 16 cm, on retrouvait une masse de 3,5 cm (figure 5) décrite à l'examen anatomopathologique comme une métastase de la première lésion. Les marges de résections étaient saines.



Figure 3 : Coupe macroscopique transversale de la masse cervicale.

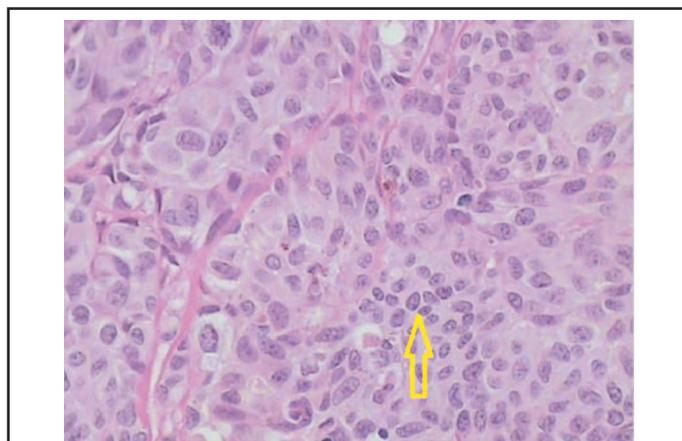


Figure 4 : Image anatomopathologique microscopique de la masse cervicale (agrandissement 20 x, coloration à l'hématoxyline-éosine (H.E.)), cellules épithélioïdes à noyaux larges et irréguliers avec mélanine abondante (flèche).



Figure 5 : Pièce opératoire du segment d'intestin grêle invaginé.

DISCUSSION

Le mélanome malin est caractérisé par une dissémination métastatique diffuse et rapide. Parmi les sites de métastases, le système gastro-intestinal est fréquemment décrit^{1,3,4}. Une étude autopsique incluant 216 patients présentant un mélanome malin avancé a montré que l'appareil digestif est le deuxième site de métastases juste après le système respiratoire⁴. Globalement les sites de métastases étaient les ganglions lymphatiques (73,6 %), les poumons (71,3 %), le foie (58,3 %), le cerveau (54,6 %), les os (48,6 %) et la glande surrénalienne (46,8 %). Dans cette étude, l'incidence de métastases au niveau du tractus gastro-intestinal était de 43,5 %. L'intestin grêle représente à lui seul 30 à 70 % de ces cas³. Une minorité de métastases (1 à 4 %) devient symptomatique, responsable de complications³. Une majorité reste donc cliniquement occulte pendant la durée de vie du malade. L'une de ces complications, l'invagination intestinale, est relativement rare chez l'adulte^{2,5}. Dans la plupart des cas, la cause en est une tumeur bénigne. Seulement 15 % des invaginations intestinales ont pour origine des tumeurs malignes, essentiellement sous la forme de métastases⁶.

Pour rappel, les causes d'occlusion de l'intestin grêle sont, par ordre de fréquence, les brides postopératoires (74 %), la maladie de Crohn (7 %) et seulement 5 % des cas d'occlusion ont pour étiologie une cause néoplasique⁷. L'invagination sur métastase, comme précédemment décrite, est donc très rare.

Parmi les mélanomes, le mélanome malin superficiellement extensif a la prévalence la plus élevée et est le plus souvent responsable de métastases intestinales⁸.

Si les métastases du mélanome malin sont fréquentes, leur mode de présentation est rarement celui d'une occlusion par invagination comme dans notre cas. En effet, la présentation clinique la plus fréquente est la même que pour les autres tumeurs gastro-intestinales ; les patients se plaignent de douleurs abdominales atypiques, hématemèse, méléna, anémie, fatigue, perte de poids ou la présence d'une masse abdominale palpable¹.

Le traitement est chirurgical pour les patients avec un mélanome symptomatique du tractus gastro-intestinal, la résection chirurgicale permettant d'amender la douleur et d'améliorer la qualité de vie^{3,9}. Le diagnostic rapide et la prise en charge des complications gastro-intestinales pourraient augmenter la survie à moyen terme^{3,9}.

Divers protocoles de chimiothérapie ou d'immunothérapie peuvent être proposés pour les stades avancés, dont un traitement par interféron, ce dernier donnant des résultats mitigés¹⁰. Dans les formes métastatiques, plusieurs médicaments sont en cours de test, avec des résultats prometteurs, dont le vemurafénib, un inhibiteur de la kinase mutée codée

par le gène BRAF présent chez la moitié des patients¹¹.

Cependant, le pronostic reste très péjoratif, avec une survie médiane inférieure à un an^{1,4}. Dans notre cas, la patiente est décédée 24 mois après l'intervention chirurgicale.

CONCLUSION

Bien que relativement fréquentes, les métastases intestinales d'un mélanome malin sont le plus souvent découvertes fortuitement lors du bilan d'extension. Rarement, elles peuvent être responsables d'une occlusion grêle sur invagination tumorale. Ce diagnostic doit donc être suspecté chez tout patient porteur d'un mélanome et présentant des symptômes gastro-intestinaux.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Liang KV, Sanderson SO, Nowakowski GS, Arora AS : Metastatic malignant melanoma of the gastrointestinal tract. *Mayo Clin Pro* 2006 ; 81 : 511-6
2. Idelevich E, Kashtan H, Mavor E, Brenner B : Small bowel obstruction caused by secondary tumors. *Surg Oncol* 2006 ; 15 : 29-32
3. Lens M, Bataille V, Krivokapic Z : Melanoma of the small intestine. *Lancet Oncol* 2009 ; 10 : 516-21
4. Patel JK, Didolkar MS, Pickren JW, Moore RH : Metastatic pattern of malignant melanoma : a study of 216 autopsy cases. *Am J Surg* 1978 ; 135 : 807-10
5. Agha FP : Intussusception in adults. *American Journalism Review* 1986 ; 146 : 527-31
6. Begos DG, Sandor A, Modlin IM : The diagnosis and management of adult intussusception. *Am J Surg* 1997 ; 173 : 88-94
7. Miller G, Boman J, Shrier I, Gordon PH : Etiology of small bowel obstruction. *Am J Surg* 2000 ; 180 : 33-6
8. Schuchter LM, Green R, Fraker D : Primary and metastatic diseases in malignant melanoma of the gastrointestinal tract. *Curr Opin Oncol* 2000 ; 12 : 181-5
9. Shenoy S, Cassim R : Metastatic melanoma to the gastrointestinal tract : role of surgery as palliative treatment. *W V Med J* 2013 ; 109 : 30-3
10. Ives NJ, Stowe RL, Lorigan P, Wheatley K, Chemotherapy compared with biochemotherapy for the treatment of metastatic melanoma : A meta-analysis of 18 trials involving 2,621 patients. *J Clin Oncol*, 2007 ; 25 : 5426-34
11. Flaherty KT, Puzanov I, Kim KB *et al.* : Inhibition of mutated, activated BRAF in metastatic melanoma. *N Engl J Med* 2010 ; 363 : 809-19

Correspondance et tirés à part :

C. JUNGELS
C.H.R. de la Haute Senne
Service de Chirurgie
Chaussée de Braine 49
7060 Soignies
E-mail : claude.jungels@ulb.ac.be

Travail reçu le 15 octobre 2013 ; accepté dans sa version définitive le 9 janvier 2015.