

DIFFICULTES DE LA PRISE EN CHARGE DU MELANOME MUQUEUX : CAS CLINIQUE

Randriamanantena T(1), Vahedi A (2), Raotoson H (3), Nguyen TM (2), Razafindrabe JAB (3),
Touré G (2).

- 1.Université de Fianarantsoa
- 2.Service de chirurgie maxillo-faciale du centre hospitalier de Villeneuve Saint Georges
- 3.Service de chirurgie maxillo-faciale du CHU Professeur ZAFISAONA Gabriel Mahajanga

Auteur correspondant : RANDRIAMANANTENA Tahiriavelo
Service de Chirurgie Maxillo-faciale CHU Andrainjato Fianarantsoa
tahiri.maxillo@gmail.com

Résumé

Introduction

Le mélanome muqueux de la cavité buccale est une tumeur rare mais agressive. Sa clinique est particulière et son diagnostic n'est pas évident.

Matériel et méthode

Nous rapportons le cas d'un patient de 69 ans. La tumeur a été localisée au niveau de la gencive attachée en regard de la 26 prenant ensuite le secteur molaire gauche.

Elle s'est manifestée par une lésion pigmentée, ulcérée avec une mobilité dentaire et une légère récession gingivale. L'évolution s'est étendue sur 5 mois. Le bilan tomodensitométrique du massif facial a montré une localisation tumorale au niveau du maxillaire gauche. Le bilan d'extension a montré une adénopathie sous mandibulaire gauche, normale, non inflammatoire. Le traitement a été une maxillectomie avec un curage ganglionnaire et une radiothérapie post-opératoire.

Discussion

Le mélanome primaire de la muqueuse buccale reste encore rare et peu documenté. Mais les quelques cas rapportés dans la littérature incitent les praticiens à la chercher en cas d'une lésion pigmentée dans la cavité buccale. Cette tumeur est agressive, récidivante et métastatique. Un diagnostic précoce est indispensable pour mener à bien un traitement précoce et efficace.

Mots clés : mélanome, cancer, muqueuse buccale, diagnostic, traitement

Abstract

Introduction

Mucous melanoma of the oral cavity is a rare and aggressive tumor. Its clinic is special and its diagnosis is not obvious.

Material and method

We report a case of a 69-year-old patient. The tumor was located up to standard of the gingiva attached in front of the 26 then taking the left molar sector. It was manifested by a pigmented lesion, ulcerated with tooth mobility and a mild gingival recession. The evolution was spread over 5 months. The result of tomodontometry of the facial mass showed tumor localization in the left maxilla. The extension assessment showed a normal non-inflammatory left mandibular adenopathy. The treatment was a maxillectomy with lymph node dissection and postoperative radiotherapy.

Discussion

Primary melanoma of the oral mucosa is still rare and poorly documented. But the few cases reported in the literature encourage practitioners to look for it in case of a pigmented lesion in the oral cavity. This tumor is aggressive, recurrent and metastatic. Early diagnosis is essential for successful early and effective treatment.

Keys words : melanoma, oral cancer, oral mucous, diagnostic, treatment

INTRODUCTION

L'incidence des mélanomes cutanés s'est doublée depuis 1960 mais celle des mélanomes muqueux reste faible et le diagnostic est toujours difficile. Ce mélanome muqueux est un néoplasme rare et agressif par sa haute malignité biologique [1]. Peu d'études ont été retrouvées pendant notre étude bibliographique mais celles qui ont été revues confirment cette rareté et le mauvais pronostic [2]. Ils sont découverts

au stade précoce plus tardif que les mélanomes cutanés ; au stade in situ ; et aucun consensus n'est encore établi pour sa prise en charge. Le diagnostic est difficile et non évident devant une lésion intra-orale. Ainsi, l'objectif de cette étude est de présenter un cas de mélanome muqueux mais aussi de discuter son diagnostic et sa prise en charge.

OBSERVATION

Il s'agit d'un patient de 69 ans n'ayant aucun antécédent ni de cancer intra oral ni de lésion précancéreuse. Il a présenté une tuméfaction inflammatoire, brunâtre, ulcérée sur la gencive attachée du secteur II molaire évoluant depuis quatre mois (figure

1). La tuméfaction fait corps avec la gencive attachée, ulcérée sur sa partie postérieure et une peau normale sur la partie antérieure, elle est non hémorragique et douloureuse. Elle a causé la mobilité et la mortification des dents n° 25.26.27.28. Le test de vitalité

est négatif pour toutes ces dents. La radiographie panoramique a montré une lésion avec une lyse osseuse, une image de clarté sous ces dents.

L'examen histologique à la suite d'une biopsie a confirmé la nature de mélanome

muqueux de la tumeur (Clarck niveau V et indice de Breslow >4mm), T4b, N1b, M0; grade 4 (figure 2). Le patient a été opéré pour une maxillectomie interruptrice avec un évidemment ganglionnaire cervical suivie d'une radiothérapie post-opératoire.

DISCUSSION

Les mélanomes siègent souvent au niveau de la peau. C'est un des cancers cutanés les plus fréquents après les carcinomes [1]. Les mélanomes cervico-faciaux constituent 0.8 % des mélanomes [3, 4]. Le cas de notre patient rejoint la majorité des sièges des mélanomes muqueux sur la gencive dans 10% des cas. L'évolution reste lente et asymptomatique qui retarde le diagnostic. Cela contraste avec les lésions cutanées qui sont souvent diagnostiquées au stade in-situ avec les facteurs de risque tel l'exposition aux rayons UV.

Le diagnostic est difficile au niveau de la muqueuse puisqu'elle ressemble à des lésions banales. Le dépistage et même la suspicion ne sont pas systématiques devant ces types de lésions. Ces mélanomes sont souvent recouverts de muqueuse normale qui est le cas de la majeure partie de la tumeur de notre patient. Ces lésions sont dans 25% des cas; considérés comme des lésions banales. D'ailleurs, les auteurs suggèrent de toujours suspecter un

mélanome devant des lésions anodines de la muqueuse, pour ne pas retarder le diagnostic [5, 6].

Il est en de même pour les mélanomes amélanotiques qui sont des lésions blanches encore plus difficile à diagnostiquer que les lésions noirâtres ou brunâtres. En outre, ces mélanomes muqueux ne répondent pas aux groupes de lésions fréquentes de la muqueuse buccale. Ils ne sont pas touchés par les prédispositions, ni par les facteurs de risques comme l'exposition aux rayons UV ni par la présence de lésions précancéreuses antérieures [5, 6]. Ils n'ont pas de règles de prévention des mélanomes non plus. D'ailleurs, aucun consensus n'a été obtenu pour les préventions ni pour le diagnostic ni pour la prise en charge de ces mélanomes muqueux.

L'histologie confirme le diagnostic. Les cellules tumorales sont éparpillées de façon horizontale le long de la membrane basale de l'épithélium de la muqueuse buccale qui apparaît sur un site sans aucun antécédent ni

lésion précancéreuse [7, 8]. Ils sont dotés d'une agressivité élevée mais cela peut s'expliquer aussi par le retard du diagnostic. La classification reste ambiguë au niveau muqueux. Il ne répond pas exactement aux indices de diagnostic ni de prise en charge tels que les indices de Clarck ni de Breslow. Mais cela n'empêche en rien une bonne prise en charge.

Notre patient a eu une chirurgie suivie d'une radiothérapie post-opératoire. Ce schéma est aussi proposé par certains auteurs mais il est associé à une chimiothérapie [9, 10]. La chirurgie avec une large marge d'exérèse tient sa place mais des fois, elle rencontre le souci de la considération des séquelles fonctionnelles et esthétiques. Ainsi, la radiothérapie post-opératoire est indispensable afin d'éviter l'extension loco-régionale. Une discussion se pose sur ce deuxième élément du traitement. Il est de nos jours souhaité d'utiliser le carbone

radioactif à la place des rayons afin d'éviter l'extension loco-régionale. Le carbone est estimé être meilleur puisqu'il réduit la surface d'exposition aux particules radioactifs tout en étant efficace [11, 12, 13].

Cette pathologie est de très mauvais pronostic puisque la tumeur est d'une agressivité locale élevée et d'un envahissement loco-régionale très rapide [11]. La majorité des études rapportent que la survie est de moins de 5 ans mais rare [4], même si elle commence à s'améliorer avec le progrès de la chirurgie et l'utilisation du carbone radioactif en post-opératoire. Cette survie de 5ans était rare en 1989 et en 2002 elle était à 37% [7]. Une chimiothérapie adjuvante est aussi nécessaire pour augmenter cette survie mais il a été rapporté qu'elle augmente la survie de 3 ans de 46,1% à 65,3% [13].

CONCLUSION

Les mélanomes muqueux sont des tumeurs rares qui posent un problème diagnostique, tardif, puisque souvent ils sont considérés comme des lésions banales.

Ce sont des lésions rares, agressives et de mauvais pronostic. Ainsi, un dépistage systématique par les soignants de la cavité

buccale et une suspicion de mélanome muqueux devant toute lésion pigmentée de la muqueuse buccale peuvent résoudre le problème du retard de diagnostic. Même si la survie est estimée courte, une prise en charge chirurgicale avec une marge d'exérèse large dans la mesure du possible associée à une chimiothérapie

adjuvante et une radiothérapie post-opératoire offrent un bon résultat avec une survie prolongée et une qualité de vie améliorée.

Conflit d'intérêt : aucun

RÉFÉRENCES

1. Rapini RP, Golitz LE, Greer RO, Jr, Krekorian EA, Poulson T. Primary malignant melanoma of the oral cavity. A review of 177 cases. *Cancer*. 1985;55:1543–51.
2. Buchner A, Merrell PW, Carpenter WM. Relative frequency of solitary melanocytes lesions of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med*. 2004;33:550–7.
3. Takagi M, Ishikawa G, Mori W. Primary malignant melanoma of the oral cavity in Japan. With special reference to mucosal melanosis. *Cancer*. 1974;34:358–70.
4. Buchner A, Hansen LS. Pigmented nevi of the oral mucosa: A clinico pathologic study of 32 new cases and review of 75 cases from the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1980;49:55–62.
5. Reddy CR, Rao TR, Ramulu C. Primary malignant melanoma of the hard palate. *J Oral Surg*. 1976;34:937–9
6. Watkins KV, Chaudhary AP, Yamane GM. Benign focal melanotic lesion of oral mucosa. *J Oral Med*. 1984;39:91–6.
7. J. Kelly, M. Leader, and P. Broe, “Primary malignant melanoma of the oesophagus: a case report,” *Journal of Medical Case Reports*, vol. 1, article no. 50, 2007.
8. Takahashi H, Ichikawa N, Takahashi S, Hirose K. Primary malignant of the esophagus of submucosal invasion: a case report. (in Japanese). *Nihon Rinsyogeka Gakkai Zasshi*. 2013; 74(6):1473–8.
9. Ahn HJ, Na II, Park YH, Cho SY, Lee BC, Lee GH, et al. Role of adjuvant chemotherapy in malignant mucosal melanoma of the head and neck. *Oral Oncol*. 2010; 46:607–11.
10. Wushou A, Hou J, Zhao YJ, Miao XC. Postoperative adjuvant radiotherapy improves loco-regional recurrence of head and neck mucosal melanoma. *J Craniomaxillofac Surg*. 2015; 43:553–8.
11. Patel SG, Prasad ML, Escrig M, Singh B, Shaha AR, Kraus DH, et al. Primary mucosal malignant melanoma of the head and neck. *Head Neck*. 2002; 24:247–57. doi:10.1002/hed.10019.
12. Patel SG, Prasad ML, Escrig M, Singh B, Shaha AR, Kraus DH, et al. Primary mucosal malignant melanoma of the head and neck. *Head Neck*. 2002;24:247–57.
13. Jingu K, Kishimoto R, Mizoe JE, Hasegawa A, Bessho H, Tsuji H, et al. Malignant mucosal melanoma treated with

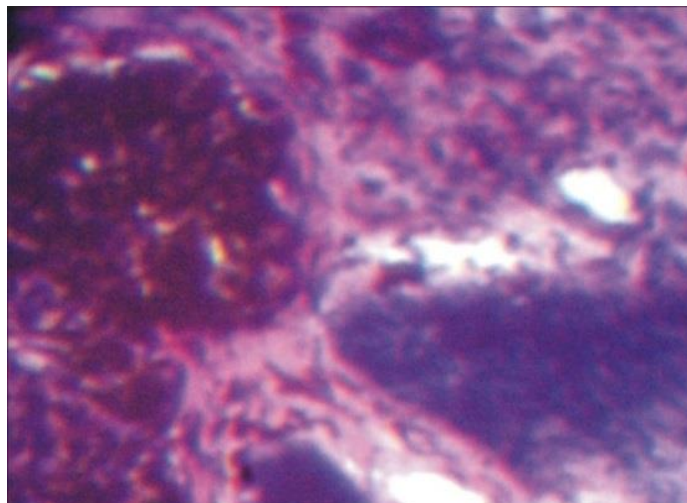
carbon ion radiotherapy with concurrent
chemotherapy: prognostic value of

pretreatment apparent diffusion coefficient
(ADC). Radiother Oncol. 2011;98:68–73

ILLUSTRATIONS



*Figure 1: Image clinique du patient à la consultation
(Service de Chirurgie Maxillo-faciale du Centre Hospitalier de Villeneuve Saint-Georges)*



*Figure 2: Image histologique de la pièce opératoire
(Service de Chirurgie Maxillo-faciale du Centre Hospitalier de Villeneuve Saint-Georges)*