



2008

Mélanome malin révélé par des métastases jéjunales hémorragiques.

Vincent QUENTIN (1), Olivier NOUEL (1), Marc PORNEUF (2), Pierre Marie GIRARDOT (3). (1) Service d'hépatogastroentérologie, Centre Hospitalier Y. Le Foll, Saint Briec (2) Service d'onco-hématologie, Centre Hospitalier Y. Le Foll, Saint Briec (3) Cabinet d'anatomie et de cytologie pathologiques, Plérin

Un homme de 75 ans est admis au centre hospitalier pour méléna au mois de mars 2008. Ses antécédents essentiels comportent une cardiopathie ischémique avec infarctus en 2001 traité par angioplastie et stent coronarien, une artériopathie des membres inférieurs avec angioplastie poplitée gauche en 2004, des épisodes d'embolie pulmonaire en 1993, 1997 et 2004 sans cause déclenchante au bilan étiologique. Son traitement habituel comprend notamment du Préviscan® et du Kardegic®. L'épisode de méléna est associé à une anémie normocytaire à 7g/dl, l'INR est à 2,98. Le reste du bilan biologique montre un bilan martial et vitaminique normal, une haptoglobine normale et une urée sanguine augmentée à 10,5 mmol/l pour une créatininémie normale à 64 µmol/l. Il est réalisé une oesogastroscoie qui montre une antrite érosive et une lésion polypoïde d'allure villeuse de 15 mm de diamètre du deuxième duodénum. L'examen histologique des biopsies révèle un adénome vilieux en dysplasie de bas grade. Sur aucune de ces lésions il n'existe de stigmate d'hémorragie récente. Une iléo-coloscopie est rapidement réalisée et diagnostique une diverticulose sigmoïdienne et du méléna s'étendant du colon à l'iléon terminal. Dans le même temps anesthésique il est refait une oesogastroduodéno-scopie qui montre un saignement actif en nappe de l'adénome vilieux du D2, un traitement par clip hémostatique est réalisé. Devant la persistance du méléna et la récurrence de l'anémie un examen par vidéocapsule de l'intestin grêle est réalisé à J 9 et révèle au moins 6 lésions jéjunales hémorragiques dont 2 semblent d'allure tumorale car à berges irrégulières, surélevées et ulcérées. L'iléon n'est pas bien visualisé du fait du méléna. Il est alors pratiqué à J 14 une entérocopie haute qui confirme l'existence de 6 à 7 lésions semblables du jéjunum. Il s'agit de lésions rondes, ulcérées en leur centre avec des berges villeuses. Certaines de ces ulcérations présentent un caillot adhérent. Des biopsies sont pratiquées. L'examen anatomo pathologique montre une infiltration par plage très dense de cellules avec noyau hypernucléolé et cytoplasme fortement éosinophile. Il existe 5 mitoses/10 champs et il est observé des dépôts pigmentaires, en motte de couleur brune. L'immunophénotypage est positif sur l'anti-PS100 et l'anti-mélan-A, négatif sur l'anti-CLA et l'anti-CD117. Ces résultats orientent vers le diagnostic de métastases jéjunales d'un mélanome malin. La recherche d'une tumeur primitive est négative (examen dermatologique, ORL, ophtalmologique et proctologique). La tomographie cérébrale et thoraco abdominale ne met pas en évidence de lésion. En revanche un PET-Scan au 18F-FDG révèle qu'il existe d'innombrables localisations secondaires pulmonaires bilatérales, ganglionnaires sus et sous diaphragmatique, musculaires (dont intracardiaque), hépatiques, digestives, intra abdominale (carcinose) et osseuses. Un traitement palliatif par chimiothérapie de type Deticène est proposé après passage en RCP spécialisée. La tolérance est marquée par une anémie avec besoins transfusionnel réguliers mais sans extériorisation digestive. Ce cas clinique de métastases jéjunales d'un mélanome malin permet de présenter des images endoscopiques typiques (y compris en vidéo capsule). Il permet également de préciser que les métastases de l'intestin grêle d'un mélanome sont fréquentes (~50%) mais rarement diagnostiquées avant le décès (<5%) et sont exceptionnellement le mode de révélation de la maladie. Enfin ce cas rappelle l'apport de la vidéocapsule dans l'exploration en urgence de l'intestin grêle en cas d'hémorragie digestive inexplicée par les endoscopies standards.

[Fermer la fenêtre](#)