



Open Access Full Text Article

CASE REPORT

A rare cause of endobronchial metastasis: Malignant melanoma

Une cause rare de métastase endobronchique: Le mélanome malin

M. Rhazari¹, A. Id mbarek¹, A. Thouil², H. Kouismi²

¹: Service de Pneumologie, CHU Mohammed VI - Oujda, Maroc

²: Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Mohammed Premier – Oujda, Maroc

ABSTRACT

Introduction. Melanoma is a cancer of the skin that develops from melanocytes with significant metastatic potential. Secondary pulmonary parenchymal involvement is frequent while endobronchial localization is rare, which raises the question of its primary or secondary origin.

Observation. This is a 71-year-old patient, a former weaned tobacco user, with no significant pathological history, who presented for 6 months with a dry cough associated with exertional dyspnea aggravated by the onset of low-abundance hemoptysis. Clinical examination found a left basal thoracic condensation syndrome with mucocutaneous examination of a blackish macular lesion in the nose. Soft bronchoscopy showed a greyish bud completely obstructing the left lower lobe bronchus. Histological study of the biopsy fragments of the tumor bud and of the skin lesion was in favor of a secondary endobronchial localization of a malignant melanoma.

Conclusion. Malignant melanoma in its metastatic form can affect any organ. Apart from dermatological lesions, thoracic forms are the most frequent. Endobronchial damage is however rare, but associated with a poor prognosis.

KEYWORDS: Endobronchial melanoma; Endobronchial metastasis; Pulmonary melanoma.

RÉSUMÉ

Introduction. Le mélanome est un cancer de la peau qui se développe à partir des mélanocytes avec un potentiel métastatique important. L'atteinte parenchymateuse pulmonaire secondaire est fréquente tandis que la localisation endobronchique est rare ce qui pose la question sur son origine primitive ou secondaire.

Observation. C'est un patient de 71 ans, ancien tabagique sevré, sans antécédent pathologique notable, qui présentait depuis 6 mois une toux sèche associée à une dyspnée d'effort aggravée par l'apparition d'une hémoptysie de faible abondance. L'examen clinique trouvait un syndrome de condensation thoracique basale gauche avec à l'examen cutanéomuqueux une lésion maculaire noirâtre au niveau du nez. La bronchoscopie souple montrait un bourgeon grisâtre obstruant complètement la bronche lobaire inférieure gauche. L'étude histologique des fragments biopsiques du bourgeon tumoral et de la lésion cutanée était en faveur d'une localisation secondaire endobronchique d'un mélanome malin.

Conclusion. Le mélanome malin dans sa forme métastatique peut atteindre tous les organes. En dehors des lésions dermatologiques, les formes thoraciques sont les plus fréquentes. Les atteintes endobronchiques sont toutefois rares, mais associées à un mauvais pronostic.

MOTS CLÉS: Mélanome endobronchique; Métastase endobronchique; Mélanome pulmonaire.

Corresponding author:

Doctor M. Rhazari

Service de Pneumologie, CHU Mohammed VI - Oujda, Maroc

E-mail: meriemrhazari@hotmail.com

INTRODUCTION

Le mélanome est un cancer de la peau qui se développe à partir des mélanocytes avec un potentiel métastatique important. L'atteinte parenchymateuse pulmonaire secondaire est fréquente tandis que la localisation endobronchique est rare ce qui pose la question sur son origine primitive ou secondaire.

Nous rapportons le cas d'un avec une localisation métastatique endobronchique rare d'un mélanome cutané primitif méconnu à l'admission du patient.

À travers cette observation, nous essayons de décrire les caractéristiques radio-cliniques de la localisation endobronchique métastatique du mélanome malin ainsi qu'une courte revue de la littérature.

OBSERVATION

C'est un patient de 71 ans, ancien tabagique actif à raison de 10 paquets/année, sevré il y a 35 ans sans antécédent pathologique notable. Admis dans notre service pour des épisodes d'hémoptysie de faible abondance apparues depuis 1 mois associée à une toux sèche chronique évoluant depuis plus de 6 mois et une dyspnée d'aggravation progressive sans autres signes extra respiratoires associés. Le tout évoluant dans un contexte de conservation d'état général.

L'examen clinique trouvait un patient en bon état général, stable sur le plan hémodynamique et respiratoire. L'examen pleuropulmonaire objectivait un syndrome de condensation thoracique basale gauche. L'examen cutané-muqueux montrait une lésion maculaire noirâtre grossièrement symétrique à limites régulières siégeant au niveau de l'aile droite du nez mesurant 0.5x0.2cm (Figure 1).



FIGURE 1. Macule noirâtre grossièrement symétrique à limites régulières siégeant au niveau de l'aile droite.

La radiographie thoracique (Figure 2) trouvait une opacité hétérogène basale gauche n'effaçant pas le bord gauche du cœur. La tomодensitométrie thoracique (Figure 3) objectivait la présence d'un processus tumoral parenchymateux pulmonaire basal gauche de 90 mm de grand axe avec des nodules pulmonaires controlatéraux d'allure secondaires.

La bronchoscopie souple trouvait un bourgeon grisâtre obstruant complètement la bronche lobaire inférieure gauche (Figure 4). L'étude anatomopathologique et immunohistochimique était en faveur d'une localisation bronchique d'un mélanome avec mise en évidence des marqueurs HMB45 et le Melan A. (Figure 5).

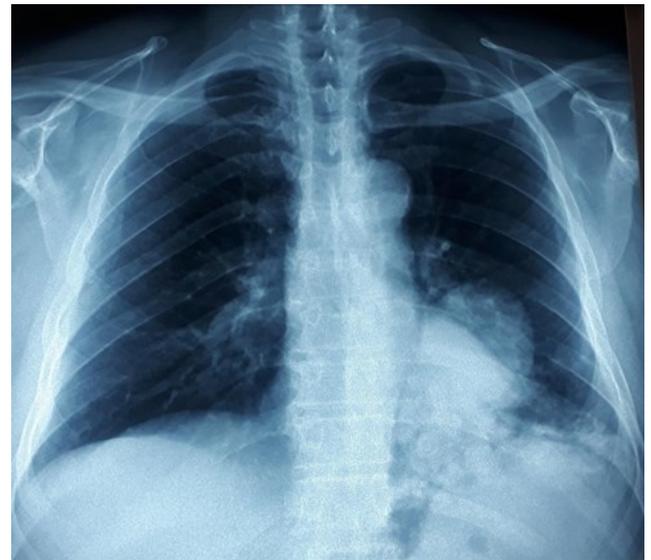


FIGURE 2. Radiographie thoracique montrant une opacité hétérogène basale gauche n'effaçant pas le bord gauche du cœur



FIGURE 3. Scanner thoracique objectivant un processus tumoral pulmonaire basal gauche.



FIGURE 4. La bronchoscopie souple montrant un bourgeon grisâtre obstruant complètement la bronche lobaire inférieure gauche.

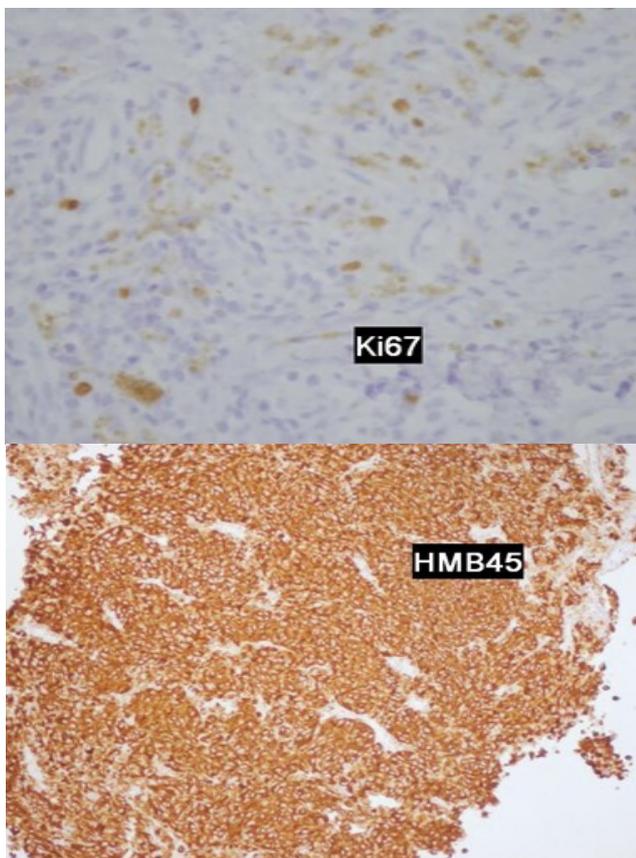


FIGURE 5. Aspect histologique de la biopsie bronchique avec mise en évidence des marqueurs HMB45 et Ki67.

Une biopsie de la lésion cutanée a été également réalisée et dont l'étude histologique était en faveur d'un mélanome régressif.

Le bilan d'extension fait d'un scanner cérébral et abdomino-pelvien n'a pas objectivé d'atteintes secondaires. Le patient a été mis sous chimiothérapie après discussion du dossier en réunion de concertation pluridisciplinaire.

DISCUSSION

Le mélanome est une tumeur maligne développée aux dépens des mélanocytes, de localisation cutanéomuqueuse dans plus de 90 % des cas [1]. Son incidence ainsi que le taux de mortalité sont en augmentation constante par rapport aux autres cancers [2]. Sa localisation primitive au niveau du poumon est exceptionnelle, car normalement ce dernier est dépourvu de cellules mélanocytaires [3]. Le primitif reste indéterminé dans 3 % des cas avec parfois des métastases de mélanomes complètement régressifs [4].

Les métastases endobronchiques peuvent d'abord se développer au dépend de la paroi bronchique par propagation hématogène, ou par envahissement des bronches par des tissus voisins tels que les adénopathies lymphatiques et le parenchyme pulmonaire [5,6]. Notre patient présentait les mêmes caractéristiques cliniques et radiologiques que celles rencontrées dans le cancer bronchique primitif [7].

L'aspect macroscopique du bourgeon rencontré durant la bronchoscopie souple ressemble beaucoup à n'importe quelle autre tumeur endobronchique, y compris le carcinome bronchique, contrairement à certaines études qui ont trouvé un aspect ressemblant à un thrombus avec une forte tendance au saignement [8].

L'étude immunohistochimique des fragments biopsiques est indispensable pour confirmer le diagnostic grâce à la mise en évidence de nombreux marqueurs comme la protéine S100, l'HMB45, la tyrosinase, le Melan-A, le PNL-2 et le Ki67 qui est un bon indicateur de malignité [9]. Chez notre patient c'était essentiellement le HMB45, le Melan A et le Ki67.

Le TEP-scan corps entier peut être un bon moyen d'investigation pour rechercher des foyers disséminés surtout si la tumeur primitive est inconnue [9]. Dans notre observation, le patient présentait une lésion cutanée dont la biopsie était en faveur d'un mélanome primitif.

Le traitement curatif du mélanome endobronchique est basé sur la chirurgie quand la tumeur est résécable et d'évolution lente tandis que la chimiothérapie et l'immunothérapie sont indiquées dans les formes avancées [10].

CONCLUSION

Le mélanome malin dans sa forme métastatique peut atteindre tous les organes. En dehors des lésions dermatologiques, les formes thoraciques sont les plus fréquentes. Les atteintes endobronchiques sont toutefois rares, mais associées à un mauvais pronostic.

CONFLITS D'INTÉRÊT

Aucun.

RÉFÉRENCES

1. Chang AE, Karnell LH, Menck HR, et al. The National CancerData Base report on cutaneous and noncutaneousmelanoma:a summary of 84,836 cases from the past decade. *Cancer*1998;83:1664–78.
2. M Del Vecchio, R Mortarini, G Tragni, L Di Guardo, I Bersani, G Di Tolla et al. T-Cell Activation and Maturation at Tumor Site Associated With Objective Response to Ipilimumab in Metastatic Melanoma. *J Clin Onco*2011; 29: e783-e8
3. Dountsis A, Zisis C, Karagianni E, et al. Primary malignantmelanoma of the lung: a case report. *World J Surg Oncol*2003;1:1–4.
4. Laveau F, Picot C, Dereure O, et al. Mélanome métastatique deprimitif inconnu. *Ann DermatolVenerol*2001;128:893–8.
5. Kiryu T, Hoshi H, Matsui E, Iwata H, Koku-boM,Shimokawa K, Kawaguchi S. Endotracheal/endobronchialmetastases: clinicopathologicstudywith-specialreference to developmental modes. *Chest*. 2001;119: 768–75.
6. Fournel C, Bertoletti L, Nguyen B, Vergnon JM. Endobronchial metastases from colorectal cancers: natural history and role of interventional bronchoscopy. *Respiration*. 2009;77:63–9.
7. Park CM, Goo JM, Choi HJ, Im JG. Endobronchialmetastasisfromrenalcellcarcinoma: CT findings in four patients. *Eur J Radiol*. 2004; 51: 155-159.
8. Dobbertin I, Dierkesmann R, Kwiatkowski J, Reichardt W. Bronchoscopic aspects of renalcellcarcinoma (rcc). *Anticancer Res*. 1999;19: 1567-72.
9. Ulger AF, Sen E, Erekul S, GönüllüU : Malignant melanoma of lung : is it easy to determine its origin ? *Arch Bronconeumol* 2005 ; 41 : 102-4.
10. Institut national du cancer, société française de dermatologie, recommandations professionnelles du mélanome cutané métastatique 2013