

Breast metastasis of a dorsal melanoma: About one case and literature review**Métastase mammaire d'un mélanome dorsal : A propos d'un cas et revue de la littérature**A. Soumaila^{1*}, Al. Douramane¹, I. Dillé¹, OS. Galadima², MH. Zaki³, SH. Abdoulay¹, H. Bonkoukou¹, Y. Hama¹, YD. Harouna¹.¹ Service de Chirurgie Générale et d'Oncologie de l'Hôpital National de Niamey, Niger.² Service d'Imagerie Médicale de l'Hôpital National de Niamey, Niger.³ Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques, Université Abdou Moumouni de Niamey, Niger.

INTRODUCTION: Rarely a breast mass could suggest a metastasis of another primitive site. Intramammary metastasis of extramammary cancers are infrequent and it's also a sign of advanced disease with a poor prognosis. **OBSERVATION:** The case we are reporting is a patient followed in our ward for dorsal malignant melanoma who presents a breast metastasis diagnosed 13 months after the removal of the primary lesion. **CONCLUSION:** Through this case, we did a review of the literature that allowed us to update knowledge on this unusual secondary localisation of malignant melanoma.

KEYWORDS: Melanoma; Breast metastasis; Poor prognosis.

INTRODUCTION : Très rarement une masse du sein pourrait faire penser à une localisation secondaire d'un autre site primitif. Les métastases intra-mammaires des cancers d'origine extra-mammaire sont peu fréquentes mais également le signe d'une maladie à un stade avancé avec un pronostic sombre. **OBSERVATION :** Le cas que nous rapportons est celui d'une patiente suivie dans notre service pour mélanome malin à localisation dorsale qui présente une métastase mammaire diagnostiquée 13 mois après l'exérèse de la lésion primitive. **CONCLUSION :** A travers ce cas, nous avons fait une revue de la littérature qui nous a permis d'actualiser les connaissances sur cette localisation secondaire inhabituelle du mélanome malin.

MOTS-CLES : Mélanome ; Métastase mammaire ; Pronostic sombre.

INTRODUCTION

Le mélanome est une tumeur maligne développée aux dépens des mélanocytes de la peau. Son incidence augmente rapidement à travers le monde atteignant 10% par an. Il s'agit de la tumeur cutanée maligne la moins fréquente mais la plus sévère avec un potentiel métastatique très élevé et un pronostic sombre (1). L'évolution métastatique se fait vers les ganglions lymphatiques de drainage immédiat, vers des sites lymphatiques ou cutanés intermédiaires entre la lésion cutanée initiale et le premier relais ganglionnaire ou encore vers des sites à distance entraînant des métastases. Il s'agit surtout de métastases pulmonaires, cérébrales, hépatiques et osseuses et rarement surrénaliennes, thyroïdiennes, pancréatiques et cutanées. L'extension au sein du mélanome malin est exceptionnelle avec le plus souvent un pronostic sombre (1). Nous rapportons un cas inhabituel de métastase mammaire d'un mélanome, 13 mois après l'exérèse de la lésion primitive située au dos de la patiente.

OBSERVATION

Il s'agit d'une patiente de 54 ans, 6 gestes, 6 pères, 6 enfants vivants, ménopausée depuis 5 ans, sans antécédents pathologiques connus, qui avait consulté en mars 2020 pour une tumeur bourgeonnante du dos évoluant depuis plus de 8 mois. Il s'agissait d'une tumeur située sous la pointe de l'omoplate droite sous forme de plaie récidivante augmentant progressivement de volume. Cliniquement, c'est une masse bourgeonnante d'environ 7 cm de grand axe à bord irrégulier

de couleur noire violacée, hémorragique, nécrotique par endroit et mobile par rapport au plan profond. Les aires ganglionnaires sont libres et le reste de l'examen somatique était sans particularité (Figure 1).



Figure 1 : Photo de la patiente qui présente le mélanome dorsal.

La biopsie et l'examen anatomopathologique ont conclu à un mélanome malin. Le bilan d'extension n'avait pas montré de

lésion à distance. Le dossier avait été présenté en RCP et une exérèse large avec curage axillaire droit de principe suivie d'une chimiothérapie adjuvante avait été décidée. Le bilan préopératoire réalisé était sans particularités. La patiente avait été opérée par résection large avec curage axillaire droit. Les suites opératoires avaient été simples et la patiente était sortie de l'hôpital à son 7^{ème} jour post-opératoire. L'histologie de la pièce opératoire reçue 1 mois après l'intervention, avait confirmé le diagnostic de mélanome avec des limites de résection saines et 8 ganglions indemnes de métastases. La patiente avait été perdue de vue 13 mois durant, après lesquels elle consultait pour masse mammaire droite dans un contexte de dyspnée. L'examen clinique retrouvait un état général classé OMS 2 et une masse nodulaire de 4 cm de grand axe au niveau du quadrant supéro-externe du sein droit et un nævus surélevé d'environ 0,5 centimètre de diamètre. Les aires ganglionnaires étaient libres. Il n'y avait pas de signe de récurrence locale (Figure 2).



Figure 2 : Masse mammaire du QSED.

La mammographie avait révélé une opacité nodulaire hétérogène dense de 43 mm de grand axe classé ACR 4 (Figure 3). La biopsie et l'examen anatomopathologique avaient conclu à une métastase mammaire d'un mélanome. La radiographie pulmonaire avait montré des opacités parenchymateuses en lâcher de ballon (Figure 4). Une chimiothérapie palliative à base de DTIC (Dacarbazine) suivie d'une mastectomie en cas de bonne réponse avait été décidée. Elle est décédée après 2 cures de chimiothérapie.

DISCUSSION

Le sein est rarement le siège de localisation secondaire d'un cancer. Les lésions métastatiques mammaires représentent environ 1% de l'ensemble des tumeurs malignes du sein. Parmi les principaux sites primitifs responsables de métastases mammaires, le mélanome se situe à la 2^{ème} place, dans 15% des cas derrière les lymphomes (17%), devant le rhabdomyosarcome (12%), les cancers du poumon (8%), de l'ovaire (8%) et du rein (5%). Dans la littérature la majorité des auteurs ont fait cas de la rareté de cette situation et n'ont rapporté que des courtes séries sur une longue période (2).



Figure 3 : Image suspecte à la mammographie.



Figure 4 : Image de métastases pulmonaire en lâcher de ballo..

En 6 ans, nous rapportons un seul cas. La série de Ravdel et al (3) rapportait 17 cas en 30 ans, elle est de 14,3%, et 4 cas en 9 ans dans la série de Zhou et al (4). L'âge moyen des patientes variait de 41,5 (3) à 45,8 ans (5) avec des extrêmes allant de 17 à 77 ans. Notre patiente est âgée de 54 ans et ménopausée depuis 5 ans. Le délai entre le diagnostic de la lésion primitive et celui de la métastase est de 13 mois pour notre patiente. Il est de 52,5 et 32 mois avec des extrêmes allant de 0 à 228 mois rapporté par certains auteurs (3,5). Cette différence concernant l'âge et le délai de survenue de la métastase mammaire entre notre patiente et les autres séries pourrait s'expliquer par le fait qu'il s'agissait d'une seule patiente dans

notre cas mais également par la qualité du bilan d'extension. Il s'agissait de la radiographie pulmonaire et de l'échographie abdominopelvienne pour notre patiente. Zhou et al (4) rapportaient que 53,6% des patients avaient d'autres métastases découvertes simultanément ou même qui ont précédées la lésion mammaire. Peut-être que notre patiente était également multi-métastatique au moment même où nous posons le diagnostic du mélanome surtout que la radiographie pulmonaire et l'échographie abdominopelvienne ne sont pas le standard pour le bilan d'extension. La topographie de la lésion initiale se situe majoritairement au tronc et aux membres thoraciques dans la plupart des séries et des cas qui ont été rapportés. C'est le cas pour notre patiente chez qui la lésion primitive se situait au niveau du dos, sous la pointe de l'omoplate droite. Cette topographie supérieure de la lésion primitive qui se retrouve chez la majorité des patientes (2–6) peut-elle à elle seule expliquer la métastase mammaire des mélanomes ? La vascularisation du sein paraît être également un facteur important. Du point de vue clinique et radiologique, l'aspect le plus fréquent des métastases est celui d'une tumeur bénigne. Il s'agit d'une tuméfaction mobile à contours réguliers, fermes, sans modification cutanée. A la mammographie, la tumeur est en général bien circonscrite, avec à l'échographie une image hypo-échogène circonscrite sans cône d'ombre postérieur (2). Parfois, l'imagerie n'est pas spécifique mais pour le cas de notre patiente, il s'agit d'une opacité nodulaire hétérogène dense classé ACR4 à la mammographie, c'est-à-dire une lésion mammaire qui impose une biopsie et examen anatomopathologique pour un diagnostic de certitude. Les caractéristiques cytologiques et histologiques peuvent être cependant trompeuses et faire poser à tort le diagnostic de tumeur mammaire primitive, comme le rapportent certains auteurs. L'utilisation de l'IHC a permis dans ces cas de rectifier le diagnostic. Les cancers primitifs mammaires présentent le plus souvent des marqueurs cytokeratine 7 positifs et

cytokératine 20 négatifs, associés à des récepteurs aux estrogènes positifs dans 80% des cas et des récepteurs à la progestérone positifs dans 60% des cas. Le diagnostic de métastase mammaire de mélanome est établi devant la négativité des marqueurs cytokeratine 7, des récepteurs hormonaux et la présence HBM-45, Mélan-A et de l'antigène S-100 (6,7). L'atteinte mammaire d'origine métastatique est le plus fréquemment secondaire à la lésion primitive comme illustre notre patiente mais peut être inaugurale dans 25 à 32% des cas (2) imposant la recherche de tumeur primitive par l'examen minutieux de la peau, des muqueuses de la sphère ORL, génito-urinaire et ophtalmique. Sur le plan thérapeutique, la prise en charge de ces métastases mammaires est essentiellement palliative car dans la majorité des cas, ces métastases mammaires sont accompagnées d'autres lésions secondaires dans d'autres organes (2,3,7). Néanmoins, en absence d'autres lésions au moment du diagnostic, un traitement chirurgical par tumorectomie ou mastectomie avec ou sans curage axillaire est effectué par certaines équipes. En ce qui concerne le curage axillaire, il existe peu de données dans la littérature sur son intérêt. Il n'a pas une valeur pronostique réelle d'autant plus qu'il s'agisse d'une métastase qui se fait par voie hématogène et ne répond pas aux mêmes principes de traitement chirurgical qu'un cancer du sein classique (2). Le pronostic du mélanome au stade métastatique est défavorable. L'atteinte mammaire secondaire d'un mélanome est associée à une atteinte multi-viscérale chez 74% des patients et est corrélée à un pronostic sombre avec une médiane de survie aux alentours de 12,9 mois (2,3).

CONCLUSION

La métastase mammaire d'un mélanome est rare et sa prise en charge est globalement décevante en raison du retard et de l'atteinte poly-viscérale au moment du diagnostic.

CONFLITS D'INTERET

Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts.

REFERENCES

1. Youssef A, Ben Amara F, M'Barki M, Reziga H, Magherbi H, Neji K. Métastase mammaire d'un mélanome malin. *La Tunisie Médicale*. 2013;91(3):218.
2. Sans-Mischel AC, Trastour C, Piche M, Delotte J, Cohen-Scali P, Azuar P, et al. Le gynécologue face au mélanome : métastases mammaires et utérines, à propos de trois cas. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2011 Jun;40(4):359–62. DOI: [10.1016/j.jgyn.2010.09.006](https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2010.09.006)
3. Ravdel L, Robinson WA, Lewis K, Gonzalez R. Metastatic melanoma in the breast: A report of 27 cases. *J Surg Oncol*. 2006 Aug 1;94(2):101–4. DOI: [10.1002/jso.20592](https://doi.org/10.1002/jso.20592)
4. Zhou S, Yu B, Cheng Y, Xu X, Shui R, Bi R, et al. [Metastases to the breast from non-mammary malignancies: a clinicopathologic study of 28 cases]. *Zhonghua Bing Li Xue Za Zhi*. 2014 Apr;43(4):231–5.
5. Ribeiro-Silva A, Mendes CF, Costa IS, de Moura HB, Tiezzi DG, Andrade JM. Metastases to the breast from extramammary malignancies: a clinicopathologic study of 12 cases. *Pol J Pathol*. 2006;57(3):161–5.
6. Koch A, Richter-Marot A, Wissler MP, Baratte A, Mathelin C. Métastases mammaires de cancers d'origine extra-mammaire : état des lieux et difficultés diagnostiques. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2013 Nov;41(11):653–9. DOI: [10.1016/j.gyobfe.2013.09.013](https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2013.09.013)
7. Lee AHS. The histological diagnosis of metastases to the breast from extramammary malignancies. *Journal of Clinical Pathology*. 2006 Dec 20;60(12):1333–41. DOI: [10.1136/jcp.2006.046078](https://doi.org/10.1136/jcp.2006.046078)