

# LE CAS CLINIQUE DU MOIS

## Métastase cardiaque d'un mélanome malin

S. LEMPEREUR-LEGROS (1), M.A. RADERMECKER (2), D. SOYEUR (3), R. LIMET (2)

**RÉSUMÉ :** Les auteurs rapportent le cas d'un patient atteint d'une métastase cardiaque d'un mélanome qui a été réséqué dans sa totalité. Le mélanome est une tumeur qui métastase fréquemment au niveau cardiaque. Le mécanisme d'implantation et la symptomatologie de cette localisation métastatique sont discutés.

**MOTS-CLÉS :** *Mélanome - Métastase - Endocarde*

**CARDIAC METASTASIS FROM MALIGNANT MELANOMA**  
**SUMMARY :** The authors describe a case of cardiac metastasis associated with a malignant melanoma, which was removed in its totality. Malignant melanoma is a tumour which metastases frequently at the cardiac level. The mechanism of implantation and the symptomatology of this metastatic localisation are discussed.

**KEYWORDS :** *Melanoma - Metastasis - Endocardium*

### INTRODUCTION

Le mélanome est une tumeur d'origine mélanocytaire qui dans 80 % des cas se développe sur une peau initialement saine, les 20 % restants trouvant leur origine au niveau d'un naevus. La localisation la plus fréquente est le membre inférieur pour les femmes et le dos pour les hommes. Les tumeurs mélanocytaires présentent deux phases de croissance, l'une horizontale avec des lésions planes et un pouvoir métastasiant quasi nul et l'autre verticale et infiltrante avec des lésions nodulaires et un pouvoir métastasiant maximal.

Le mélanome malin est une des tumeurs les plus agressives principalement en raison d'une extension métastatique rapide. Cette capacité d'extension métastatique peut-être estimée sur la base de trois critères : une épaisseur > 0,75 mm entre le bord inférieur de la lésion et la couche granuleuse de l'épiderme, le nombre de mitoses et le degré de réponse lymphocytaire.

Selon une étude autopsique (1), les mélanomes donnent des métastases cardiaques dans 64 % des cas, dont seulement 16% sont diagnostiquées *in vivo*. Les métastases de mélanome, cérébrales, cardiaques ou autres, sont fréquemment réfractaires à la chimiothérapie, et sont donc grevées d'un pronostic fort sombre, spécialement en cas d'atteinte cardiaque.

### CAS CLINIQUE

En juillet 2005, un homme âgé de 55 ans, subit une résection cutanée d'un mélanome situé au niveau de l'angle maxillaire gauche. Suite aux résultats de l'analyse extemporanée, une résection complémentaire et un évidement ganglionnaire cervical ont été réalisés, montrant

une recoupe négative et des ganglions envahis. Il s'agit donc d'un mélanome de stade III, Clark V, KI 67 : 50 %. Le patient a bénéficié d'une chimiothérapie adjuvante à base d'Interferon pendant 11 mois à raison d'1 injection sous-cutanée 3x/semaine.

En septembre 2007, il était considéré comme étant en rémission complète. Un mois plus tard, un CT-scanner abdominal et un PET-scanner ont mis en évidence une lésion hyperfixante au niveau de l'oreillette droite ainsi que des lésions au niveau du rein gauche et du hile splénique. Au niveau cardiaque, l'échocardiographie montrait une masse de 5 cm de diamètre semi-pédiculée, diffusément hétérogène, au contour irrégulier, fixée à la paroi latérale de l'oreillette droite avec un flux rapide en périphérie, mais sans signe d'obstruction. D'un point de vue clinique, le patient était asymptomatique, il ne décrivait ni douleur thoracique, ni dyspnée ni trouble du rythme.

Après discussion multidisciplinaire, il a été décidé de procéder à une résection tumorale complète dans l'auricule droite. Sous circulation extra-corporelle, l'entière de la tumeur a été réséquée ainsi que la paroi auriculaire supérieure comprenant la jonction auriculo-cave, tout en respectant le nœud auriculo-ventriculaire et le sinus coronaire. Pour la reconstruction vasculaire, un patch péricardique autologue tubulisé fut anastomosé en termino-terminal au niveau du moignon de la veine cave supérieure. Le reste du patch épousait la cavité auriculaire résiduelle et réalisait l'auriculoplastie. Les suites opératoires furent simples avec une très bonne évolution biologique et clinique.

Le bilan d'extension scannographique post-opératoire, réalisé le 22 novembre 2007, révèle une tendance à la progression des lésions situées au niveau splénique et rénal interne gauche.

Dans ce contexte de mélanome en récurrence cardiaque, péritonéale et rétropéritonéale, les

(1) Etudiant, Université de Liège.

(2) Service de Chirurgie Cardio-vasculaire et Thoracique, CHU de Liège.

(3) Service de Cardiologie, CHU de Liège.

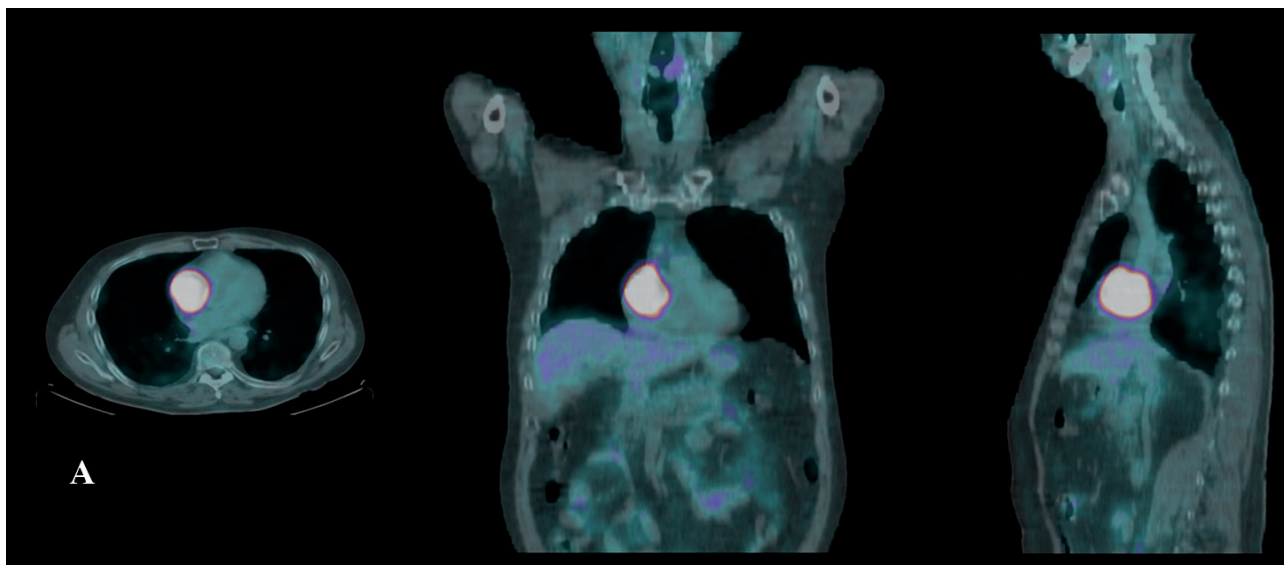


Figure 1 A, B. PET-CT-scan (coupe frontale, sagittale et transversale) montrant une hyperfixation de fluoro-désoxy-glucose (18-FDG) dans la tumeur intra-auriculaire droite, correspondant à un hypermétabolisme focal au sein de cette métastase cardiaque du mélanome.

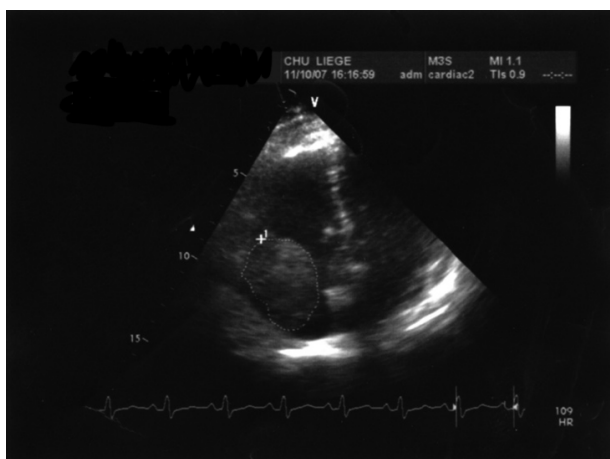
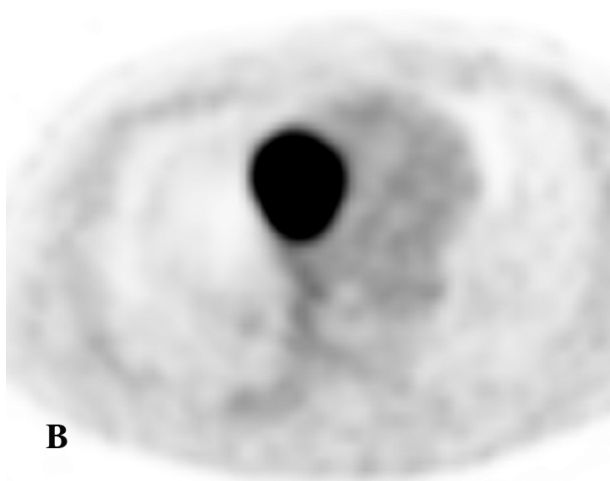


Figure 2. Echographie trans-oesophagienne montrant une masse (diamètre = 5 cm) pédiculée dans l'oreillette droite, fixée à la paroi latérale.

oncologues ont prescrit une chimiothérapie de deuxième ligne associant le DTIC et le cisplatine. Actuellement, le patient supporte bien son traitement adjuvant instauré depuis trois mois.

## DISCUSSION

Les métastases cardiaques font partie des métastases les moins connues et restent très controversées sur le plan du traitement oncologique.

Les cancers primitifs peuvent se disséminer selon trois modalités : par extension loco-régionale, par voie lymphatique ou par voie hémotogène. La capacité d'une tumeur à s'implanter au niveau cardiaque ne dépend pas que des caractéristiques intrinsèques de cette tumeur, mais aussi des spécificités propres au fonctionnement cardiaque. Le type de structure cardiaque où se situe la métastase est déterminé par la nature de la tumeur primitive. Un envahissement du péricarde provient le plus souvent de tumeurs avoisinantes. Dans la majorité des cas, c'est le myocarde qui est atteint en premier, par voie lymphatique rétrograde provenant de la trachée ou des structures broncho-médiastinales. Les métastases endocardiques sont secondaires à une dissémination hémotogène.

Selon une étude de Trieste (Italie) (2), 38,8 % de 18.751 autopsies (patients décédés en milieu hospitalier entre 1994 et 2003) ont démontré un

processus néoplasique dont 9,1 % (662 autopsies) comprenaient également une métastase cardiaque. L'analyse de ces atteintes cardiaques a montré un envahissement péricardique dans 2/3 des cas, myocardique dans 25 % des cas et endocardique dans 5 % des cas. Cette importante série n'a pas mis en évidence de prédominance homme-femme. Les tumeurs primitives les plus fréquemment retrouvées sont les tumeurs médiastinales et les mélanomes avec quelques cas d'adénocarcinomes pulmonaires et de mésenchymomes.

La présentation clinique d'une métastase cardiaque est le plus souvent silencieuse. La symptomatologie dépend de son étendue et de sa localisation. En cas d'implantation péricardique, on peut observer un épanchement séreux ou hémorragique. En cas d'implantation myocardique, on observera plutôt des troubles du rythme ou des troubles de conduction (3). En cas d'implantation intracavitaire, on peut observer une embolie néoplasique ou une décompensation cardiaque. Les localisations intracavitaires droites sont favorisées par une basse pression, un flux sanguin ralenti et une moindre force contractile, ce qui explique la rareté des implan-

tations au niveau du cœur gauche et de l'appareil valvulaire.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. Ozyuncu N, Sahin M, Altin T, et al.— Cardiac metastasis of malignant melanoma : a rare cause of complete atrioventricular block. *Europace*, 2006, **8**, 545-548.
2. Bussani R, De Giorgio F, Abbate A, Silvestri F.— Cardiac metastases. *J Clin Pathol*, 2007, **60**, 27-34.
3. Glancy DL, Roberts WC.— The heart in malignant melanoma: a study of 70 autopsy cases. *Am J Cardiol*, 1968, **21**, 555-571.
4. Poh K K, Avelar E, Hua L, King M E.— Cardiac metastases from malignant melanoma. *Clin Cardiol*, 2007, **30**, 359-360.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr. R. Limet, Service de Chirurgie Cardio-vasculaire et Thoracique, CHU de Liège, 4000 Liège, Belgique. E-mail : rlimet@ulg.ac.be