

## Mélanome de la main

Le mélanome est rarement localisé au niveau de la main. Il forme la deuxième tumeur de la main après le carcinome épidermoïde et représente 9,7% des tumeurs malignes à ce niveau [1]. Le but de ce travail était de rapporter une série de mélanome de la main.

### Matériel et méthodes

Nous avons revu de façon rétrospective tous les dossiers de malades qui étaient hospitalisés, au CHU Hédi Chaker de Sfax, pour un mélanome entre 1996 et 2009 (14 ans). Les mélanomes localisés au niveau de la main ont été retenus. La localisation au niveau de la main était définie par une atteinte distale au poignet. A partir de chaque dossier, nous avons précisé les données épidémiologiques (sexe, antécédents de mélanome personnel ou familial, âge au moment du diagnostic, durée d'évolution avant le diagnostic et notion de traumatisme antérieur), celles relatives à la tumeur (notion de lésion préexistante, aspect clinique, localisation, taille et type histologique), les modalités thérapeutiques et l'évolution (récidive, métastase, délai et traitement). Le délai de récurrence ou de métastase du mélanome était défini comme étant le temps entre la première consultation et le moment du diagnostic de la récurrence ou de la métastase.

### Résultats

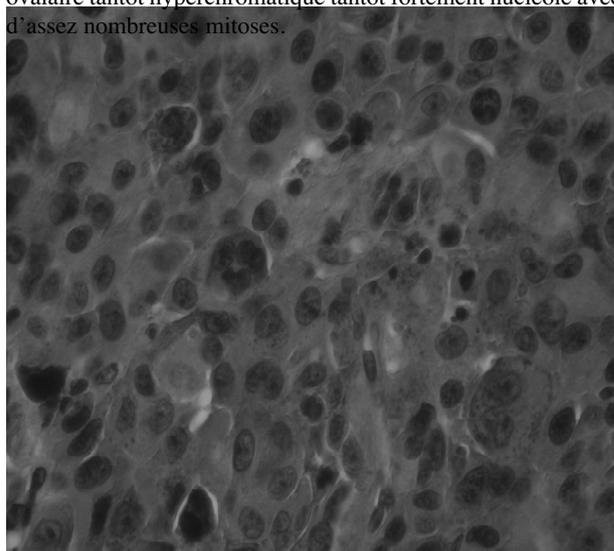
Nous avons recensé, parmi 68 mélanomes et en 14 ans, cinq mélanomes de la main (7,3%). Le sex-ratio H/F était de 2/3. Le pic d'incidence se situait à la 6<sup>ème</sup> décennie, avec un âge moyen au moment du diagnostic de 58 ans et des extrêmes de 22 et 86 ans (tableau 1). Deux malades rapportaient un traumatisme antérieur (40%). Le délai diagnostique variait de un à 6 ans (moyenne de 2,8 ans). Aucun antécédent de mélanome dans la famille n'était rapporté. Un seul cas de mélanome (20%) était localisé en sous unguéale (pouce). Les autres siégeaient à la face dorsale de la main dans 2 cas (40%) et à la face palmaire ou latérale d'un doigt chacun dans un cas (20%). L'aspect clinique était variable selon la localisation. La taille de la tumeur variait de 1 à 7 cm (moyenne de 3 cm). Tous nos malades étaient au stade mélanome localisé au moment du diagnostic. D'autres diagnostics étaient évoqués chez de nos malades : un carcinome basocellulaire dans 2 cas, un granulome à corps étranger, une kératose séborrhéique et un pilomatricome chacun dans un cas. Le type histologique prédominant était le mélanome acral lentigineux (3 cas) (fig.1 et 2). Respectivement, un cas de mélanome de Dubreuilh (fig.3) et un mélanome spizoïde étaient diagnostiqués. La moyenne de l'indice de Breslow était de 3,25mm (extrêmes de 2 et 11 mm). L'exérèse chirurgicale était le traitement de première intention dans 4 cas avec une limite d'exérèse variant de 1 à 2cm (tableau 1). L'amputation était indiquée d'emblée chez le patient N°5. Les limites chirurgicales étaient saines dans 3 cas. Deux malades étaient perdus de vue. Deux malades ont présenté une récurrence tumorale (dans un délai de 2 ans), et une métastase (dans un délai de 1 à 3 ans). Le traitement des récurrences

tumorales était chirurgical. La patiente N°1 avait bénéficié initialement d'une exérèse simple par un médecin de libre pratique. Les limites d'exérèse étaient saines. Deux ans plus tard, elle présentait une récurrence tumorale imposant une amputation de l'auriculaire et du 5<sup>ème</sup> métacarpe. Les limites chirurgicales étaient tumorales mais la malade refusait la ré-intervention. Une année après, elle était revue avec une récurrence tumorale indiquant cette fois l'amputation de la main. La patiente N°2 (tableau 1) était perdue de vue après la première chirurgie malgré des limites chirurgicales tumorales. Elle nous consultait, 2 ans et demi après, pour récurrence tumorale avec métastase ganglionnaire (axillaire) et viscérale. Aucun décès n'était noté durant la période de suivie (maximum de 3 ans).

**Figure 1 :** Mélanome acral lentigineux de la face palmaire de la main (patiente N°3)



**Figure 2 :** Aspect histologique du mélanome acral lentigineux (patiente N°3) : prolifération en nappe de cellules rondes à cytoplasme chargé d'un pigment brunâtre et à noyau rond ou ovalaire tantôt hyperchromatique tantôt fortement nucléolé avec d'assez nombreuses mitoses.



**Figure 3 :** Mélanome de Dubreuilh du dos de la main (patiente N°1)



### Conclusion

Le mélanome de la main est réputé d'être de mauvais pronostic. Un diagnostic précoce et un traitement adéquat peuvent améliorer la survie.

### Références

1- Booher RJ, Pack Gt. Malignant melanoma of the feet and hands. *Surgery* 1957; 42: 1084-1121.

*Meriem Amouri, Madiha Mseddi, Sameh Ellouze\*, Sonia Boudaya, Abderrahmen Masmoudi, Taha J Meziou, Tahia Boudawara\*, Hamida Turki*

*Service de Dermatologie - CHU Hédi Chaker*

*\*Laboratoire d'Anatomopathologie- CHU Habib Bourguiba-Sfax - Tunisie*

**Université de Sfax**

### Paraganglioma of the nasal cavity

Paragangliomas are tumours that arise from the paraganglia. They are unusual in the head and neck (1). His normal distribution in the head and neck parallels the course of the autonomic nervous system, i.e., jugulotympanic and vagal plexi and the carotid body. These tumors are rarely found in areas where, apparently, there are no paraganglionic tissues. We report a case of nasal cavity paraganglioma and describe this case in the context of the current literature.

### Case report

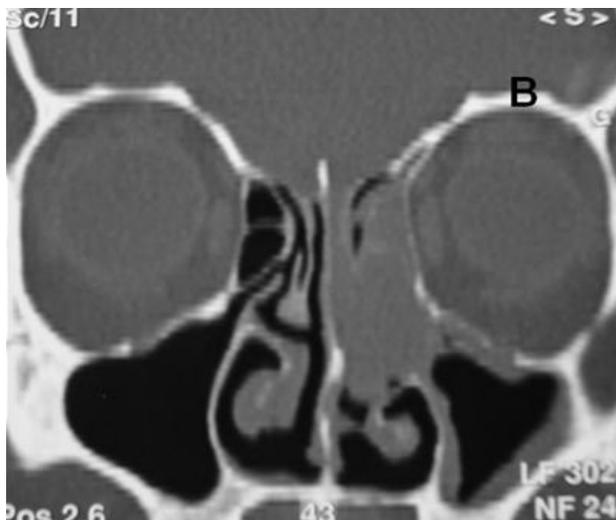
A 43-year-old woman with a previous history of insulin-resistant diabetes, epilepsy, and dyslipidemia complained of

intermittent left-sided epistaxis associated with left-sided nasal obstruction, and headache. The physical examination showed a reddish mass occupying the region of left middle meatus that bled easily when touched. A computed tomographic (CT) scan without contrast was obtained and revealed a soft tissue mass occupying the left nasal cavity. There was erosion of the cribriform plate of the ethmoid, the head of the middle turbinate and uncinete process (Figures 1, 2).

**Figure 1 :** axial CT scan of facial bones



**Figure 2 :** Coronal CT scan of facial bones



Magnetic resonance imaging (MRI) showed a tissue mass in the left nasal cavity centered on the middle turbinate moving upwards in contact with the cribriform plate of the ethmoid and causing obstruction of the nasofrontal canal and the ostium of the maxillary sinus. This mass was homogeneously iso intense