

Mélanome malin : un diagnostic différentiel d'une plaie chronique de pied diabétique

Maurine OREGLIA, Olivier CHABRE, Pierre-Yves BENHAMOU, Marie MULLER

Service d'Endocrinologie, Pôle Digidune, CHU de Grenoble

Introduction :

- La prise en charge d'une plaie de pied diabétique requiert dès le début qu'un diagnostic étiologique soit fait, pour décider d'un traitement adapté.
- En effet, bien que le mal perforant plantaire soit la lésion la plus fréquemment rencontrée sur le pied d'un patient diabétique, d'autres types de lésions peuvent être présentes, et dont le traitement sera parfois totalement différent. Un centre de prise en charge des plaies de pied diabétique doit pouvoir également réorienter certaines lésions qui ne relèvent pas de la compétence d'un service de diabétologie tel que ulcère veineux, escarres, plaies nécessitant une revascularisation ou encore tumeurs cutanées.
- Nous présentons ici le cas d'un patient qui aurait dû être orienté vers un service de dermatologie, dès le début de sa lésion 6 mois avant...

Cas clinique :

- Mr D.F.U âgé de 62 ans se présente pour la première fois à la consultation de pied diabétique en février 2014. Il est adressé par son infirmier libéral qui le prend en charge pour une **lésion chronique du 5° orteil droit évoluant depuis 6 mois**.
- Devant la stagnation de la lésion, cet infirmier expérimenté en plaies chroniques sollicite un avis spécialisé.
- Mr D.F.U. présente un diabète de type 2 récent, bien équilibré sous anti-diabétiques oraux. La lésion (photo ci jointe) se présente comme une pigmentation noire-violacée de la pulpe de l'orteil, non algique, avec une ulcération minime, entourée d'un halo érythémateux.
- Il n'y pas de signe d'infection, et les pouls périphériques sont perçus.
- A l'issue de cette consultation, des examens sont prescrits et on demande au patient de supprimer toute chaussure fermée pour éviter tout frottement ou conflit avec la chaussure qui pourrait entretenir cette lésion.



- Deux semaines plus tard, Mr D.F.U est revu : le doppler artériel ne montre pas d'artériopathie des membres inférieurs, la lésion est inchangée, la radiographie du pied montre une **lyse osseuse de la 3° phalange du 5° orteil**.
- Finalement, on demande au patient de se rendre à la consultation de dermatologie car cette lésion atypique doit bénéficier d'une biopsie cutanée.
- Le diagnostic est posé : il s'agit d'un **mélanome acrolentigineux**.
- Le patient est opéré en avril 2014 : amputation d'orteil + envahissement massif de toute la région inguinale ne permettant qu'une biopsie ganglionnaire.
- Il s'agit donc d'un mélanome acro-lentigineux de niveau V de Clark, à index mitotique élevé, envahissant l'os sous-jacent, avec envahissement ganglionnaire inguinale.
- Le bilan d'extension en dermatologie va montrer des métastases pulmonaires, hépatiques et probablement colique.
- Une chimiothérapie est débutée par Dacarbazine. Fin juillet, le patient décède après seulement 3 cures.

Discussion :

- Le Pied et la cheville représentent 3 à 15% des localisations de mélanomes cutanés, avec un pronostic habituellement moins bon.
- Le Mélanome est la tumeur maligne la plus fréquente située au niveau du pied.
- Les facteurs de risque de mélanome au niveau du pied sont la présence de naevus au niveau du pied, un nombre élevé de naevus sur le corps, ou encore des antécédents de blessures pénétrantes(1). L'exposition aux rayons ultra-violet est moins claire, puisqu'il s'agit d'une zone non exposée.
- Parmi les 4 sous-types histologiques de mélanome, le mélanome acro-lentigineux est le plus fréquent au niveau des pieds, et son pronostic serait plus sombre, vraisemblablement parce que son diagnostic est souvent retardé par rapport à d'autres localisations que le pied. En effet, il n'est pas rare que le diagnostic soit tardif après la consultation de plusieurs spécialistes(2).
- Les erreurs diagnostiques sont probablement plus fréquentes que pour les autres localisations de mélanomes, en particulier pour les présentations atypiques péri-unguéales. Les diagnostics évoqués les plus couramment sont : un hématome, une plaie de pied, de la nécrose, une onychomycose, une infection bactérienne, etc...
- Bristow et al ont proposé en 2010 un acronyme d'aide au diagnostic (CUBED) et qui résume les caractéristiques les plus fréquentes d'un mélanome du pied, qui peut servir à évoquer ce diagnostic rare devant une lésion atypique du pied ou de l'ongle (tableau 3 issu de (1)).

Table 3 The "CUBED" acronym for foot melanoma

C	Coloured lesions where any part is not skin colour.
U	Uncertain diagnosis. Any lesion that does not have a definite diagnosis
B	Bleeding lesions on the foot or under the nail, whether the bleeding is direct bleeding or oozing of fluid. This includes chronic "granulation tissue".
E	Enlargement or deterioration of a lesion or ulcer despite therapy
B	Delay in healing of any lesion beyond 2 months.

Refer when any two features apply.

Conclusion :

- Le mélanome du pied est un diagnostic différentiel possible devant une « plaie de pied diabétique » de présentation atypique. Cela reste un diagnostic rare et difficile à faire, souvent tardif.
- Une meilleure connaissance de cette entité permettra un diagnostic plus précoce et une amélioration du pronostic de ces lésions qui reste encore sombre, comme illustré dans ce cas clinique

(1) Clinical guidelines for the recognition of melanoma of the foot and nail unit. Bristow IR, de Berker DA, Acland KM, Turner RJ, Bowling J. J Foot Ankle Res. 2010 Nov 1;3:25.

(2) Acral lentiginous melanoma of the foot and ankle: A case series and review of the literature. Bristow IR, Acland K. J Foot Ankle Res. 2008 Sep 15;1(1):11.