

MELANOME CHOROÏDIEN A PROPOS D'UN CAS

Z.LAFTIMI, S.ZAMZAMI, S.ETTOURI, G.DAGHOUI, L.EL MAALOUM,
B.ALLALI, A. EL KETTANI

Service d'ophtalmologie pédiatrique, Hopital 20 aout, casablanca

RESUME

Les mélanomes choroïdiens sont les plus fréquentes des tumeurs intra oculaires malignes primitives. Les options thérapeutiques sont limitées en l'absence de traitements conservateurs dans les pays en voie de développement rendant ainsi difficile leur prise en charge.

L'objectif de cette étude était de discuter les difficultés de prise en charge du mélanome choroïdien .

Nous rapportons l'observation d'une patiente présentant un aspect ophtalmoscopique de mélanome choroïdien dans une population mélanoderme. L'énucléation était proposée en première intention.

Patiente de 50 ans, Le diagnostic de mélanome était évoqué devant l'aspect classique en échographie et confirmé à l'histologie après énucléation.

Malgré le développement des traitements conservateurs, l'énucléation reste un choix difficile mais garde sa position dans la prise en charge de ces tumeurs dans les pays en voie de développement.

Le mélanome choroïdien est une maladie grave avec un risque vital lié aux métastases en absence de traitement précoce.

Mots-clés : choroïde ; tumeur ; mélanome ; énucléation

Date of Submission: 02-04-2023

Date of Acceptance: 13-04-2023

I. INTRODUCTION

Le mélanome choroïdien est les plus fréquent des tumeurs intra oculaires malignes primitives (1). Sa fréquence est estimée entre 6-7 million d'habitants/ an (2), varie d'une région à l'autre et dépend de la race. Les mélanomes touchent de préférence les caucasiens et sont rares dans les autres groupes raciaux (3). La maladie est exceptionnelle en Afrique, sa fréquence était estimée à 4,76% des cancers oculaires retrouvés (4). Le diagnostic est suspecté à l'ophtalmoscopie, conforté à l'imagerie et confirmé à la ponction à l'aiguille ou après un examen histologique de la pièce opératoire. Leur prise en charge est discutée selon les cas. L'arsenal thérapeutique des tumeurs intraoculaires est actuellement à disposition dans les pays développés (6) .Il s'agit des techniques de traitement conservateur par irradiation de faisceaux de protons ou de disque radioactif. Si la radiothérapie est le mode du traitement de choix dans ces pays, l'énucléation conserve aussi sa position dominante dans le traitement des mélanomes de grande taille et/ou des métastases. Elle est la méthode la plus utilisée dans les pays en voie de développement par insuffisance de plateaux technique adéquats et souvent du retard au diagnostic.

Nous rapportons un cas de mélanome choroïdien primitif avec la difficulté de la prise en charge en absence de moyens et de méthodes thérapeutiques spécifiques à l'oncologie oculaire dans notre centre.

II. MÉTHODES ET PATIENTS

Un examen ophtalmologique complet à la recherche de mélanome de l'iris ou du corps ciliaire et une mélanocytose oculaire a été réalisé . Le diagnostic était clinique et le bilan d'extension initial comportait une rétinographie, une échographie oculaire et hépatique . Le traitement a consisté à une énucléation en première intention devant l'aspect volumineux de la tumeur et l'absence de traitements conservateurs dans notre pays avec une confirmation histologique. Une surveillance semestrielle avec une échographie hépatique de contrôle était instituée.

III. RÉSULTATS

Patiente de 50 ans, l'acuité visuelle était limitée à 2/10 non améliorable à l'œil atteint et 10/10 à l'œil adelphe . L'ophtalmoscopie a mis en évidence une masse rétinienne unique, surélevée et hétérogène à l'œil droit. (Figure 1). Le diagnostic de mélanome choroïdien était évoqué devant l'aspect classique de bouton de chemise en échographie bidimensionnelle (Figure 2) .

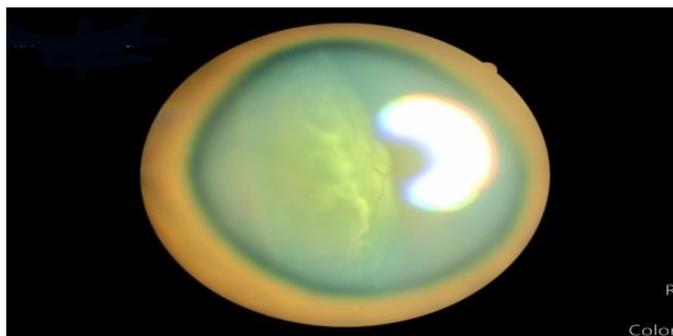


Figure 1. Ophtalmoscopie de l'œil droit montrant une masse tumorale pigmentée et hétérogène occupant la rétine temporal.



Figure 2. Echographie bidimensionnelle avec le bouton de chemise caractéristique de tumeur choroïdienne.

La patiente était informée du risque évolutif et des éventualités thérapeutiques de la lésion dans notre pays. Les données de la tomographie à cohérence optique, l'angiographie à la fluorescéine et au vert d'indocyanine et l'imagerie par résonance magnétique pourraient apporter des critères pronostiques et de suivi après traitement conservateur. Le traitement a consisté à une énucléation de l'œil droit après son consentement éclairé et du bilan d'extension. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a confirmé le diagnostic du mélanome choroïdien avec la présence de mitoses cellulaires et d'atypies cytonucléaires.

IV. DISCUSSION

Le mélanome choroïdien bien que sporadique, a été rapporté dans les populations mélanodermes d'Afrique (4,5). Nous présentons un cas de tumeur choroïdienne chez une femme de 50 ans. Le diagnostic a été évoqué devant l'aspect ophtalmoscopique et échographique caractéristique de la lésion, confirmé par des examens histologiques de la pièce opératoire. Une prédominance masculine est retrouvée dans la littérature sans que cela ne soit expliqué et l'âge de découverte se situe autour de 60 ans(7,8). Dans notre cas, le traitement a consisté à une énucléation en première intention vu le risque du pronostic vital engagé lié au caractère malin de la tumeur. L'absence de centre de référence en onco-ophtalmologie et la croyance traditionnelle sont des facteurs qui limitent le traitement de ces tumeurs en Afrique. Depuis les travaux de Collaborative Ocular Melanoma Study (COMS), les indications du traitement des mélanomes choroïdiens sont claires dans les pays développés(3). Ils privilégient les traitements conservateurs pour les tumeurs de petite à moyenne taille notamment, la bradythérapie avec fixation sclérale de la plaque radioactive (9) ou de la radiothérapie stéréotaxique (10). Dans nos pays ces modalités de prise en charge ne sont pas souvent disponibles et nécessitent un contrôle régulier avec un personnel qualifié. Malgré le développement des traitements conservateurs, l'énucléation reste un choix difficile mais garde sa position dans la prise en charge de ces tumeurs surtout dans nos pays. La perte de vue, le manque d'infrastructures et l'ignorance doivent être des critères d'opérabilité à ne pas négliger en Afrique. Le traitement radical permet un meilleur pronostic vital tel a été le cas de notre patiente. D'autant plus qu'il n'y a pas de différence significative de survie entre les patients traités par énucléation et par bradythérapie (3). La prise en charge de certaines complications liées à la radiothérapie est aussi difficile et fait appel à d'autres domaines de compétences parfois même une énucléation secondaire(11,12). Ces complications post radique peuvent être : La cataracte, le glaucome néo vasculaire, la rétinopathie radique, le trou maculaire, l'ischémie maculaire et/ou le décollement de rétine(13,14).

V. CONCLUSION

Le mélanome choroïdien est une maladie grave avec un risque vital lié aux métastases en absence de traitement précoce. Les options thérapeutiques sont connues de nos jours. Si les traitements conservateurs sont de plus en plus préconisés, ils ne donnent pas de garantie pour le résultat fonctionnel de l'œil irradié. Des efforts

sont à faire dans nos pays pour la sensibilisation de la population et la mise en place d'un système de prise en charge des tumeurs malignes. L'énucléation peut être une option de première intention surtout pour les tumeurs évoluées.

RÉFÉRENCE

- [1]. Jose SP. Rétine, choroïde, vitré: Tumeurs de la choroïde et de la rétine de l'adulte. Paris:Elsevier; 2005, P. 121-26.
- [2]. Livia Lumbroso. L, Sarah. T. Tumeurs choroïdiennes et rétinienne. Rétine 2012 ; 8 :72-82
- [3]. Jampol LM, Moy CS, Murray TG, Reynolds SM, Albert DM, Schachat AP, et al. The COMS randomized trial of iodine 125 brachytherapy for choroidal melanoma: IV. Local treatment failure and enucleation in the first 5 years after brachytherapy. COMS report no. 19. Ophthalmology 2002; 109:2197-206.
- [4]. Seck SM, Agboton G, Diop Y, Gueye NN, Seck. CM, Lam A. Rhabdomyosarcome orbitaire : expérience sur 20 ans à l'hôpital principal de Dakar. Revue SOAO 2011, 2 :30-7.
- [5]. Kouassi FX, Ouattara Y, Kouassi AC, Yoffou ; L, Koffi KV, Soumahoro M, Koné S. Mélanome choroïdien chez l'africain mélanoderme : A propos d'un cas. Revue SOAO 2010, 1 :28-31.
- [6]. Zografos. L, Uffer. S, Sahel. J. Tumeurs intraoculaires : Tumeurs pigmentées de l'uvée. Paris :Masson; 2002. P. 95-278.
- [7]. M Saleh, J Zhang, C Benichou, et al. Mélanomes choroïdiens traités par protonthérapie : Résultats anatomiques et fonctionnels au CHU de Strasbourg. Journal français d'Ophthalmologie 2013 ; 36: 583-88
- [8]. Dendale R, Lumbroso-Le Rouic L, Noel G, et al. Proton beam radiotherapy for uveal melanoma: results of Curie Institut-Orsay proton therapy center (ICPO). Int J Radiat Oncol Biol Phys 2006; 65:780-87
- [9]. Egger E, Zografos L, Schalenbourg A, Beati D, Bohringer T, et al. Eye retention after proton beam radiotherapy for uveal melanoma. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2003 ; 55 :867-80
- [10]. Georg D, Dieckmann K, Bogner J, Zehetmayer M, Potter R. Impact of micromultileaf collimator on stereotactic radiotherapy of uveal melanoma. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2003;55: 881-91
- [11]. Yeung SN, Paton KE, Waite C, Maberley DA. Intra-vitreous bevacizumab for iris neovascularization following proton beam irradiation for choroidal melanoma. Can J Ophthalmol 2010; 45: 269-73
- [12]. Char DH, Bove R, Phillips TL. Laser and proton radiation to reduce uveal melanoma-associated exudative retinal detachments. Am J Ophthalmol 2003; 136: 180-82
- [13]. Gibran SK, Kapoor KG. Management of exudative retinal detachment in choroidal melanoma. Clin Experiment Ophthalmol 2009; 37:654-59
- [14]. Narang S, Kochar S, Pannu KS, Kalra N, Gupta R, Sood S. Choroidal melanoma with macular hole. Indian J Ophthalmol 2004; 52: 238-41

Z.LAFTIMI, et. al. " MELANOME CHOROÏDIEN A PROPOS D'UN CAS." *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)*, 22(4), 2023, pp. 37-39.