

PROBLÉMATIQUE DE LA PRISE EN CHARGE DU MÉLANOME CHOROÏDIEN : À PROPOS DE DEUX CAS À L'IOTA.

PROBLEMS OF MANAGEMENT OF CHOROIDAL MELANOMA:
ABOUT TWO CASES AT THE IOTA.

NAPO A^{1*}, GUINDO^{A1}, GUIROU N¹, MALE I², TOUNKARA C³, CONARE I¹, SIDIBE M⁴,
SIDIBE MK¹, SYLLA F¹, TRAORE L¹, TRAORE J¹, DIALLO A¹, BACIN F⁵.

- 1- Institut d'Ophtalmologie Tropicale de l'Afrique
- 2- Service d'Anatomopathologie de l'Hôpital du Point G
- 3- Service d'Ophtalmologie de l'Hôpital de Koutiala
- 4- Service d'Ophtalmologie de l'Hôpital de Sikasso
- 5- Consultant en Ophtalmologie, Clermont Ferrand

Correspondance : Dr NAPO A
Institut d'Ophtalmologie Tropicale de l'Afrique/ Mali
napoabdoulaye48@yahoo.fr

Communication affichée au 9^{ème} congrès de la SOAO, Novembre 2013, Yamoussoukro - Côte d'Ivoire.

Conflit d'intérêt : Aucun

RESUME

Introduction: 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 développement rendant ainsi difficile leur prise en charge.

L'objectif de cette série était de discuter les difficultés de prise en charge du mélanome choroïdien à l'IOTA.

Méthodes et patients: Nous rapportons l'observation de deux patientes présentant un aspect ophtalmoscopique de mélanome choroïdien dans une population mélanoderme. L'énucléation fut proposée en première intention. Elle a été acceptée par l'une et refusée par l'autre.

Résultats: 1^{er} cas : Patiente de 50 ans, référée d'un centre secondaire pour avis sur une masse rétinienne.

SUMMARY

Introduction: choroidal melanomas are the most common of primary malignant intra ocular tumors. Treatment options are limited in the absence of conservative treatments in developing countries making difficult their management.

The objective of this series was to discuss the difficulties of the management of choroidal melanoma at IOTA.

Patients and Methods: We report the observation of two patients with an ophthalmoscopic aspect of choroidal melanoma in a black population. Enucleation was the first line proposition. It was accepted by one and rejected by the other.

Le diagnostic de mélanome fut évoqué devant l'aspect classique en échographie et confirmé à l'histologie après énucléation.

2^{ème} cas : Patiente de 55 ans, consulta pour myodésopsies. Le Fond d'œil mit en évidence une masse rétinienne pigmentée. Le diagnostic de mélanome choroïdien fut évoqué devant l'aspect caractéristique. Le traitement consista à une surveillance clinique.

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

Mots-clés : CHOROÏDE ; TUMEUR ; MÉLANOME ; ENUCLÉATION

Results: Case 1: A 50-year-old patient was referred from a secondary center for advice on a retinal mass. Melanoma diagnosis was suspected from the classic aspect on ultrasound scan and confirmed at histology after Enucleation.

Case 2: A 55-year-old Patient, consulted for myodesopsia. The fundus oculi brought to light a pigmented retinal mass. The diagnosis of choroidal melanoma was suspected from the characteristic appearance. The treatment consisted in clinical monitoring.

Discussion: *Despite the development of conservative treatments, Enucleation remains a difficult choice but keeps its position in the management of these tumors in developing countries.*

Conclusion: *Choroidal melanoma is a serious disease with a vital risk associated with metastases in the absence of early treatment.*

KEYWORDS: CHOROID; TUMOR; MELANOMA; ENUCLEATION

INTRODUCTION

Les mélanomes choroïdiens sont les plus fréquentes des tumeurs intra oculaires malignes primitives¹. Sa fréquence est estimée entre 6-7 million d'habitants/ an², 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 raciaux³. La maladie est exceptionnelle en Afrique, sa fréquence était estimée à 4,76% des cancers oculaires retrouvés sur 20 ans au Sénégal⁴. Un seul cas a été signalé à notre connaissance en Côte d'Ivoire⁵. 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

développés⁶. Il s'agit des techniques de traitement conservateur par irradiation de faisceaux de protons ou de disque radioactif. Si la radiothérapie est le mode de 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 adéquat et souvent du retard au diagnostic. Nous rapportons deux cas de mélanomes choroïdiens primitifs avec la difficulté de la prise en charge en absence de moyens et de méthodes thérapeutiques spécifiques à l'oncologie oculaire dans notre centre.

L'objectif de cette série était de discuter les difficultés de prise en charge du mélanome choroïdien à l'IOTA.

MÉTHODES ET PATIENTS

Toutes ont bénéficié d'un examen ophtalmologique complet à la recherche de mélanome de l'iris ou du corps ciliaire et une mélanocytose oculaire. Le diagnostic a été clinique dans le deux cas et le bilan d'extension initial comportait une rétinographie, une échographie oculaire et hépatique dans le premier cas qui avait accepté les investiga-

tions. Le traitement a alors 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 fut instituée.

RÉSULTATS

1^{er} cas : Patiente de 50 ans, qui a été référée par un centre secondaire de l'intérieur. L'acuité visuelle était de 10/10 des deux yeux. L'ophtalmoscopie mit en évidence une masse rétinienne unique, surélevée et hétérogène à l'œil droit. (Figure 1). Le diagnostic de mélanome choroïdien fut évoqué devant l'aspect classique de bouton de chemise en échographie bidimensionnelle (Figure 2). La patiente fut informée du risque évolutif et des éventualités thérapeutiques de la lésion dans notre pays. Les données de la tomo-

graphie 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 confirma le diagnostic du mélanome choroïdien avec la présence de mitoses cellulaires et d'atypies cytonucléaires (Figure 3).

Une surveillance semestrielle ophtalmologique et échographique fut instaurée à la recherche de localisation secondaire avec des suites simples depuis plus de trois ans.

Le traitement par irradiation de faisceaux de protons ou de disque radioactif pourrait conserver la vision si la taille de la tumeur n'est pas importante

2^{ième} cas : Patiente de 55 ans sans antécédents connus, qui a été adressée pour une sensation de corps flottants devant l'œil droit. L'acuité visuelle était limitée à 5/10 non améliorable à l'œil atteint et 10/10 à l'œil Adelphe. Le Fond d'œil mit en évidence une masse rétinienne unique, unilatérale, surélevée et pigmentée. Le diagnostic de mélanome choroïdien fut posé devant l'aspect ophtalmoscopique caractéristique de la tumeur. La patiente a été informée de la nécessité de poursuite du bilan et des options thérapeutiques de son tableau clinique. Devant le refus de la patiente, le traitement consista à une surveillance clinique à distance et de façon involontaire par le médecin traitant. Elle décéda 3 mois plus tard dans un contexte néoplasies généralisées secondaire au mélanome choroïdien primitif.

DISCUSSION

Le mélanome choroïdien bien que sporadique, a été rapporté dans les populations mélanodermes d'Afrique^{4,5}. Nous présentons deux cas de tumeur choroïdienne dans la population malienne exclusivement mélanoderme avec les difficultés de la prise en charge. Il s'agissait de deux femmes de 50 et 55 ans. Le diagnostic a été évoqué devant l'aspect ophtalmoscopique et échographique caractéristique de la lésion, confirmé dans le premier 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 le premier cas, le traitement a consisté à une énucléation en première intention en dépit d'une bonne acuité visuelle au risque du pronostic vital engagé lié au caractère malin de la tumeur. Dans le second cas, devant le refus de toutes investigations,

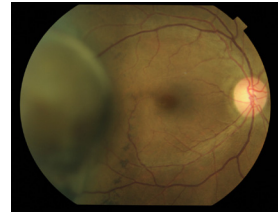


Figure 1. Ophtalmoscopie de l'œil droit montrant une masse tumorale pigmentée et hétérogène.



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

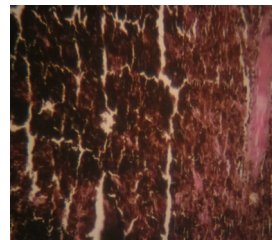


Figure 3. L'examen anatomopathologique montra des mitoses avec atypies cytonucléaires

l'évolution spontanée a été émaillée de métastases et elle décéda dans un contexte de néoplasies généralisées. 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 clairs dans les pays développés³. Ils privilégient les traitements conservateurs pour les tumeurs de petite à moyenne taille notamment, la bradythérapie avec fixation sclérale de la plaque radioactive⁹ ou de la radiothérapie stéréotaxique¹⁰. 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'opérabilités à ne pas négliger en Afrique. Le traitement radical permet un meilleur pronostic vital tel a été le cas de notre première patiente. D'autant plus qu'il n'y a pas de différence significative de survie entre les patients traités par énucléation et par

bradythérapie³. 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}.

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 garant 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

- Jose SP. Rétine, choroïde, vitré: Tumeurs de la choroïde et de la rétine de l'adulte. Paris: Elsevier; 2005, P. 121-26.
- Livia Lumbroso. L, Sarah. T. Tumeurs choroïdiennes et rétiniennes. Rétine 2012 ; 8 :72-82
- Jampol LM, Moy CS, Murray TG, Reynodls 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.
- Seck SM, Agboton G, Diop Y, Gueye NN, Seck. CM, Lam A. Rhabdomyosarcome orbitaire : Notre expérience sur 20 ans à l'hôpital principal de Dakar. Revue SOAO 2011, 2 :30-7.
- 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.
- Zografos. L, Uffer. S, Sahel. J. Tumeurs intraoculaires : Tumeurs pigmentées de l'uvée. Paris : Masson; 2002. P. 95-278.
- 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
- 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
- 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
- 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
- Yeung SN, Paton KE, Waite C, Maberley DA. Intravitreal bevacizumab for iris néovascularization following proton beam irradiation for choroidal melanoma. Can J Ophthalmol 2010; 45: 269-73
- 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
- Gibran SK, Kapoor KG. Management of exudative retinal detachment in choroidal melanoma. Clin Experiment Ophthalmol 2009; 37:654-59
- Narang S, Kochar S, Pannu KS, Kalra N, Gupta R, Sood S. Choroidal melanoma with macular hole. Indian J Ophthalmol 2004; 52: 238-41