

CARCINOME ÉPIDERMOÏDE CONJONCTIVAL INVASIF : À PROPOS DE 2 CAS.

Invasive squamous cell carcinoma: about 2 cases.

Bamanta I¹, Guirou N², Touré O², Koné MC³, Banou E⁴, Saye G², Diallo H², Napo A², Sylla F², Théra J², Traoré L⁵.

1. Hôpital Sominé Dolo Mopti, Mali ; 2. Institut d'ophtalmologie Tropicale de l'Afrique Bamako, Mali ; 3. Centre de Santé de référence de Markala Ségou, Mali ; 4. Centre d'ophtalmologie Gavardo ; 5. Programme National de santé oculaire.

Correspondance : Dr Bamanta Ibrahim, Service d'ophtalmologie, Hôpital Sominé Dolo de Mopti, Mali. Tél : 00223 76199766 BP : 139 Email : bamentaib@yahoo.fr.

RÉSUMÉ

Les tumeurs conjonctivales sont fréquentes dans les zones tropicales, où l'exposition aux rayons ultraviolets est forte et quasi permanente. Les tumeurs malignes sont assez rares et la plus représentée est le carcinome épidermoïde de la conjonctive. Nous rapportons deux cas de carcinome épidermoïde invasif de la conjonctive reçus dans le service d'ophtalmologie de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti au Mali. Il s'agissait de deux patientes de 25 et 51 ans, vivant en zone rurale et désertique exposées aux rayons solaires et à la poussière. Elles présentaient une masse développée dans l'aire de la fente palpébrale, envahissant la cornée et empêchant l'occlusion palpébrale. La masse était en relief, multi lobulée, bien circonscrite, de couleur blanc nacré et d'aspect papillomateux avec une dilatation des vaisseaux nourriciers. Une exérèse chirurgicale large à 4 - 5 mm des berges de tissu sain a été réalisée avec examen anatomopathologique de la pièce qui a confirmé un carcinome épidermoïde différencié mature et invasif de la conjonctive. Le bilan d'extension et la sérologie HIV étaient négatifs. L'évolution était favorable à moyen terme sans récurrence. **Mots clés :** Conjonctive, Carcinome, Epidermoïde, Exposition solaire, Exérèse

ABSTRACT

Conjunctival tumors are common in tropical areas, where exposure to ultraviolet radiation is high and almost permanent. Malignant tumors are quite rare and the most represented is conjunctival squamous cell carcinoma. We report two cases of invasive squamous cell carcinoma of the conjunctiva received in the ophthalmology department of the Sominé Dolo hospital in Mopti, Mali. The patients were 25 and 51 years old, living in a rural desert area exposed to sunlight and dust. They presented with a mass developed in the area of the palpebral fissure, invading the cornea and preventing palpebral occlusion. The mass was raised, multi-lobulated, well circumscribed, pearly white in color and papillomatous in appearance with dilation of the feeder vessels. A wide surgical excision at 4 - 5 mm from the healthy tissue edges was performed with anatomopathological examination of the specimen, which confirmed a mature and invasive differentiated squamous cell carcinoma of the conjunctiva. The extension workup and HIV serology were negative. The evolution was favorable in the medium term without recurrence. **Key words:** Conjunctiva, Carcinoma, Squamous cell carcinoma, Sun exposure, Excision.

INTRODUCTION

Les tumeurs conjonctivales sont fréquentes dans les zones tropicales, où l'exposition aux rayons ultraviolets est forte et quasi permanente [1]. Elles se développent sur la conjonctive épi bulbaire dans l'aire interpalpébrale due à l'exposition solaire. Les tumeurs malignes sont assez rares et la plus représentée est le carcinome épidermoïde de la conjonctive (CEC) qui regroupe l'ensemble des lésions épidermoïdes précancéreuses et cancéreuses de la conjonctive et de la cornée. Plusieurs formes cliniques du CEC sont décrites dont la forme invasive qui est une tumeur à potentiel métastatique avec un envahissement tumoral en profondeur au niveau du chorion [2].

Nous rapportons les aspects épidémiologiques, cliniques et les modalités thérapeutiques de deux cas de carcinome épidermoïde invasif de la conjonctive reçus dans le service

d'ophtalmologie de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti au Mali.

OBSERVATIONS

Cas N° 1 : Femme bozo, de 51 ans, résidant en zone rurale à 180 Km de la ville de Mopti, qui a consulté pour une cécité unilatérale suite à une tuméfaction douloureuse dans l'aire de la fente palpébrale de l'œil gauche après avoir fait un traitement traditionnel pendant plusieurs mois. L'examen a trouvé une masse irrégulière, envahissante de la cornée, en relief, multi lobulée, bien circonscrite de couleur blanc nacré, d'aspect papillomateux avec une dilatation des vaisseaux nourriciers et empêchant l'occlusion palpébrale. L'acuité visuelle était limitée à la perception lumineuse (Fig. 1.A). Le reste de l'examen ophtalmologique était impossible. L'œil Adelphe était normal. Une exérèse chirurgicale large à 4-5mm des berges de tissu sain fut

réalisée (Fig.1.B) ; en per opératoire la tumeur était moins adhérente à la cornée avec un saignement peu abondant venant d'un gros vaisseau nourricier. L'analyse anatomopathologique de la pièce objective un tissu malpighien qui était le siège d'un processus tumoral. La tumeur était faite de plages et de travées de cellules polyédriques. Ces cellules présentaient des atypies cytonucléaires et on notait des globes cornés. Le stroma était hémorragique et fibro-inflammatoire. Ce résultat a permis de confirmer le diagnostic d'un carcinome épidermoïde différencié mature et invasif de la conjonctive. Le bilan d'extension (tomodensitométrie, bilan biologique) et la sérologie HIV étaient négatifs. Elle ne présentait pas de récurrence et l'acuité visuelle était à 10/10 au 16^e mois de suivi post opératoire (Fig. 1.C).

Cas N°2 : Femme peulh, de 25 ans, habitant en milieu rural dans une zone désertique au nord du Mali, a consulté pour une masse volumineuse et douloureuse de l'œil gauche avec perte de la vision évoluant depuis trois ans environ malgré de multiples traitements traditionnels. La tumeur était développée dans la partie inféro-nasale de la fente palpébrale avec envahissement des $\frac{3}{4}$ de la cornée et infiltration du stroma cornéen entraînant un desmetocelle. Elle était en relief, multilobulée, formée de deux blocs, ferme, bien circonscrite de couleur blanc nacré avec une dilatation des vaisseaux nourriciers. Elle était d'aspect papillomateux et empêchait l'occlusion palpébrale (Fig. 2.A). L'œil était inflammatoire et l'acuité visuelle était chiffrée à la perception lumineuse. La chambre antérieure était effacée avec des synéchies entre la cornée, l'iris et le cristallin. Le reste de l'examen ophtalmologique était impossible. L'œil controlatéral était normal. Une exérèse large à 4-5 mm dans le tissu sain fut réalisée. Au niveau de la zone d'insertion du droit interne il y a eu une forte inflammation. L'analyse anatomopathologique de la pièce opératoire a permis de poser le diagnostic de carcinome épidermoïde différencié mature et invasif de la conjonctive. Le bilan d'extension (tomodensitométrie, bilan biologique) et la sérologie HIV étaient négatifs. L'évolution était bonne treize mois après l'exérèse sans récurrence avec la disparition de la douleur et l'amélioration de l'esthétique (Fig. 2.B).

DISCUSSION

Bien que rare, le CEC est le plus fréquent des tumeurs malignes de la conjonctive [2]. Nos deux patientes ont été recensés en 2 ans sur une moyenne de 5.000 consultations par an dans le service d'ophtalmologie de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti soit une prévalence de 0,02 % par an témoignant de la rareté du CEC dans la structure.

Le CEC est fréquent chez les sujets âgés après 60 ans et de sexe masculin dans les pays occidentaux [1]. Sa survenue chez les sujets jeunes serait favorisée par l'infection par le Virus d'Immunodéficience Humaine et l'Human Papilloma Virus [3, 4, 5], l'exposition prolongée aux rayons ultraviolets [6] et les irritations chroniques de nature mécanique comme la poussière [7]. Cependant, nos patientes ont moins de 60 ans et une sérologie VIH négative. Leur facteur de risque pourrait être l'exposition prolongée aux rayons solaires et à la poussière dans leur zone de résidence et au cours de leurs activités sans protection. Le rayonnement ultraviolet et la poussière sont unanimement reconnus comme des facteurs de risque prédisposant aux lésions dysplasiques cornéo-conjonctivales, précancéreuses et par extension au carcinome épidermoïde de la conjonctive [6, 7]. Il est établi que les néoplasies épidermoïdes de la surface oculaire affectent les jeunes adultes et proportionnellement plus de femmes que d'hommes en Afrique [7].

Le siège de prédilection du carcinome épidermoïde de la conjonctive se situe en regard de la fente palpébrale sur la conjonctive épi bulbaire et aux dépens du limbe conjonctivo-cornéen. Il se présente cliniquement sous forme de lésion en relief, multilobulée, débordant sur la cornée avec des vaisseaux dilatés. La masse est classiquement d'aspect gélatineux ou papillomateux avec des degrés variables de leucoplasie [2]. Les mêmes aspects cliniques sont retrouvés chez nos patientes, ce qui nous a permis le diagnostic de présomption avant l'histologie qui demeure le seul examen de certitude.

Le carcinome épidermoïde invasif de la conjonctive débute par le carcinome micro invasif qui est une lésion précancéreuse en voie de transformation vers le carcinome invasif vrai. Cliniquement l'extension se fait d'abord localement par continuité au niveau de la surface oculaire puis en profondeur rendant l'ablation plus difficile [2] comme chez notre seconde patiente.

Les récurrences sont beaucoup plus fréquentes au cours de la première année après la chirurgie [8]. Chez nos deux patientes aucun signe de récurrence n'a été constaté après 16 mois de suivi chez la première et 13 mois chez la seconde. Il est admis que la qualité d'exérèse conditionne le pronostic carcinologique. Le succès de la chirurgie dépend aussi de l'atteinte des marges chirurgicales en périphérie et en profondeur. Afin de limiter les récurrences, il est recommandé d'enlever la tumeur avec des larges marges de sécurité [9, 10]. Le taux de récurrence des tumeurs primitives malignes de la conjonctive se situe entre 15 % et 52 % après excision seule et chute à 12 % lorsqu'une cryothérapie adjuvante y est

associée [8]. Erie et al. [11] ont trouvé un taux de récurrence de 5 % lorsque les marges sont saines et de 53 % lorsque les marges sont atteintes. Notre absence de récurrence serait due à une exérèse large étendue à 4 à 5 mm des tissus sains.

CONCLUSION

Le carcinome épidermoïde de la conjonctive se rencontre à tout âge malgré sa rareté. L'exposition prolongée aux rayons UV et à la poussière jouent un rôle important dans sa survenue. L'exérèse simple permet une régression complète sans récurrence à moyen terme avec un suivi régulier du patient pour diagnostiquer rapidement les récurrences. Devant toute tumeur conjonctivale suspecte de par son évolution, sa symptomatologie douloureuse, ou encore sa croissance brutale il faut pratiquer une exérèse chirurgicale complète associée à l'histologie de la tumeur qui permet de poser le diagnostic de certitude.

Déclaration des liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir des liens d'intérêts.

REFERENCES

1. Shields CL, Shields JA. Tumor of the conjunctival and cornea. *Surv Ophthalmol* 2004 ; 49 : 3-24.
2. Piselle PJ, Baudouin C, Hoang-Xuan T. Surface oculaire : Tumeurs de la surface oculaire. Rapport de la Société Française Ophtalmologie. 1^{ère} éd. France : Elsevier Masson ; 2015. [Consulté le 18-11-2018]. Disponible : <http://www.em-consulte.com/em/SFO/2015/html/index.html>.
3. Weinstein JE, Karp CL. Ocular surface neoplasia and human immunodeficiency virus infection. *Curropin infect Dis* 2013 ;26 : 58-65.
4. Carreira H, Coutinho F, Carrilho C, Lunet N. HIV and PHV infections and ocular surface squamous neoplasia : systemic review and meta-analysis. *Br J Ophthalmol* 2012 ; 96 : 1571-21.
5. Chisi SK, kollmann MK, Karimurio J. conjunctival squamous cell carcinoma in patients whit human immunodeficiency virus infection seen at tow hospitals in Kenya. *East Afr Med J* 2006 ; 83 : 267-70.
6. Newton R, Ferlay J, Reeves G, Beral V, Parkin DM. Effet of ambient solar ultraviolet radiation on incidence of squamous-cell carcinomaof the eye. *Lancet* 1916 ;347:1450-1.
7. Guchihi S, Sangoo MS. Carcinome épidermoïde de la conjonctive. *Revue de Santé oculaire communautaire* 2018 ; 20 : 33-5.
8. Shields JA, Shields CL, Potter P. Surgical management of conjunctival tumors. *Arch Ophthalmol* 1997 ;115 :808-15.
9. Kim JY, Djalilan AR, Schwartz GS, Holland EJ. Ocular surface reconstruction : Limbal stem cell transplantation. *Br J Ophthalmol Clin North Am* 2003 ;16 :67-77.
10. Amoli FA, Heidari AB. Survey of 447 patients with conjunctival neoplastic lesions in Farabi Eye Hospital, Tehran, Iran. *Ophthalmic Epidemiol* 2006; 13: 275-9

11. Erie JC, Cambel RJ, Liesegang J. conjunctival and corneal intraepithelial and invasive neoplasia. *Ophthalmology* 1986;93:176-83.

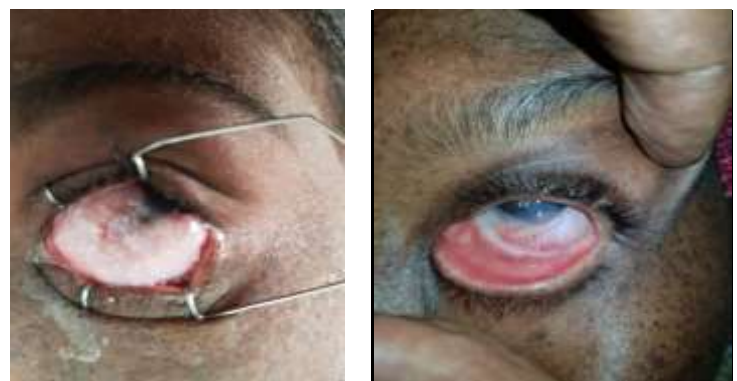


A : Aspect de la tumeur avant la chirurgie **B :** Aspect après exérèse de la tumeur



C:Aspects au 16^e mois de l'exérèse

Fig 1 : les aspects de la tumeur avant et après l'exérèse ainsi qu'au 16^e mois de suivi chez notre première patiente.



A : Aspect de la tumeur avant l'exérèse ; **B :** Aspects au 3^e mois de l'exérèse

Fig. 2 : les aspects de la tumeur avant et 3 mois après l'exérèse chez notre deuxième patiente