



CARCINOME EPIDERMOÏDE CONJONCTIVAL AU COURS DE L'INFECTION AU VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE (VIH)

ABOUKI COA^{1, 2}, AGBAHOUNGBA L³, ALAMOU S², SOUNOUVOU I^{1, 2}, HOUNNOU-TCHABI S², ODOULAMI-YEHOUESSI L², GBAGUIDI-DOUTETIEN C², BASSABI SK¹

1. Faculté des Sciences de la Santé – Université d'Abomey – Calavi
2. Service d'Ophtalmologie du Centre Hospitalier Universitaire Départemental – Ouémé/ Plateau
3. Clinique Ophtalmologique La Lumière de Cotonou.

Auteur correspondant : ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adoukè. Email : oladouke@gmail.com

RESUME

Le carcinome épidermoïde de la conjonctive est une tumeur maligne rare des cellules souches limbiques conjonctivales. Cependant, il représente la tumeur maligne la plus fréquente de la surface oculaire. Son évolution peut se faire vers l'orbite ou l'œil et aboutir à la perte fonctionnelle du globe oculaire, en absence du traitement. Son traitement est essentiellement chirurgical mais les récurrences sont fréquentes

Mots clés : Tumeur conjonctivale, carcinome épidermoïde, VIH.

CONJUNCTIVAL SQUAMOUS CELL CARCINOMA DURING AN INFECTION BY THE HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS (HIV)

ABSTRACT

The squamous cell carcinoma of the conjunctiva is a rare malignant tumor of the limbic original cells of the conjunctiva. However, it is the most frequent malignant tumor of the surface of the eye. Its evolution may occur toward the orbit or toward the eye and end up in the functional loss of the eyeball, when not treated. Its treatment is basically through surgery but recurrences are frequent.

Key words: Conjunctival tumor, squamous cell carcinoma, HIV.

INTRODUCTION

Le carcinome épidermoïde de la conjonctive (CEC) est une tumeur maligne fréquente chez les personnes âgées vivant en zone tropicale [1,2]. Elle touche préférentiellement les caucasiens dans plus de 90% des cas [3,4]. Sa survenue à un âge plus précoce chez le mélanoderme est souvent associée à l'infection VIH [5]. Elle affecte la conjonctive dans l'aire interpalpébrale au niveau du limbe [6].

OBSERVATION

Nous rapportons le cas d'une patiente de 34 ans atteinte d'un syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) au VIH1 consultant pour une inflammation et une augmentation d'une tumeur conjonctivale récidivante de l'œil gauche associée à une baisse visuelle puis à des signes d'irritation oculaire à type de sensation de grain de sable, de photophobie et de larmoiement.

L'examen objectivait une masse vascularisée, pédunculée, bourgeonnante, saignant au moindre contact revêtant un aspect gélatineux, œdémateux, rosé mesurant 2cm de grand axe, siégeant sur la conjonctive nasale et envahissant la cornée à contour irrégulier, respectant la caroncule et la conjonctive palpébrale à l'œil gauche (Figure 1).



Figure 1 : Masse de la conjonctive bulbaire nasale gauche envahissant la cornée

L'acuité visuelle sans correction était à l'œil droit 10/10è et à 3/10è à l'œil gauche. L'examen ophtalmologique était normal pour toutes les structures internes de l'œil gauche ainsi que pour l'œil droit. Les aires ganglionnaires loco-régionales étaient libres. Le scanner orbito-cérébral était normal. Le taux de CD4 était à 100 cellules/ μ l.

L'ablation chirurgicale a été faite sous anesthésie locale et sous microscope opératoire. Le décollement de la partie cornéenne a été facile. L'excision du volet conjonctival a été faite avec une marge de 4 mm en région conjonctivale saine. La séparation de l'adhérence limbique laborieuse a été réalisée par section de proche en proche au ras de la surface oculaire permettant de réséquer la tumeur (Figure 2).

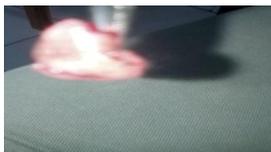


Figure 2 : Pièce opératoire

Un suivi du terrain par un traitement aux antirétroviraux a été instauré par les internistes. Les suites opératoires ont été satisfaisantes. L'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire a permis de confirmer le diagnostic en révélant un fragment constitué d'une prolifération d'épithélium de type malpighien avec une hyperplasie acanthosique. Les cellules épithéliales sont hyperplasiques avec un pléomorphisme modéré à sévère. Les mitoses sont rares. L'aspect histologique est compatible avec un carcinome. L'absence du tissu conjonctif sous-jacent n'a pas permis d'apprécier le degré d'infiltration.

L'évolution post-opératoire a été marquée par une restitution fonctionnelle avec une acuité visuelle sans correction à 10/10^e et anatomique de la conjonctive puis de la cornée à l'œil gauche au 6^e mois (Figure 3).



Figure 3 : Restitution anatomique au 6^e mois

DISCUSSION

Les tumeurs conjonctivales peuvent naître de n'importe quel point de la surface de cette muqueuse. Le limbe de la conjonctive est une zone favorable à l'éclosion des lésions précancéreuses et cancéreuses en raison de la présence du gîte du compartiment des cellules souches, origine admise de l'essentiel du renouvellement du revêtement épithélial cornéen. C'est en effet dans cette région que prennent naissance la plupart des carcinomes [6].

Le carcinome épidermoïde conjonctival ne représente que 5 % de toutes les tumeurs malignes oculaires mais il reste la tumeur maligne conjonctivale la plus fréquente [7]. Le carcinome épidermoïde est une tumeur ma-

ligne revêtant un caractère polymorphe : nodulaire, gélatineuse, leucoplasie, plane, superficielle et diffuse invasive. La forme nodulaire possède un pouvoir métastatique ganglionnaire accru [8]. Les facteurs de risque connus de CEC sont l'exposition aux ultraviolets, l'immunodépression et le xeroderma pigmentosum [5,9]. En effet de nombreux cas de CEC ont été décrits chez des patients VIH positifs [2, 9-11]. Il existe un lien entre la progression de la maladie et l'effondrement du taux de CD4 ; de même que la précocité de l'âge. L'analyse histologique permet le diagnostic de certitude [10].

L'anesthésie peut être locale, locorégionale ou générale, en fonction de l'état général du patient et de la durée de l'intervention [2]. L'excision chirurgicale est complétée par un traitement adjuvant à base de chimiothérapie et/ou de cryothérapie pour éviter les récurrences locales [2,10,12]. La radiothérapie adjuvante externe ou de contact peut-être également proposée dans les CEC infiltrant afin d'éviter le risque de récurrence locale et d'essaimage de cellules cancéreuses au niveau du site opératoire.

Certains auteurs préconisent une exérèse la plus complète avec une marge de sécurité de 4mm puis éviction de tout contact des instruments chirurgicaux avec la tumeur et le changement de ceux-ci après l'exérèse chirurgicale [4]. Dans le cas de notre patiente, le traitement chirurgical et le suivi du terrain ont été réalisés compte du niveau socio-économique défavorable et des limites du plateau technique. L'évolution a été favorable au cours de la première année après la prise en charge.

En absence de traitement, il existe une possibilité d'invasion en profondeur dans le stroma, dans l'orbite ou dans l'œil qui peut aboutir à la perte fonctionnelle. L'extension peut se faire vers le cerveau [13]. Le site de localisation métastatique se situe principalement au niveau des ganglions lymphatiques [14].

CONCLUSION

Le carcinome épidermoïde est une tumeur conjonctivale de mauvais pronostic. Son évolution peut être agressive avec la survenue retardée de récurrences locales et des métastases imposant une surveillance des facteurs de risque tels que le VIH et l'exposition au soleil ainsi qu'un suivi régulier du patient.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

REFERENCES

1. Acis D, Donnio L, Ayéboua R et al. Carcinome épidermoïde conjonctival. A propos de quatre cas aux Antilles. *J Fr Ophthalmol.* 2008 ; 31(5) : 533-7.
2. Buc D, Pilon F, Donnarieix D, Kemeny II et al. Traitement des tumeurs épithéliales de la conjonctive : intérêt de la curiethérapie au Ruthénium-106. *J Fr Ophthalmol.* 2003 ; 26(9) : 929-39.
3. Erie JC, Campbell RJ, Liesegang TJ. Conjunctival and corneal intraepithelial and invasive neoplasia. *Ophthalmology.* 1986 ; 93 : 176-83.
4. Shields CL, Shields JA. Tumors of the conjunctiva and cornea. *Surv Ophthalmol.* 2004 ; 49 : 3-24.
5. Tunc M, Char DH, Crawford B et al. Intraepithelial and invasive squamous cell carcinoma of the conjunctiva : analysis of 60 cases. *Br J Ophthalmol.* 1999 ; 83 : 98-103.
6. D'Hermies F, Meyer A, Morel X et al. Carcinome in situ de la conjonctive chez un patient porteur d'une maladie de Waldenström. A propos d'une observation anatomo-clinique. *J Fr Ophthalmol.* 2001 ; 24(3) : 328.
7. Lee GA, Hirst LW. Ocular surface squamous neoplasia. *Surv Ophthalmol.* 1995 ; 39 : 429-50.
8. Janin-Manificat H, Gambrelle J, Mege-Lechevallier F et al. Un carcinome épidermoïde de la conjonctive révélé par une ulcération chronique du limbe cornéen. *J Fr Ophthalmol.* 2011 ; 34(2) : 108-12.
9. Ramkumar HL, Brooks BP, Xiaoguang C et al. Ophthalmic manifestations and histopathology of xeroderma pigmentosum. *Surv Ophthalmol.* 2011 ; 56(4) : 348-61.
10. Berete CR, Desjardins L, Kouassi LJ, et al. Relation entre le virus d'immunodéficience (VIH-sida) et le carcinome épidermoïde conjonctival : étude épidémioclinique de 26 dossiers au service d'ophtalmologie du CHU de Treichville (Abidjan- Côte d'Ivoire). *J Fr Ophthalmol.* 2016 ; 39(5) : 467-73.
11. Waddell KM, Lewallen S, Lucas SB et al. Carcinoma of the conjunctiva and HIV infection in Uganda and Malawi. *Br J Ophthalmol.* 1996 ; 80 : 50350-8.
12. Khokhard S, Soni A, SinghSethi H et al. Combined surgery, cryotherapy, and mitomycin-C for recurrent ocular surface squamous neoplasia. *Cornea.* 2002 ; 21 : 189-91.
13. Elouarradi H, Bencherif MZ. Carcinome épidermoïde conjonctival négligé à propos d'un cas. *Pan Afr Med J.* 2014 ; 17 : 226.
14. Cha SB, Shields JA, Shields CL et al. Squamous cell carcinoma of the conjunctiva. *Int Ophthalmol Clin.* 1993 ; 33 : 19-24.