

Ophthalmologie^{MD}

Conférences scientifiques

JANVIER/FÉVRIER 2008
Volume 6, numéro 1

COMPTE RENDU DES CONFÉRENCES
SCIENTIFIQUES DU DÉPARTEMENT
D'OPHTALMOLOGIE ET
DES SCIENCES DE LA VISION,
FACULTÉ DE MÉDECINE,
UNIVERSITÉ DE TORONTO

Une approche pratique pour le traitement des tumeurs palpébrales

PAR JEFFREY JAY HURWITZ, M.D., FRCSC

Dans l'édition de juillet/août d'*Ophthalmologie – Conférences scientifiques*, (volume 2, numéro 4), le D^r David Howarth, un pathologiste au Mount Sinai Hospital et à l'Université de Toronto, a décrit une approche pragmatique pour comprendre la pathologie des tumeurs palpébrales bénignes et malignes. Le D^r Howarth a exposé avec éloquence le point de vue des pathologistes concernant les tumeurs palpébrales, les moyens qu'ils utilisent pour déterminer si une lésion est bénigne ou maligne et comment ils parviennent à établir un diagnostic pathologique. Dans ce numéro d'*Ophthalmologie – Conférences scientifiques*, nous décrivons les caractéristiques cliniques des tumeurs palpébrales et aidons le clinicien à caractériser les tumeurs tant bénignes que malignes. Il est extrêmement important de déterminer les caractéristiques d'une lésion pour pouvoir prendre des décisions concernant le traitement de ces tumeurs.

Évaluations cliniques

Incidence

Les lésions bénignes (figure 1) sont environ 3 fois plus fréquentes que les néoplasmes malins palpébraux (figure 2)². Cependant, il est impossible de déterminer avec une certitude absolue si une lésion est bénigne ou maligne en se fondant uniquement sur un examen clinique.

Rapidité d'apparition

Les lésions bénignes sont généralement d'apparition lente et de longue durée. Cependant, des lésions telles que les kératoacanthomes² peuvent apparaître rapidement et subir une involution. En fait, dans la littérature, la question de savoir si ce sont réellement des carcinomes squameux fait l'objet de controverses.

Sensibles au toucher

Les lésions inflammatoires³ comme celles de ce patient présentant un chalazion (figure 3) peuvent être sensibles à la palpation, ce qui suggère une lésion bénigne.

Bords de la lésion

Lorsqu'il s'agit de lésions bénignes, la surface de la paupière immédiatement adjacente à la lésion est habituellement saine, comme l'indique ce naevus amélanique (figure 4) ou les neurofibromatoses multiples (figure 5) dont ce patient est atteint. Inversement, chez les patients présentant des lésions malignes, comme ce patient atteint d'un carcinome basocellulaire (figure 6), les marges adjacentes à la lésion sont atteintes.



FACULTY OF MEDICINE
University of Toronto



Département
d'ophtalmologie et des
sciences de la vision

Département d'ophtalmologie et des sciences de la vision

Jeffrey Jay Hurwitz, M.D., Rédacteur
Professeur et président

Martin Steinbach, Ph.D.
Directeur de la recherche

The Hospital for Sick Children

Elise Heon, M.D.
Ophtalmologiste en chef

Mount Sinai Hospital

Jeffrey J. Hurwitz, M.D.
Ophtalmologiste en chef

Princess Margaret Hospital

(Clinique des tumeurs oculaires)
E. Rand Simpson, M.D.
Directeur, Service d'oncologie oculaire

St. Michael's Hospital

Alan Berger, M.D.
Ophtalmologiste en chef

Sunnybrook Health Sciences Centre

William S. Dixon, M.D.
Ophtalmologiste en chef

University Health Network

Toronto Western Hospital Division
Robert G. Devenyi, M.D.
Ophtalmologiste en chef

Département d'ophtalmologie et des sciences de la vision

Faculté de médecine
Université de Toronto
60 Murray St.
Bureau 1-003
Toronto (Ontario) M5G 1X5

Le contenu rédactionnel d'*Ophthalmologie – Conférences scientifiques* est déterminé exclusivement par le Département d'ophtalmologie et des sciences de la vision, Faculté de médecine, Université de Toronto.

Disponible sur Internet à : www.ophtalmologieconferences.ca



Figure 1 : Lésion bénigne – xanthélasma



Figure 2 : Lésion maligne : carcinome sébacé

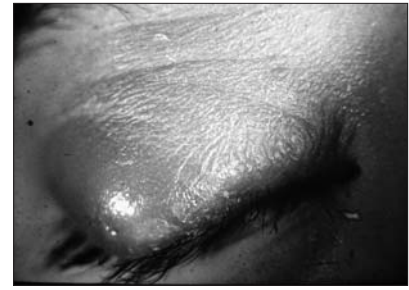


Figure 3 : Chalazion aigu

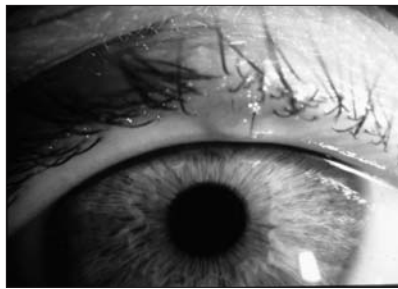


Figure 4 : Naevus amélanique – tissu adjacent sain

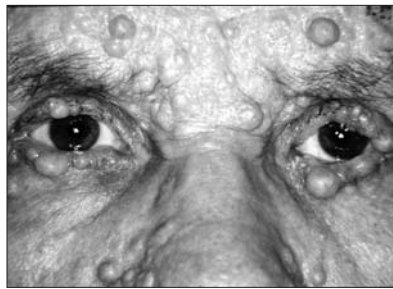


Figure 5 : Neurofibromatose – tissu adjacent sain

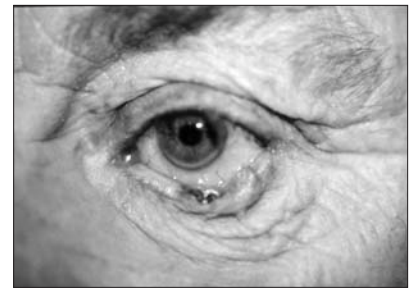


Figure 6 : Carcinome basocellulaire – tissu adjacent atteint

Perte des cils

Les lésions bénignes n'entraînent habituellement pas la perte des cils au niveau de la lésion ou à côté (figure 4) contrairement à une lésion maligne avec laquelle c'est généralement le cas (figure 7).

Palpation de la lésion

Une lésion bénigne, comme ce papillome conjonctival (figure 8), sera « spongieuse », alors qu'une lésion maligne, comme chez ce patient atteint d'un carcinome basocellulaire de grande taille (figure 9), sera ferme à la palpation.

Vascularisation de la lésion

Une lésion bénigne présente habituellement une vascularisation normale, comme c'est le cas de ce papillome (figure 8). En revanche, une lésion maligne comme cet adénocarcinome conjonctival (figure 10) présente un gros vaisseau nourricier et une vascularisation anormale.

Pigmentation de la lésion

La pigmentation n'est pas nécessairement une caractéristique d'une tumeur maligne. Par exemple, ce patient présente une kératose séborrhéique (figure 11) qui est bénigne, pourtant le patient présentant une lésion relativement non pigmentée (figure 12) est atteint d'un mélanome malin.

Caractérisation de la pigmentation

La pigmentation d'une lésion bénigne est habituellement assez bien circonscrite et homogène, comme le montre la figure 11, et la figure 13 chez cet autre patient présentant un naevus autour du point lacrymal. Les mélanomes malins peuvent se développer à partir d'un naevus d'Ota (figure 14), d'un naevus préexistant ou d'un lentigo malin (figure 15). Dans certains cas, un mélanome peut apparaître *de novo*.

Ganglions lymphatiques régionaux

Dans une lésion bénigne, les ganglions lymphatiques régionaux ne sont jamais touchés, mais dans une lésion maligne, les ganglions préauriculaires et cervicaux peuvent être atteints. Par exemple, ce patient présentait un carcinome basocellulaire totalement négligé avec atteinte oculaire et orbitale, et la lésion s'est étendue au ganglion préauriculaire régional (figure 16).

Localisation de la tumeur

Des lésions bénignes et malignes peuvent être présentes dans la paupière ou se développer dans la paupière à partir des structures avoisinantes. Ces lésions localisées dans les zones adjacentes peuvent simuler des tumeurs palpébrales, comme un patient présentant une enflure du sac lacrymal (Figure 17),



Figure 7 : Carcinome basocellulaire – perte des cils



Figure 8 : Papillome conjonctival – aspect « spongieux » à la palpation

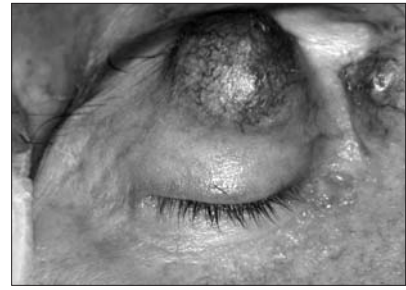


Figure 9 : Carcinome basocellulaire – dure à la palpation

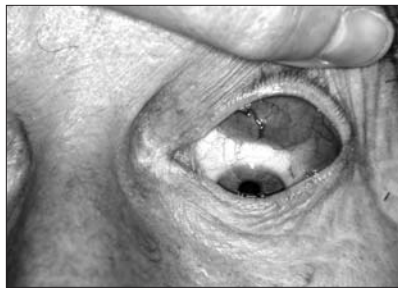


Figure 10 : Adénocarcinome conjonctival – vascularisation « irrégulière »



Figure 11 : Kératose séborrhéique – bénigne malgré la pigmentation

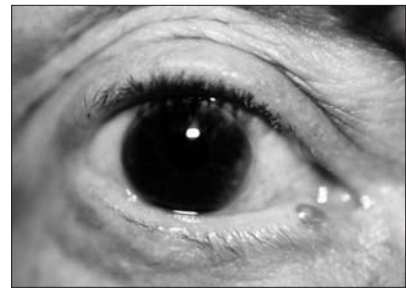


Figure 12 : Mélanome malin – relativement amélanique

une tumeur du sac lacrymal (figure 18), une canaliculite (figure 19) ou une dacryo-adénite avec ou sans calcul biliaire (figures 20a, 20b), entre autres.

Lésion palpébrale « atypique » – Que faire ?

Alors que certaines lésions font l'objet du diagnostic classique de chalazion (figure 3), d'autres bosses ou protubérances cutanées dans la zone peuvent être atypiques, par exemple un chalazion fibreux (figure 21) ou des chalazions multiples (figure 22). Les lésions conjonctivales peuvent être atypiques en raison de leur couleur, comme chez un patient atteint d'amyloïdose (figure 23) ou comme chez cet autre patient dont la lésion conjonctivale rose saumon est un lymphome (figure 24). Si une lésion n'est pas totalement atypique, la démarche **radicale** consiste à indiquer au patient que la lésion est bénigne et ne nécessite pas un suivi. L'option **conservatrice** est de réaliser une biopsie de la lésion. Dans ce cas, la préférence est donnée à l'option conservatrice (approche chirurgicale). L'arsenal thérapeutique de chaque ophtalmologiste devrait inclure la possibilité de réaliser la biopsie d'une lésion et d'adresser le spécimen à un laboratoire de pathologie. Les coupes congelées ne sont presque jamais indiquées pour une biopsie de la paupière et la lésion peut être fixée dans la formaline. La biopsie peut être incisionnelle ou elle peut être une excisionnelle, mais si elle

est réalisée à des fins diagnostiques uniquement, une biopsie incisionnelle suffit généralement.

Devrait-on pratiquer une biopsie pour toutes les lésions palpébrales ?

Si un kyste se développe sur la paupière, un choix possible est d'effectuer simplement une ponction avec une aiguille stérile pour évacuer le liquide. Cependant, le patient devrait être vu au moins une fois pour un suivi, car occasionnellement, les tumeurs malignes, telles que les carcinomes basocellulaires, peuvent être kystiques. Il est certain que tous les chalazions ne nécessitent pas une biopsie. Cependant, lorsqu'un chalazion a une apparence atypique (i.e. aucune matière mucoïde n'est évacuée lors de l'incision du chalazion), il est recommandé de pratiquer une petite biopsie de la paroi^{3,4}. Si l'on soupçonne un carcinome sébacé, une coupe congelée peut être utile, tout comme la coloration du tissu au rouge O en solution huileuse.

Traitement des tumeurs palpébrales

Tumeurs bénignes

On effectue généralement l'ablation des tumeurs palpébrales bénignes au moyen d'une biopsie excisionnelle. Si avant l'intervention, la nature de la lésion est cliniquement incertaine, une biopsie incisionnelle d'une coupe congelée peut être réalisée, suivie d'une

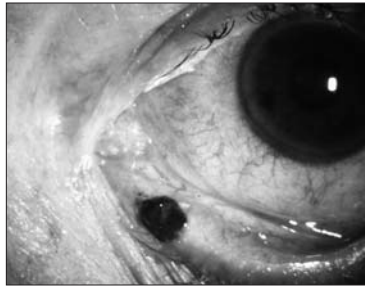


Figure 13 : Naevus autour du point lacrymal – pigmentation homogène

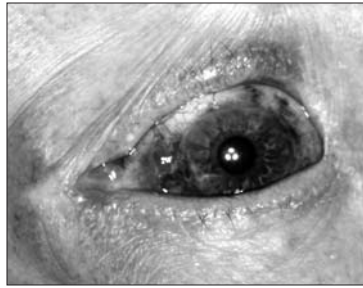


Figure 14 : Naevus d'Ota



Figure 15 : Lentigo malin



Figure 16 : Carcinome basocellulaire extensif négligé avec atteinte du ganglion préauriculaire

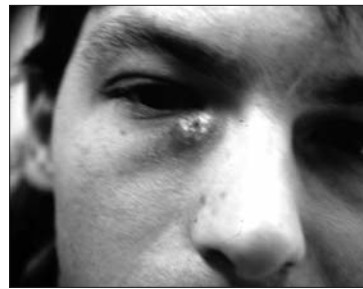


Figure 17 : Dacryocystite chronique simulant une lésion palpébrale



Figure 18 : Tumeur du sac lacrymal

biopsie excisionnelle si la lésion est bénigne ou d'une excision des marges d'une coupe congelée si la lésion est maligne.

Lésion maligne

Les lésions malignes peuvent être traitées par la chirurgie, la radiothérapie ou une combinaison des deux modalités. Comme l'indique une vieille expression : une bonne chirurgie est préférable à une mauvaise radiothérapie et une bonne radiothérapie est préférable à une mauvaise chirurgie. Pour certaines lésions, la radiothérapie est plus souvent conseillée, alors que pour d'autres lésions malignes, la chirurgie est une meilleure option. Pour les lymphomes conjonctivaux, la radiothérapie est indiquée de préférence à la chirurgie lorsque le diagnostic pathologique est établi. D'autres lésions, telles que les carcinomes sébacés, ne sont pas très radiosensibles et se traitent mieux par la chirurgie. Avec les carcinomes sébacés, en particulier, il est parfois très difficile de déterminer l'étendue de la lésion et la zone précise à irradier. Dans le cas de carcinomes sébacés, la chirurgie devrait comprendre une biopsie étagée (cartographie)

de la conjonctive pour s'assurer de l'excision complète de la lésion.

Les carcinomes basocellulaires peuvent être traités par la radiothérapie ou par la chirurgie. Avec la radiothérapie, la dose délivrée est de 2000 rads, fractionnée sur une période de 10 jours. Cependant, pour les lésions plus malignes, une dose d'environ 5000 à 6000 rads devrait être fractionnée sur une période d'un mois.

D'autres modalités de traitement incluent l'immunothérapie dans le cas de lésions résistantes, telles que les mélanomes malins, et la cryothérapie dans le cas de lésions moins invasives telles que les carcinomes basocellulaires.

Si l'on opte pour la chirurgie, l'obtention de marges de section saines sur coupe congelée est essentielle avant d'entreprendre la reconstruction. Nous préférons une analyse de nombreuses coupes congelées au moment de la chirurgie. De nombreux chirurgiens préfèrent la chirurgie micrographique de Mohs pour contrôler les marges des tumeurs palpébrales. C'est une excellente modalité si la technique est facilement réalisable près de la salle d'opérations. En ce qui concerne les tumeurs palpébrales, dans la plupart

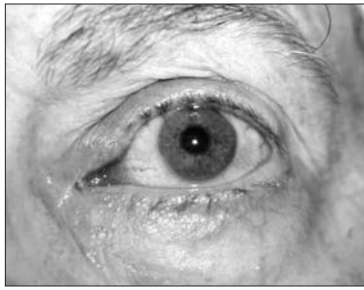


Figure 19 : Canaliculite supérieure



Figure 20a : Dacryo-adénite



Figure 20b : Dacryo-adénite avec calcul biliaire



Figure 21 : Chalazion fibreux – doit faire l'objet d'une biopsie

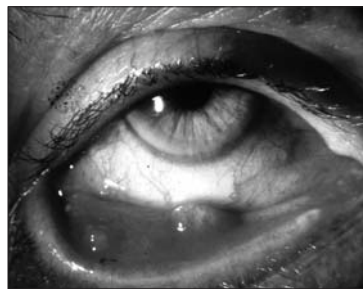


Figure 22 : Chalazions multiples

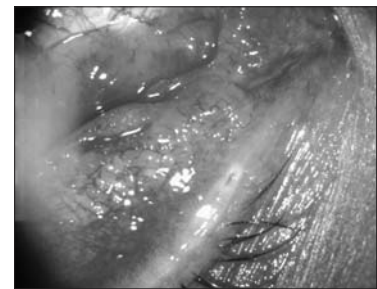


Figure 23 : Lésion palpébrale – amyloïdose

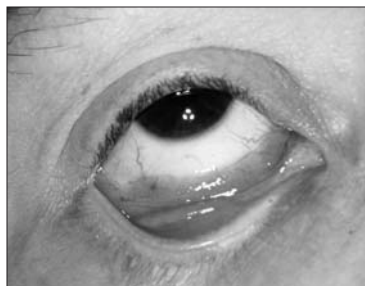


Figure 24 : Lymphome conjonctival

des cas nous préférons réaliser l'intervention chirurgicale sous anesthésie locale où le patient est éveillée et peut ouvrir et fermer les yeux à la demande du chirurgien, afin d'optimiser l'effet esthétique de la reconstruction.

Il existe de nombreuses options en ce qui concerne la reconstruction palpébrale après l'ablation chirurgicale d'une tumeur. Ces techniques seront décrites dans une future publication.

Conclusion : Message pratique

Il est impossible pour les médecins de déterminer cliniquement avec une certitude absolue si une lésion est bénigne ou maligne. S'il y a un doute, une **biopsie** doit être réalisée.

Références

1. Aurora AL, Blodi FC. Lesions of the eyelids: a clinicopathological study. *Surv Ophthalmol.* 1970;15:94-104.
2. Grossniklaus HE, Wojno TH, Yanoff M, Font RL. Invasive keratonacanthoma of the eyelid and ocular adnexa. *Ophthalmology.* 1996;103:937-941.
3. Doxanas MT, Green WR. Sebaceous gland carcinoma. Review of 40 cases. *Arch Ophthalmol.* 1984;102:245-249.
4. Kass IG, Hornblase A. Sebaceous carcinoma of the ocular adnexa. *Surv Ophthalmol.* 1989;33:477-490.
5. Mohs FE. Micrographic surgery for the microscopically controlled excision of eyelid cancers. *Arch Ophthalmol.* 1986;104:901-909.

Résumés scientifiques d'intérêt connexe

La diplopie après une chirurgie réfractive : prévalence et prévention

KUSHNER BJ, KOWAL L.

OBJECTIFS : Rapporter la prévalence de la diplopie persistante se manifestant après une chirurgie réfractive; décrire les différentes causes de cette complication; fournir une stratification du risque de sa prévalence et décrire les examens initiaux minimaux pour sa prévention.

MÉTHODOLOGIE : Une revue rétrospective des dossiers médicaux de patients vus dans 2 pratiques privées spécialisées en strabisme qui ont présenté une diplopie persistante après une chirurgie réfractive.

RÉSULTATS : Au total, 28 patients qui répondaient aux critères d'inclusion ont été identifiés. Les causes de la diplopie postopératoire pouvaient être dues à l'un des cinq mécanismes suivants : problèmes techniques, besoin antérieur de prismes, anisocorie, monovision iatrogène et troubles de l'accommodation chez des patients atteints de strabisme. Les examens initiaux recommandés permettraient d'identifier tous les patients dans cette série présentant un risque de diplopie postopératoire, à l'exception de ceux chez qui la diplopie pouvait être attribuée à des problèmes techniques.

CONCLUSIONS : La diplopie peut apparaître après une chirurgie réfractive. Si l'on effectue une stratification du risque appropriée et que l'on prête une attention particulière aux critères d'inclusion, l'incidence de cette complication peut être minimisée.

Arch Ophthalmol. 2003;121(3):315-21.

La chirurgie du strabisme chez les adultes :

Rapport de l'*American Academy of Ophthalmology*

MILLS MD, COATS DK, DONAHUE SP, WHEELER DT.

OBJECTIF : Décrire l'efficacité et l'innocuité du traitement chirurgical du strabisme chez des patients adultes et examiner les effets bénéfiques fonctionnels et les complications rapportés de la chirurgie du strabisme chez des adultes.

MÉTHODOLOGIE : Une recherche dans la littérature a été effectuée en septembre 2001. Elle a été répétée et mise à jour en avril 2003, avec l'extraction de citations pertinentes. Les membres du panel ont examiné les articles et les ont notés selon la pertinence de leur thème et de leur méthodologie.

RÉSULTATS : La recherche dans la littérature a permis d'identifier 49 rapports qui décrivent le traitement chirurgical du strabisme chez des patients adultes et répondent aux critères prédéterminés de la revue. Parmi ces rapports, deux étaient des études randomisées et contrôlées et une autre portait sur le principal objectif de cette revue. Dans cette étude randomisée menée auprès d'adultes atteints de strabisme, une comparaison directe de la correction chirurgicale et de la chimiodénervation avec la toxine botulinique A indiquait que le traitement chirurgical était supérieur à la toxine botulinique A pour réaligner les axes visuels (76,9 % vs 29,4 %, $p = 0,027$). On a rapporté plusieurs séries de cas importantes de strabisme chez des adultes (niveau de preuve III) dont le taux de réalignement chirurgical de 68 % à 85 % était satisfaisant. Les effets bénéfiques fonctionnels du traite-

ment chirurgical ont été rapportés chez de nombreux patients. Ils incluent l'élimination de la diplopie, le développement de la fusion binoculaire, l'expansion du champ visuel binoculaire et l'amélioration de la position de la tête. Des complications chirurgicales, incluant la diplopie postopératoire d'apparition nouvelle (1 %-14 %) ou la perforation sclérale (0,8 %-1,8 %), surviennent chez une minorité de patients. Une réintervention non planifiée (intervention subséquente sur le strabisme qui n'était pas prévue dans le cadre d'un traitement par étapes) a été nécessaire dans plus de 21 % des patients dans des séries de cas de strabisme concomitant, et dans plus de 50 % des patients atteints d'ophtalmopathie thyroïdienne.

CONCLUSIONS : Malgré la rareté des preuves de niveau I provenant d'études randomisées et contrôlées, la littérature existante indique que le traitement chirurgical du strabisme chez les adultes améliore le réalignement oculaire de façon sûre et efficace. Dans de nombreux cas, il améliore la fonction visuelle, sur la base principalement d'un niveau de preuve III. Les risques incluent la réintervention non planifiée, la diplopie post-opératoire et la perforation sclérale. D'autres études (niveau de preuve I) du traitement chirurgical chez des patients adultes seraient utiles pour documenter l'efficacité et corroborer l'innocuité de ce traitement.

Ophthalmology. 2004;111(6):1255-62.

Le Dr Hurwitz déclare qu'il n'a aucune divulgation à faire en association avec le contenu de cet article.

Les avis de changement d'adresse et les demandes d'abonnement pour *Ophthalmologie – Conférences Scientifiques* doivent être envoyés par la poste à l'adresse C.P. 310, Succursale H, Montréal (Québec) H3G 2K8 ou par fax au (514) 932-5114 ou par courrier électronique à l'adresse info@snellmedical.com. Veuillez vous référer au bulletin *Ophthalmologie – Conférences Scientifiques* dans votre correspondance. Les envois non distribuables doivent être envoyés à l'adresse ci-dessus. Poste-publications #40032303

La version française a été révisée par le professeur Pierre Lachapelle, Montréal.

L'élaboration de cette publication a bénéficié d'une subvention à l'éducation de

Novartis Ophthalmics

© 2008 Département d'ophtalmologie et des sciences de la vision, Faculté de médecine, Université de Toronto, seul responsable du contenu de cette publication. Édition : SNELL Communication Médicale Inc. avec la collaboration du Département d'ophtalmologie et des sciences de la vision, Faculté de médecine, Université de Toronto. ^{MD}*Ophthalmologie – Conférences scientifiques* est une marque déposée de SNELL Communication Médicale Inc. Tous droits réservés. L'administration d'un traitement thérapeutique décrit ou mentionné dans *Ophthalmologie – Conférences scientifiques* doit toujours être conforme aux renseignements d'ordonnance approuvés au Canada. SNELL Communication Médicale se consacre à l'avancement de l'éducation médicale continue de niveau supérieur.