

# Évolution naturelle sur cinq ans d'un mélanome choroïdien de petite taille chez un patient monophthalme

M. Fauquembergue (1), L. Kodjikian (1), P. Chauvel (2), F. Bacin (3)

(1) Clinique Ophtalmologique Universitaire, Centre Hospitalier de la Croix Rousse, Lyon.

(2) Cyclotron biomédical, Centre de Lutte contre le Cancer Antoine-Lacassagne, Nice.

(3) Service d'Ophtalmologie, Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand, Hôpital G. Montpied, Clermont-Ferrand.

Correspondance : L. Kodjikian, Clinique Ophtalmologique Universitaire, Centre Hospitalier de la Croix Rousse, 103, grande rue de la Croix-Rousse, 69004 Lyon. E-mail : kodjikian.laurent@wanadoo.fr

Ce cas clinique a fait l'objet d'un poster au 112<sup>e</sup> congrès de la Société Française d'Ophtalmologie en mai 2006 à Paris.

Reçu le 27 février 2007. Accepté le 6 juin 2007.

## Natural development over 4 years of a macular small choroidal melanoma in a single-eyed patient

M. Fauquembergue, L. Kodjikian, P. Chauvel, F. Bacin

*J. Fr. Ophtalmol., 2007; 30, 9: 928-932*

We report the case of a single-eyed patient with a small (2.2 mm thick with largest tumor diameter 7.6 mm) choroidal melanoma involving the entire macular surface with few functional signs. Visual acuity was 20/63. The patient was informed of the side effects and so was followed regularly at the oncology unit over 4 years. During this period, the tumor volume increased fourfold (the thickness reached 4.3 mm and the LTD 10.4 mm), with visual acuity decreasing to 20/250: proton beam therapy was therefore performed. The patient showed no metastasis more than 2 years after the treatment. This unusual case raises the question of small choroidal melanoma management, especially if the patient is single-eyed, in good general health, middle-aged and if the tumor is retrofoveal with just a few functional signs: when, why and who should be treated?

**Key-words:** Choroidal melanoma, monophthalmia, tumor growth, macular location, proton beam therapy.

## Évolution naturelle sur cinq ans d'un mélanome choroïdien de petite taille chez un patient monophthalme

Nous rapportons le cas d'un homme, âgé de 66 ans, monophthalme, avec un probable mélanome choroïdien de petite taille (épaisseur = 2,2 mm, grand diamètre basal = 7,6 mm) concernant la totalité de l'aire maculaire. L'acuité visuelle initiale était de 7/10<sup>e</sup> Pa2. Informé des bénéfices et des risques du traitement, le patient a néanmoins préféré ne pas être traité et être suivi régulièrement. Au terme de 4 années d'observation, le volume de la tumeur avait quadruplé (épaisseur = 4,3 mm et LTD = 10,4 mm), et l'acuité visuelle était effondrée à 1/20<sup>e</sup> Pa14, ce qui a convaincu le patient d'accepter un traitement. Plus de deux ans après une protonthérapie, le patient ne présentait pas de métastases. Ce cas clinique soulève la question de la prise en charge du mélanome choroïdien de petite taille, notamment en cas de localisation rétrofovéolaire, en cas d'atteinte d'un œil unique d'une personne d'âge moyen en bon état général et en cas de conservation de la fonction visuelle : quand traiter, pourquoi traiter et comment traiter ?

**Mots-clés :** Mélanome choroïdien, monophthalmie, croissance tumorale, protonthérapie, localisation maculaire.

## INTRODUCTION

Il est admis en cancérologie générale que la meilleure prise en charge pour le pronostic vital est la détection précoce, puis le traitement prompt et définitif d'une tumeur. Le taux de mortalité spécifique des mélanomes choroïdiens de petite taille est cependant faible (16 %) [1] et son traitement expose à un fort risque iatrogène de baisse d'acuité visuelle à court et à moyen terme de l'œil atteint. De plus, le diagnostic différentiel entre un nævus et un mélanome choroïdien est parfois très difficile cliniquement et exceptionnellement étayé d'une étude histopathologique.

Nous présentons le cas d'un patient monophthalme atteint d'un mélanome choroïdien rétromaculaire de petite taille, ayant refusé tout traitement pendant quatre ans et finalement traité par protonthérapie. Nous discutons ensuite de la difficulté de la prise en charge des petites tumeurs pigmentées de la choroïde et du rapport bénéfice/risque de leur traitement.

## OBSERVATION

Un homme, âgé de 66 ans, en excellent état général et sans antécédents généraux particuliers ni traitement médical, fut adressé en avril 2000

par son ophtalmologiste traitant qui suspectait une transformation maligne d'un nœvus du pôle postérieur sur son œil droit unique (œil gauche rendu non fonctionnel par un traumatisme perforant à l'âge de 20 ans). La lésion pigmentée était jusque-là suivie annuellement depuis 12 ans sans cliché du fond d'œil, ni mesures biomicroscopiques et échographiques. À l'examen, le patient se plaignait d'un syndrome maculaire (métamorphopsies et scotome central positif). L'acuité visuelle était conservée à 7/10<sup>e</sup> Pa2 grâce à l'ajout d'une correction hypermétropique de + 1 dioptrie. À l'examen initial, le segment antérieur et la pression intraoculaire étaient normaux. Le fond d'œil mettait en évidence une tumeur à pigmentation hétérogène, choroïdienne, à bords flous, ovoïde, en forme de dôme à sommet décalé vers le haut, sans pigment orange ni drüsens (*fig. 1*). Elle était rétro-fovéolaire à cheval sur les vaisseaux inféro-temporaux, à un peu plus d'un diamètre papillaire du disque optique. Il existait un décollement de rétine inférieur de petite taille en extrême périphérie. Le corps ciliaire était indemne. L'échographie oculaire réalisée en mode B (*fig. 2*) montrait une tumeur hypo-échogène au centre, en forme de dôme, sans hyperdensité de l'apex, d'épaisseur 2,2 mm et de dimensions basales 6,5 × 7,6 mm, associée à une excavation choroïdienne. Le volume était estimé à 56,5 mm<sup>3</sup> selon la formule de Gass pour une tumeur en forme de dôme (volume d'un dôme =  $\pi/6 \times e \times l \times L$ ) [2]. L'angiographie rétinienne à la fluorescéine montrait des « mottes » hyperfluorescentes irrégulières et confluentes par endroits, des pin-points aux temps moyens et une lame d'extension hypofluorescente en couronne périphérique aux temps tardifs. L'ensemble des données cliniques et para-cliniques orientait donc vers un mélanome choroïdien polaire postérieur. Le bilan d'extension (échographie hépatique, radiographie pulmonaire et IRM orbitaire) ne retrouvait ni métastases ni envahissement locorégional. On suspecta donc un mélanome choroïdien de « petite taille » selon les critères de la COMS et de stade T1NOMO selon la dernière classification TNM (*tableau I*). Informé de l'intérêt du traitement, mais également des effets radiques attendus sur l'acuité visuelle à court ou moyen terme du fait de la localisation de la tumeur, le patient n'accepta dans un premier temps qu'un examen ophtalmologique trimestriel et une échographie hépatique semestrielle.

D'avril 2000 à juin 2001, les dimensions tumorales progressèrent peu, mais suffisamment pour conforter le diagnostic de mélanome choroïdien (*fig. 3*).

De juin 2001 à juin 2002, l'acuité visuelle a plafonné à 6/10<sup>e</sup> Pa2. L'épaisseur et le plus grand diamètre basal avaient évolué lentement jusqu'à atteindre respectivement 3,6 mm et 8,6 mm, soit les dimensions d'une tumeur de « taille moyenne » selon les critères de la COMS et de stade T2NOMO selon la classification TNM (*tableau I*). À nouveau, le patient refusa tout traitement malgré une explication claire du diagnostic de malignité et de la baisse

**Tableau I**

Limites de taille tumorale selon l'étude randomisée du COMS [2-4] et la classification TNM [5].

	COMS GROUP [3-5]	TNM [6]
1	small	T1
– épaisseur	1 à ≤ 3 mm	≤ 2,5 mm
– diamètre	5 à 16 mm	≤ 10 mm
2	médium	T2
– Épaisseur	> 3 et ≤ 10 mm	> 2,5 et ≤ 10 mm
– diamètre	< 16 mm	> 10 et ≤ 16 mm
3	large	T3
– épaisseur	> 10 mm (ou > 8 et trop proche du NO)	> 10 mm
– diamètre	> 16 mm	> 16 mm

d'acuité visuelle iatrogène envisagée si le traitement était encore repoussé.

De juin 2002 à février 2004, la tumeur connut une autre phase de quiescence.

En mars 2004, fut notée de nouveau une augmentation de l'épaisseur (4 mm) et du plus grand diamètre basal (9,6 mm). En avril 2004, le patient présente une chute brutale de l'acuité visuelle à 1/10<sup>e</sup> Pa14 avec une tumeur qui atteint alors un volume quadruplé (4,3 × 9,1 × 10,4 mm, soit un volume estimé de 213 mm<sup>3</sup>) par rapport à celui noté en avril 2000 (*fig. 3 et 4*). La cinétique d'évolution exponentielle estimée a obéi ainsi à un temps de doublement moyen d'environ 346 jours avec deux périodes de stabilité entre avril 2000 et juin 2001 (14 mois), puis entre juin 2002 et février 2004 (20 mois) (*fig. 5*). En raison de la baisse d'acuité visuelle et de l'augmentation notable du volume tumoral, une protonthérapie fut débutée en mai 2004 avec l'accord du patient.

Dans le service d'ophtalmologie du Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand, cinq anneaux de tantal furent tout d'abord posés sur la sclère, sous anesthésie générale, autour de la tumeur, dont les bords avaient été localisés par transillumination et ophtalmoscopie directe associée à une indentation sclérale. Puis une protonthérapie fut administrée par l'équipe du Cyclotron biomédical de Nice au centre Antoine Lacassagne en avril 2004. Un total de 52 Grays équivalent protons (soit 60 Gy équivalent Cobalt) fut délivré en 4 fractions, 4 jours consécutifs, selon une distribution de dose dans l'espace calculée par le programme Eyeplan<sup>®</sup> après modélisation de l'œil. Pour soustraire un maximum d'irradiation au nerf optique, un filtre en coin fut mis en place et la marge de sécurité tumorale distale fut réduite à 1 mm au lieu de 2,5 mm habituellement. La régression tumorale débuta 16 mois après le traitement selon un schéma à trois temps : une augmentation, une stabilité, puis une diminution du volume tumoral. Six ans après

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4024696>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4024696>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)