



FORMATION MÉDICALE CONTINUE : LE POINT SUR... .

## Pathologie tumorale de l'orbite<sup>☆</sup>



**F. Héran\*, O. Bergès, J. Blustajn, M. Boucenna, F. Charbonneau, P. Koskas, F. Lafitte, E. Nau, P. Roux, J.-C. Sadik, J. Savatovsky, M. Williams**

*Service d'imagerie, fondation A. de Rothschild, 25, rue Manin, 75019 Paris, France*

### MOTS CLÉS

Tumeur ;  
Orbite ;  
Imagerie

**Résumé** Le terme tumeurs orbitaires recouvre un large spectre de pathologies bénignes et malignes, touchant les composants orbitaires ou développées à leur contact. Elles sont découvertes de manière fortuite ou recherchées dans le bilan d'une affection générale ou devant des signes orbitaires (exophtalmie, douleurs...). Le scanner, l'IRM et l'échographie avec Doppler couleur (EDC) jouent un rôle qui varie en fonction de la présentation clinique et de la pathologie recherchée. Cet article, fruit d'une longue expérience dans un centre référent, n'a pas la volonté d'être exhaustif. Nous avons préféré aborder ces tumeurs sous l'angle de leur présentation usuelle, en insistant sur les causes les plus fréquentes et les tableaux radiocliniques qui permettent d'y penser (exophtalmie progressive ou brutale, enfant ou adulte, lésions des glandes lacrymales, lésions périorbitaires, enophtalmie). Nous détaillerons en particulier les atteintes musculaires (maladie de Basedow, tumeurs), les lésions vasculaires (hémangiome caverneux, varices, lymphangiome kystique), les lésions de l'enfant, les hématomes orbitaires. Nous proposons des protocoles d'exploration simples et des diagnostics différentiels utiles. Les références bibliographiques permettront à ceux qui veulent aller plus loin de compléter leurs connaissances dans ce domaine passionnant.

© 2014 Éditions françaises de radiologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Les circonstances de découverte en imagerie d'une tumeur de l'orbite sont nombreuses [1]. Il peut s'agir d'une découverte fortuite, sur un scanner ou une IRM cérébraux ou du massif facial, réalisés dans le cadre d'une pathologie non ophtalmologique. Ailleurs, la lésion sera recherchée de principe car le patient présente des signes ophtalmologiques : une exophtalmie, une baisse visuelle unilatérale, une diplopie, une douleur orbitaire ou périorbitaire.

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.diii.2014.08.002>.

<sup>☆</sup> Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Diagnostic and Interventional Imaging*, en utilisant le DOI ci-dessus.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [pheran@fo-rothschild.fr](mailto:pheran@fo-rothschild.fr) (F. Héran).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jradio.2014.07.003>

2211-5706/© 2014 Éditions françaises de radiologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Cette imagerie a un rôle majeur dans le bilan étiologique et d'extension de la lésion. Elle oriente la prise en charge thérapeutique et permet un suivi spontané ou sous traitement.

## Imagerie : que choisir, quel protocole ? [2]

Le radiologue dispose trois méthodes d'exploration orbitaire. Elles seront utilisées isolément ou en association, en fonction de critères cliniques et anatomiques. L'imagerie en coupe permet de confirmer l'exophtalmie et d'en préciser le grade grâce aux rapports ligne bicanthale externe/globe oculaire. La ligne traverse le 1/3 postérieur : grade I, joute le pôle postérieur : grade II, passe en arrière du pôle postérieur : grade III. Le grade est un des points de surveillance de la pathologie, sachant que plus il est élevé, plus les risques de lésion du nerf optique par étirement sont importants.

L'échographie avec écho Doppler couleur (EDC) sera très utile si on soupçonne une lésion vasculaire (masse bleutée, variabilité de l'exophtalmie avec la position, anomalies conjonctivales associées), en cas de lésion antérieure (glande lacrymale, paupière), si on recherche des arguments pour différencier inflammation et lymphome. On utilise une sonde de haute fréquence, appliquée directement sur la lésion ou l'étudiant à travers du gel posé sur la paupière fermée. Les méthodes de Valsalva et l'hyperdécubitus (tête du patient en hyperextension) potentialisent le diagnostic de varice orbitaire.

Le scanner permet d'analyser la paroi orbitaire, de mettre en évidence des calcifications intra-lésionnelles et d'en préciser la morphologie (aspect de petites billes des phlébolithes, calcifications en motte des lésions cartilagineuses). Il peut être utilisé pour réaliser des manœuvres positionnelles (acquisition en procubitus dans le bilan d'une varice orbitaire). On commence l'examen par une acquisition sans injection, sauf en cas de suspicion de cellulite orbitaire, l'injection d'émulsion étant suffisante devant ce tableau clinique pour faire le diagnostic et le bilan d'extension. L'injection peut être classique ou réalisée en angioscanner artériel ou veineux, selon la pathologie soupçonnée. En cas de recherche de varice orbitaire, on complète l'acquisition classique en décubitus par une seconde en procubitus afin de mettre en évidence l'augmentation du volume lésionnel, typique de cette pathologie.

L'IRM reste la méthode de référence pour typer la lésion, en préciser l'extension et faire une analyse des éventuelles anomalies cérébrales associées. Elle est contre-indiquée, outre chez les patients porteurs d'un pace maker, chez ceux ayant des corps étrangers métalliques intra- ou péri-orbitaires. Elle peut être réalisée chez les patients ayant bénéficié de radiothérapie locale pour mélanome de la choroïde. Les patients peuvent garder leurs lentilles. Le maquillage peut être source d'artéfacts très gênant. Nous conseillons aux centres pratiquant les IRM orbitaires de faire prévenir les patientes par le secrétariat d'éviter tout maquillage, et d'avoir du démaquillant et des cotons pour celles qui n'ont pas suivi ce conseil ! Elle donne des informations à la fois sur la localisation, la morphologie et la structure de la lésion.

Quelques points sont importants à retenir. La suppression de la graisse après injection est systématique, car elle potentialise la détection des prises de contraste et permet de bien analyser les limites de la lésion et ses rapports avec les structures orbitaires (nerf optique, muscles, apex). Elle est particulièrement nécessaire pour le bilan des lésions postérieures, car la détection de leur extension vers la fissure orbitaire supérieure est nettement mieux étudiée qu'en l'absence de suppression de graisse. L'injection peut être réalisée au cours d'une perfusion T1 (ou injection dynamique) qui permet d'apprécier la microvascularisation tumorale. Cette perfusion est utilisée depuis plusieurs années pour caractériser les lésions ORL et en particulier salivaires, mais également pour les tumeurs du sein, hépatiques. En ophtalmologie, son utilisation est plus récente [3]. Les résultats sont bien corrélés à ceux trouvés pour les autres sièges lésionnels. Un article de 2011 [4] collige les résultats de l'utilisation de cette perfusion T1 dans 16 cas de tumeurs orbitaires malignes et 43 cas de tumeurs orbitaires bénignes. Les auteurs montrent que toutes les lésions ayant une courbe avec une imprégnation progressive (« persistant pattern ») ou type I sont bénignes, celles avec une pente rapide et un plateau (« plateau pattern ») ou type II sont soit bénignes, soit malignes et celles avec une courbe à montée rapide et pic (« wash out pattern ») ou type III sont plus volontiers malignes. L'utilisation de différents critères, obtenus à partir de ces études dynamiques devraient permettre d'améliorer les distinctions bénin/malin et de mieux caractériser les masses au sein de chaque catégorie.

## Exophtalmie progressive

Une exophtalmie progressive fait évoquer un processus expansif intra-orbitaire. Celui-ci peut être développé aux dépens des composants orbitaires anatomiques (muscle, vaisseaux, glande lacrymale, nerf optique, paroi) ou non (tumeur, infection).

### L'exophtalmie d'origine musculaire

Elle est très fréquente et lorsqu'elle est bilatérale, même asymétrique, la première hypothèse à évoquer est celle d'une cause métabolique et par argument de fréquence une orbitopathie dysimmunitaire, dans le cadre généralement d'une hyperthyroïdie (maladie de Basedow). Cette maladie touche les muscles oculomoteurs (releveurs de la paupière supérieure, droits supérieur, médial, inférieur, l'obliques supérieurs, beaucoup plus rarement droits latéraux) et la graisse orbitaire. Leur hypertrophie entraîne une exophtalmie. Le corps des muscles est le siège de dépôts de mucopolysaccharides, de graisse et de cellules inflammatoires. Ceci explique la morphologie de l'atteinte : muscles en fuseau (Fig. 1), à corps globuleux et tendon respecté, sa densité et son signal : zones graisseuses hypodenses, en hypersignal T1 et T2, inflammation en hypersignal T2 persistant sur les séquences en suppression de graisse ou Fat Sat (Fig. 2), puis fibrose en hyposignal T1 et surtout T2. Si le scanner sans injection suffit dans la majorité des cas pour faire le diagnostic, l'IRM est en revanche indispensable pour faire le diagnostic d'inflammation, cause de la plupart

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5663149>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5663149>

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