

Invasion intracornéenne par un mélanome du corps ciliaire

G.F. Laccarino (1), R. Forte (2), F. Tranfa (2), G. Cennamo (3), N. Rosa (1)

(1) Service d'Ophtalmologie, Deuxième Université, Naples, Italie.

(2) Service d'Ophtalmologie, Université « Federico II », Naples, Italie.

(3) Service d'Ophtalmologie, Université de Catania, Catania, Italie.

L'étude a été réalisée dans le Service d'Ophtalmologie de l'Université « Federico II », Naples, Italie.

Le texte n'a fait l'objet d'une présentation à aucun congrès. Il n'y a de liens financiers avec aucun des auteurs.

Correspondance : N. Rosa, Dipartimento di Oculistica, Seconda Università degli Studi di Napoli, Via Pansini 5, 80131, Napoli, Italie.

E-mail : gicennam@unina.it

Reçu le 20 janvier 2005. Accepté le 14 novembre 2005.

Intracorneal invasion of the ciliary body by melanoma

G.F. laccarino, R. Forte, F. Tranfa, G. Cennamo, N. Rosa

J. Fr. Ophtalmol., 2006; 29, e3

The authors report a case of a slow reduction of vision in the left eye of a 69-year-old woman. The slit-lamp examination of the eye showed a vascularized achromic subconjunctival mass close to the nasal limbus, invading the inferonasal corneal quadrant. At B-scan and standardized A-scan echography, the mass was shown to be localized to the ciliary body, with characteristics of a malignant melanoma. The patient did not want to undergo conservative treatment. Therefore, enucleation was performed and light microscopy revealed a pigmented malignant melanoma of the ciliary body with extrascleral growth and infiltration of the anterior third of the corneal stroma. No alteration of Bowman's membrane was present. The corneal infiltration, limited to the anterior third of the stroma, could be due to the fact that at this level the collagen fibers are disposed less regularly than those of the posterior two-thirds, with this different disposition responsible for the weak resistance opposed to the tumoral invasion.

Key-words: Ciliary body, malignant melanoma, corneal invasion, cornea.

Invasion intracornéenne par un mélanome du corps ciliaire

Les auteurs rapportent un cas de lente et progressive baisse de vision dans l'œil gauche chez une femme de 69 ans. L'examen biomicroscopique de l'œil montrait une masse sous-conjonctivale achrome vascularisée limbique, envahissant le cadran infero-nasal cornéen. À l'échographie B scan et A scan standardisée la masse était localisée au corps ciliaire et présentait des caractéristiques pathognomoniques pour un mélanome malin. En considérant la volonté de la patiente de n'être soumise à aucune thérapie conservatrice, on a procédé à l'énucléation de l'œil. L'étude histologique a révélé un mélanome malin pigmenté du corps ciliaire avec extension extrasclérale et infiltration cornéenne limitée au tiers antérieur du stroma, sans atteinte de la membrane de Bowman. Les cellules tumorales pourraient avoir pénétré dans le stroma cornéen antérieur puisqu'à ce niveau les mailles des fibres collagènes sont organisées de façon moins régulière que dans les deux tiers postérieurs et offriraient une résistance mineure à l'invasion tumorale.

Mots-clés : Corps ciliaire, mélanome malin, invasion cornéenne, cornée.



Le texte intégral de cet article est publié exclusivement sur le site www.masson.fr/revues/jfo

Consultation gratuite dans la rubrique e-jfo.
Pour citer cet article utiliser la référence suivante :
J. Fr. Ophtalmol., 2006, 29: e3

INTRODUCTION

Le mélanome malin uvéal est la tumeur intraoculaire primitive la plus fréquente chez l'adulte [1]. La vaste majorité de ces tumeurs se situe dans la choroïde, alors que la fréquence de mélanomes malins qui surviennent dans le corps ciliaire est inférieure [2]. Quand il est localisé au corps ciliaire le mélanome peut produire des effets secondaires sur les structures adjacentes, comme une indentation ou une subluxation cristallinienne, une invasion de l'angle de la chambre antérieure, un hyphéma, une extension extra sclérale et, rarement, une extension infiltrante intracornéenne.

OBSERVATION

Une femme de 69 ans est venue consulter dans notre Service d'Ophtalmologie en présentant une baisse progressive de vision dans l'œil gauche depuis quelques mois et une hyperhémie conjonctivale du même œil avec injection périkeratique. L'acuité visuelle de l'œil gauche était inférieure à 20/400 avec la meilleure correction, l'acuité visuelle de l'œil droit était 20/20. L'examen biomicroscopique à la lampe à fente de l'œil gauche montrait une masse vascularisée sous-conjonctivale, rosée, près du limbe inféro-nasal cornéen, et envahissant le cadran cornéen nasal inférieur. On y avait diagnostiqué un œdème cornéen (*fig. 1*). L'examen ophtalmoscopique du fundus montrait une masse solide pigmentée dans la périphérie inféro-nasale de la rétine. L'œil droit était sans anomalie. L'échographie B scan et A scan standardisée de l'œil gauche montraient une masse localisée au corps ciliaire dans les cadrans nasaux, avec des caractéristiques de baisse de réflectivité, de vascularisation intralésionnelle, avec une épaisseur de 7 mm et une base de 9 mm. En considérant les caractéristiques échographiques de la lésion, pathognomoniques d'un mélanome malin, et en considérant la volonté de la patiente de n'être soumise à aucune thérapie conservatrice, on a procédé à l'énucléation de l'œil gauche. Après énucléation, l'examen macroscopique a révélé une masse pigmentée dans le corps ciliaire, avec extension extra-sclérale (*fig. 1*). La microscopie a révélé un mélanome malin de type mixte. De plus, on détectait une infiltration du tiers antérieur du stroma cornéen sous la membrane de Bowman, sur trois millimètres du limbe nasale vers le sommet cornéen et une infiltration sclérale paralimbique nasale (*fig. 2*). La membrane de Bowman et l'épithélium cornéen n'étaient pas infiltrés (*fig. 3*). Le nerf optique et les fragments musculaires étaient libres des cellules tumorales.

DISCUSSION

Peu de cas d'invasion cornéenne par un mélanome malin ont été rapportés. Le principal obstacle à la pro-

lifération tumorale intracornéenne est assuré par les membranes de Bowman et de Descemet, qui limitent le stroma cornéen, le long de l'architecture lamellaire compacte de la cornée qui tend à s'opposer à la croissance tumorale [3]. L'infiltration cornéenne peut se vérifier surtout quand la tumeur est primitive de la conjonctif, même si quelques cas d'invasion provenant du corps ciliaire ou de l'iris ont été décrits. En ce qui concerne la première éventualité, Paridaens *et al.* [3] ont rapporté un cas de mélanome conjonctival qui avait envahi le stroma antérieur de la cornée, le stroma central n'étant pas impliqué. Dans ce cas, il y avait absence locale de la membrane de Bowman par suite d'excision chirurgicale d'un mélanome limbique, une condition anatomique a prédisposé à ce type particulier d'invasion. En ce qui concerne les autres sites de provenance d'infiltration, Seregard a décrit un mélanome malin du corps ciliaire envahissant le stroma cornéen postérieur, près de la membrane du Descemet [4]. La partie restante du stroma central et antérieur était libre de cellules tumorales. L'auteur a conclu que le point d'entrée des cellules tumorales dans le tissu cornéen était en correspondance avec l'anneau de Schwalbe, qui se trouve à la frontière antérieure du trabéculum et représente la terminaison de la membrane de Descemet. Une fois la

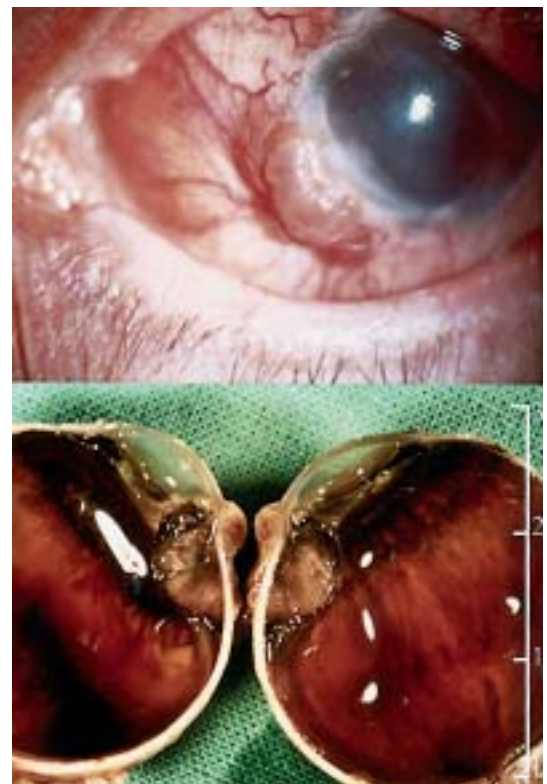
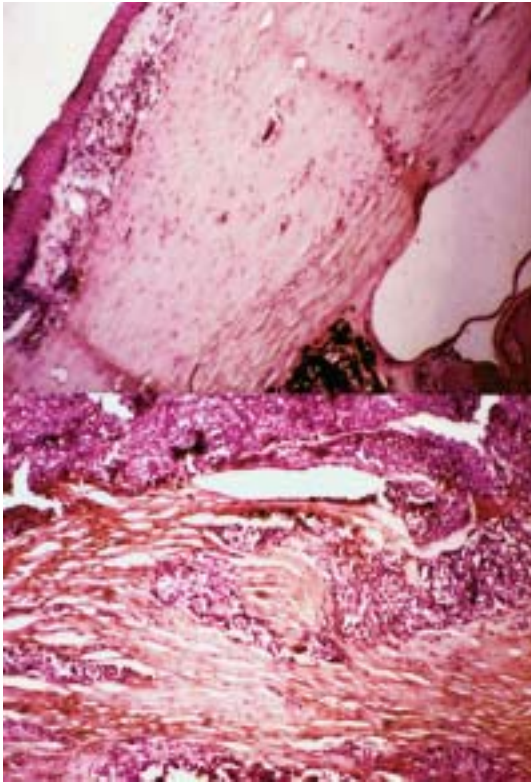


Figure 1 : En haut, l'examen biomicroscopique à la lampe à fente montre une masse rosée près du limbe sous la conjonctive. En bas, aspect macroscopique (échelle en centimètres). On voit la masse brune dans le corps ciliaire avec invasion extraoculaire.



2 | 3

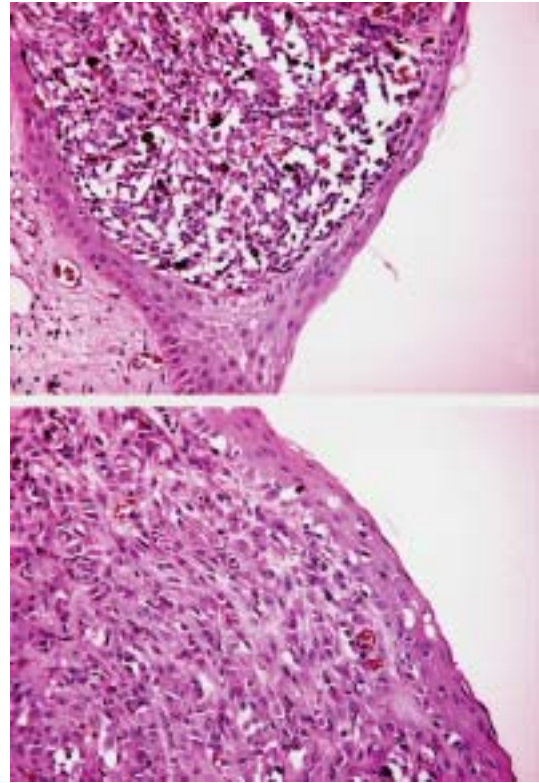


Figure 2 : En haut, aspect histologique (hématoxyline et éosine, 10X) qui montre l'invasion tumorale vers le tiers antérieur du stroma cornéen. En bas, aspect histologique, vue plus agrandie (40X) qui montre l'infiltration tumorale à toute l'épaisseur dans le stroma scléral près du limbe nasal.

Figure 3 : Aspect histologique (hématoxyline et éosine, 20X) qui montre la tumeur poussant sous la membrane de Bowman et l'épithélium cornéen.

membrane de Descemet séparée du stroma par les cellules tumorales, celles-ci s'étaient propagées en suivant le plan de clivage. En outre, Margo et Groden ont décrit un mélanome malin de l'iris qui avait envahi massivement la cornée après que l'œil avait été frappé par une boîte d'aluminium et seule une lésion de la cornée s'était produite [5]. D'après tous ces auteurs, par conséquent, la lésion ou le clivage des membranes de Bowman et de Descemet peuvent avoir favorisé l'invasion néoplasique. Cependant, dans le cas que nous avons présenté, localisé au stroma cornéen antérieur, il n'y avait aucun antécédent traumatique ni altération de la membrane de Bowman mais il y avait une croissance trans-sclérale de la tumeur près du secteur cornéen intéressé. L'invasion tumorale aurait procédé de la sclère au stroma cornéen antérieur, en trouvant une faible résistance puisqu'à ce niveau, les fibres collagène ont une disposition moins ordonnée que dans les deux tiers postérieurs [6, 7].

CONCLUSION

La cornée n'est pas facilement perméable à une invasion cellulaire tumorale. L'infiltration stromale cornéenne provenant de la conjonctive, du corps ciliaire ou de l'iris est rare et a été jusqu'à aujourd'hui attribuée à la lésion

ou au clivage des membranes de Bowman ou de Descemet, qui limitent le stroma. L'infiltration semble plus facile quand les cellules tumorales passent de la sclère dans le tiers antérieur du stroma cornéen, où les lamelles des fibres collagène offrent une résistance mineure à la dissémination néoplasique à cause de leur disposition, à ce niveau moins régulière.

RÉFÉRENCES

1. Farkas TG. Neoplasm of the uvea. *In*: Duane. Clinical Ophthalmology, Harper & Row, Philadelphia, 1986, Vol. 4, 67:4-5.
2. Duke-Elder S, Perkins ES: Diseases of the Uvea — Tumours. *In*: Duke-Elder. System of Ophthalmology, Henry Kimpton, London, 1966, 9:844-5.
3. Paridaens ADA, Kirkness CM, Garner A, Hungerford JL. Recurrent malignant melanoma of the stroma: a case of "black cornea". *Br J Ophthalmol*, 1992;76:444-6.
4. Seregard S. Massive intracorneal invasion of a ciliary body melanoma. *Acta Ophthalmol*, 1994;72:257-62.
5. Margo CE, Groden LR. Iris melanoma with extensive corneal invasion and metastases. *Am J Ophthalmol*, 1987;104:543-5.
6. Hamming NA, Apple D. Anatomy and embryology of the eye. *In*: Peyman GA, Sanders DR, Goldberg MF. Principles and practice of Ophthalmology, Saunders, Philadelphia, 1980:1-28.
7. Waring GO. Corneal structure and physiopathology. *In*: Leibowitz HM. Corneal disorders, Saunders, Philadelphia, 1986:1-16.