

CONSTATATIONS CLINIQUES ET HISTOLOGIQUES CONCERNANT LES HEMORRAGIES CHOROIDIENNES SIMULANT LES TUMEURS MELANIQUES

PAR

NICOLAS ZOLOG

Timisoara - Rumania

Parmi les nombreuses affections oculaire Reese en énumère 15 dans la dernière édition de son traité sur les tumeurs oculaires qui peuvent simuler le mélanome malin choroidien, l'hémorragie choroidienne est la plus difficile à identifier. Son aspect ophtalmoscopique imite entièrement celui du mélanome. Cette ressemblance est la cause qu'un grand nombre d'hémorragies choroidiennes ont été identifiées seulement par l'examen histologique des yeux suspectés d'abriter des mélanomes malins.

Sur un nombre de 47 yeux encléés avec le diagnostic de mélanome malin de la choroïde nous avons trois fois trouvé à l'examen anatomique, un véritable hématome, situé entre l'épithélium pigmenté et les cellules visuelles, et dans un cas, une hémorragie choroidienne invadant le vitré.

Dans la littérature ophtalmologique, à notre connaissance, les examens histologiques concernant tels yeux rares. C'est le motif que nous avons jugé utile de relater nos observations.

Obs. I. M. Ecaterina, 38 ans. Depuis 6 mois la malade remarque la baisse de l'acuité visuelle de son oeil droit. Le champ visuel de cet oeil est amputé dans le secteur temporal. Tension oculaire normale. Examen ophtalmoscopique: soulèvement rétinien nasal marqué, sans plis, immobil, assez nettement delimité,

d'aspect grisâtre-marron entre la papille et l'ora serrata. L'examen microscopique de l'œil coupé en deux (Fig. 1) découvre une formation noire qui décolle la rétine nasale.

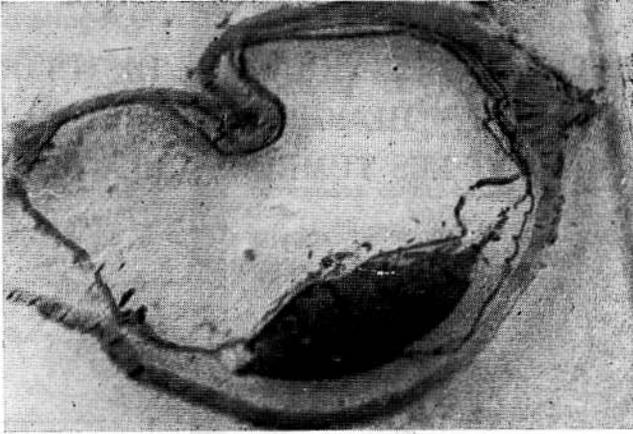


Fig. 1

Sur les coupes histologiques, cette formation se révèle à être un hématorne logé entre l'épithélium pigmenté (Fig. 2) et les cellules visuelles. La membrane de Bruch et l'épithélium pigmenté altérés sont, dans la zone adjacente au hématorne,

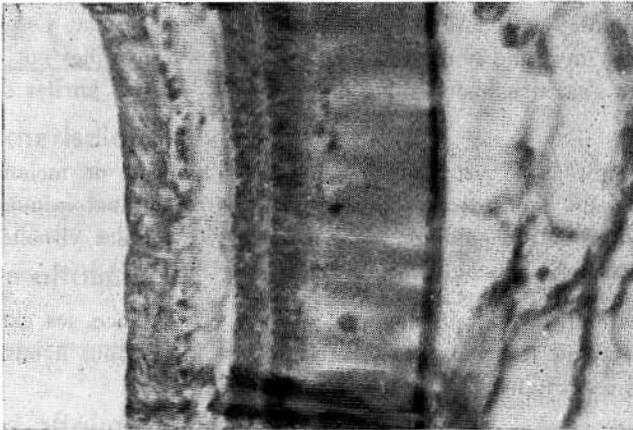


Fig. 2

dechirés. La surface interne de l'hématorne est recouverte partout par les cônes et les bâtonnets. A côté de l'ora on remarque une hémorragie intrachoroïdienne,

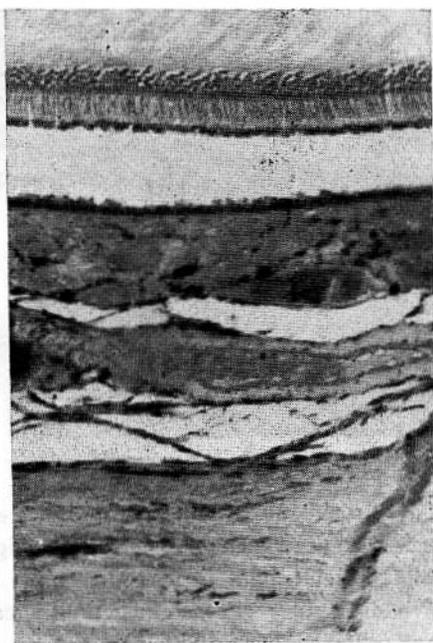


Fig. 3

veritable hématome disecant. Les parois des artères choroïdiennes sont épaissies, celles veineuses atrophiées et amincies (Fig. 3 et 4).

Obs. II. D. Ioan, 55 ans. Depuis 8 mois baisse progressive de la vue de l'œil gauche.

Examen ophtalmoscopique. Décollement immobil de la rétine (10d.), de couleur grise-ardoisée entre la papille et l'équateur, dans le secteur temporal. Sur les deux moitiés de globe oculaire sectionné on voit que la rétine est décollée entre la papille et l'ora, par une formation brunatre consistente. L'étude histologique montre qu'il s'agit d'un hématome placé entre l'épithélium pigmenté et les cellules visuelles l'épithélium pigmenté et la mebrane de Bruch présentent plusieurs ruptures, épaississements et plis. On remarque les mêmes lésions des artères, et des veines choroïdiennes comme dans l'observation précédente.

Obs. III. L. Maria, 48 ans, présente baisse de la vision de l'œil droit, les derniers 8 mois et l'amputation du champ visuel temporal.

A l'examen ophtalmoscopique on constate dans le secteur nasal un décollement globuleux (23 D1) immobile grisjaune de la rétine toujours entre la papille et

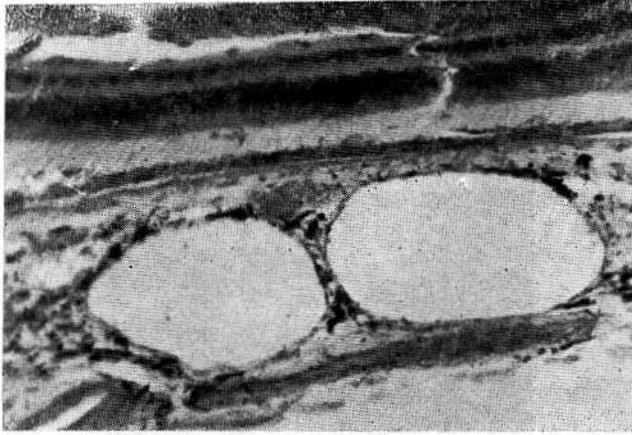


Fig. 4

l'ora. Au microscope on retrouve un décollement rétinien étendu causé par un hématome siégeant sous les cellules visuelles. L'épithélium pigmenté, la membrane de Bruch et les vaisseaux présentent les mêmes alterations que les observations précédentes. Dans un endroit on observe une multiplication des vaisseaux choroidiens ayant l'aspect d'un angiome (Fig. 5).

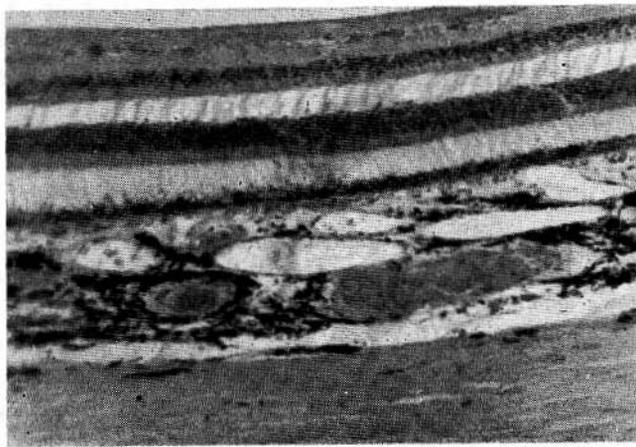


Fig. 5

Dans les trois observations mentionnées plus haut, la translumination sclérale a été négative.

Obs. IV. D. Marta, 69 ans, admise à la clinique pour douleurs oculaires intermittentes et la perte de la vue de l'oeil gauche.

HEMORRAGIES CHOROIDIENNES

Examen oculaire. Quelques éctasies sclérales; la cornée est opalescente, la pupille dilatée, le fond de l'oeil inéclairable et la tension oculaire 52 mm (Shoiötz). La trépanation Elliot n'aboutissant à normaliser la tension oculaire, on décide l'énucléation de l'oeil.

L'examen macroscopique de l'oeil coupé en deux pièces montre qu'une masse noire consistante comble les chambres oculaires. Elle est constituée d'un caillot parsemé d'un grand nombre d'amas pigmentaires (Fig. 6). La choroïde présente des alterations vasculaires et des hémorragies massives. La lamina vitrea et l'épithélium pigmenté des déchirures à travers lesquelles l'hémorragie s'infiltré dans la rétine, de a même manière comme dans les trois cas précédents. Dans cette dernière observation, l'hémorragie a déchiré aussi la rétine occupant totalement la chambre du vitrée.

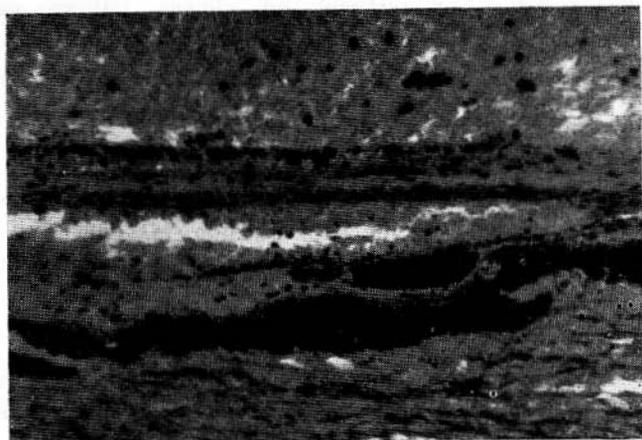


Fig. 6

Les alterations vasculaires choroïdiennes n'étaient pas cantonnées en aucun de nos cas au territoire des hématomes intrarétiniens. Elles étaient présentes aussi dans les endroits environnants et même dans ceux éloignés. Nous n'avons pas trouvé des alterations vasculaires rétiniennees marquées que dans l'observation II (angiosclérose hypertonique). De l'examen de la totalité des coupes histologiques il résulte que dans tous les cas les hémorragies étaient choroïdiennes et qu'en déchirant la membrane de Bruch et l'épithélium pigmenté elles ont formé des hématomes intrarétiniens entre l'épithélium pigmenté et les cellules visuelles.

Les lésions primaires se trouvent donc au niveau des vaisseaux choroïdiens. Les parois des artères deviennent épaissies, homogènes et hyalinisées. Les veines, dont

les parois sont amincies, atrophiées et réduites par place à une seule couche épithéliale, sont dans quelques endroits énormément dilatées.

On peut facilement comprendre qu'en contact avec une choroïde tellement altérée, la membrane de Bruch et l'épithélium pigmenté dégénèrent et deviennent moins résistants.

Les examens cliniques et de laboratoire ne nous ont pas fourni des données concernant les causes des alterations vasculaires rencontrées. On peut soupçonner l'intervention de la sénescence dans les observations II et IV et dans les cas I et III (jeunes gens) un état constitutionnel altéré des vaisseaux.

D'après l'évolution lente des troubles subjectifs il semble que les hémorragies choroïdiennes se sont graduellement développées. Leur pression augmentante a déchiré la membrane de Bruch et l'épithélium pigmenté puis s'est infiltré entre celles-là et les cellules visuelles en réalisant un clivage rétinien comme dans le décollement "Idiopathique" de la rétine. Plus tard, ainsi que dans notre IV-ème observation, l'hémorragie déchire la barrière constituée par la rétine envahissant le vitré.

Quelques hémorragies choroïdiennes simulant le mélanome malin de la rétine sont relatées dans la littérature ophtalmologique plus ancienne /Sattler, Bedell/. Un nombre plus grand est publié par Kirk et Petty, mais sans de données histologiques. Dans une observation plus récente de Rones et Zimmermann, une petite hémorragie choroïdienne était enquistée et contenait des cristaux d'oxalate calcique.

Reese et Jones ont décrit sous l'étiquette d'hématome de l'épithélium pigmenté une lésion qui, d'après eux, simule dans le plus haut degré le mélanome choroïdien. L'hématome habituellement situé dans la région maculaire, entre l'épithélium pigmenté et la lamina vitrea est d'apparition brusque. Il se révèle en quelques semaines puis se résout et se resorbe laissant en place quelques taches pigmentaires. Selon Reese et Jones, il a son origine dans l'épithélium pigmentaire et la membrane de Bruch. Nous n'avons pas rencontré cette néoformation sur nos coupes histologiques.

* * *

Au terme de ce travail, sachant que la seule solution thérapeutique offrant quelques garanties, *quo ad vitam*, reste encore aujourd'hui l'énucléation du globe oculaire contenant la tumeur, on doit se demander si les mélanomes malins constituent ou non des urgences chirurgicales? Théoriquement on peut donner un

réponse négative surtout pour les petites tumeurs /Flocks, Gerende et Zimmermann, Dunphy/. Mais l'ophtalmologiste, même expérimenté, ayant le souvenir du cortège des malades morts par métastases des ces tumeurs se considère obligé à proposer l'énucléation quand le tableau clinique est typique. Il préfère cette solution surtout quand il s'agit des yeux avec la vision perdue ou sur le point d'être perdue. Le risque d'enucléer un tel oeil semble être plus acceptable que la conservation d'un oeil contenant la tumeur.

BIBLIOGRAPHIE

1. *Bedell A. I.*: Die Bedeutung der Choroidealblutung, ref. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., 89, 685, 1932.
2. *Blodi F. C.*: The Difficult Diagnosis of Choroidal Melanoma. Arch. Ophth., 69, 253-56, 1963.
3. *Dunphy E. B.*: Symposium: The Diagnosis and Menagement of Intraocular Melanomas. Trans. Amer. Ophthal. Otolaryng., 62, 517-555, 1958.
4. *Flocks M., Gerende J. H. and Zimmerman L. E.*: The Size and Shape of Malignant Melanomas of the Choroid and Ciliary Body. Trans. Amer. Acad. Ophthalm. Otolaryng., 59, 740-758, 1955.
5. *Hervouet F.*: Les formes de dégénérescence de la membrane de Bruch et de l'épithélium pigmenté de la rétine. Ann. d'oculist., 191, 105-148, 1959.
6. *Kirk H. O. and Petty R. W.*: Malignant Melanoma of the Choroid: Correlation of clinical and histological finding. Arch. Ophth., 56, 843-60, 1960.
7. *Reese A. B. and Jones E. S.*: Benign Melanomas of the Retinal Pigment epithelium. Am. J. Ophth., 42, 207-212, 1948.
8. *Reese A. B.*: Tumors of the Eye. Sec. Ed. Harper & Row, 1963.
9. *Rones B. and Zimmerman L. E.*: An Unusual Hemorrhage Simulating Malignant Melanoma. Arch. Ophth., 70, 30-32, 1963.
10. *Sattler C. H.*: Sarkomähnlicher Aderhauttumor. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., 90, 190-192, 1933.
11. *Thiel R., Otto J. und Toppel L.*: Statistische Untersuchungen über das intraoculäre Melanoblastom und Retinoblastom. Klin. Monatsbl., f. Augenheilk., 138, 682-70, 1961.

Clinique Ophthalmologique