

DIAGNOSTIC TARDIF DES TUMEURS OCULO-ORBITAIRES ET MEDECINE TRADITIONNELLE AU CAMEROUN A PROPOS DE 2 CAS

M. MOUSSALA*, A. MBAKOP**, M. ONDOA MEKONGO***, P. NDOUMBE***

RESUME

Les auteurs rapportent deux cas de tumeurs oculo-orbitaires ayant été diagnostiquées tardivement en milieu camerounais. Il s'agit d'un carcinome baso-cellulaire des paupières et d'un lymphome orbitaire lymphoplasmocytoïde. Il est procédé à une revue de la littérature portant sur ces deux tumeurs. Le rôle de la médecine traditionnelle dans le diagnostic tardif des tumeurs oculo-orbitaires est discuté.

Mots-clés : tumeur oculaire-orbitaire, diagnostic, Afrique / Cameroun, guérisseur/médecine traditionnelle, carcinome baso-cellulaire, paupière, lymphome orbitaire/lymphoplasmocytoïde.

SUMMARY

The authors report two cases of late diagnosis of oculo-orbital tumors in Cameroon.

The first case was basal cell carcinoma of the eyelids while the second was an orbital lymphoma.

A review of the literature concerning these two tumors is presented. The role of traditional medicine in the late diagnosis of these tumors is discussed.

Key-words : oculo/orbital tumor, Africa/Cameroon, diagnosis, traditional healer, basal-cell carcinoma, eyelid, orbital/lymphoplasmocytoid lymphoma.

Il existe très peu d'études portant sur la pathologie tumorale oculo-orbitaire en Afrique. Le nombre restreint d'études menées suggère néanmoins que les tumeurs oculo-orbitaires sont plus fréquentes en Afrique tropicale qu'en Europe (1). La fréquence et/ou la prédominance des ces tumeurs en milieu hospitalier ont pu être établies. JOUHAUD F. et aut. dans leur consultation à l'Institut d'ophtalmologie

*Service d'ophtalmologie - Hôpital Central Yaoundé - Cameroun

** Laboratoire d'anatomie pathologique

Hôpital central Yaoundé - Cameroun

tropicale d'Afrique (IOTA) à Bamako ont retrouvé 250 tumeurs oculaires pour 250 000 consultants nouveaux, soit une prévalence de 1 % (2). Un travail réalisé dans le service d'ophtalmologie d'un hôpital togolais estime la fréquence des tumeurs oculaires à 4,82 %. Dans une étude précédente effectuée en milieu hospitalier dans la province de l'Ouest-Cameroun, nous avons estimé que la pathologie tumorale oculaire représentait 0,67 % de toutes les affections de l'appareil visuel (4).

Les deux rapportés confirment le caractère tardif de la découverte des tumeurs oculo-orbitaires. Mais ils mettent surtout en exergue le rôle de la médecine traditionnelle dans l'application tardive des traitements. Le rôle des facteurs socio-culturels dans le diagnostic tardif des tumeurs oculo-orbitaires est aussi discuté.

OBSERVATIONS CLINIQUES

Observation n°1

Il s'agit d'un patient de sexe féminin âgé de 56 ans qui se présente au service d'ophtalmologie de l'hôpital central de Yaoundé le 3/3/1996. La malade est une paysanne de race noire et non albinos résidant à 150 km de l'hôpital.

L'examen ophtalmologique met en évidence une énorme formation tumorale occupant la paupière inférieure dans sa totalité à l'exception d'une portion interne, ainsi que le canthus et le rebord orbitaire externes de l'œil droit et le 1/5 externe de la paupière supérieure. L'aspect macroscopique est celui d'une tumeur végétante ayant des bourgeons (nodules) exophytiques multiples (figures 1 et 2).

*** Service de Pédiatrie - Hôpital Central Yaoundé - Cameroun

Travail effectué dans le service d'ophtalmologie de l'Hôpital Central de Yaoundé.

Figure 1 : Enorme tumeur multinodulaire végétante occupant la paupière inférieure ainsi que le canthus et le rebord orbitaire externes. L'histopathologie révélera un carcinome baso-cellulaire

L'interrogatoire révélera que la malade avait été examinée par deux guérisseurs traditionnels depuis le début de la maladie (9 mois auparavant). Ceux-ci avaient estimé que l'affection était due à de mauvais sorts jetés au patient par un membre de sa famille. Pendant 9 mois, des traitements traditionnels sous forme de scarifications, mixtures et incantations avaient été administrés.

La N.F.S. est normale. Lors de différents pansements, on remarquera l'apparition de myiases sur la tumeur. Le 10/3/1996, la radiographie des orbites et de la face constate l'absence de lésions osseuses. L'histopathologie mettra en évidence des images nettes de carcinome baso-cellulaire (cellules basophiles régulières formant des amas entourés par une basale) après une biopsie par incision.

Le traitement chirurgical sera proposé au malade qui faute de pouvoir en assumer le coût financier, s'évadera de l'hôpital.

Observation n°2

Figure 2 : Carcinome baso-cellulaire palpébral en vue latérale. La tumeur s'étend au-delà du rebord orbitaire externe

Il s'agit d'un garçon de 13 ans ayant un exorbitisme unilatéral gauche (Figure 3) examiné le 17/3/1993.

Figure n°3 : Exorbitisme de l'œil gauche associé à un chémosis. L'étude histologique de la tumeur orbitaire après biopsie révélera un lymphome malin diffus non-hodgkinien de type lympho-plasmocytoïde.

On remarquera aussi des sécrétions mucopurulentes avec phénomènes d'ulcération au centre de la tumeur. L'acuité visuelle s'avère impossible à mesurer à cause du recouvrement de l'axe optique cornéen par la formation tumorale et la paupière. On note aussi une motilité limitée de l'OD avec l'absence d'adénopathies régionales (pétragiennes et sous-maxillaires). L'AV à l'œil gauche est de 10/10 sans lésions pathologiques.

On remarque aussi une latéralisation inférieure de l'exophthalmie et un chémosis associés. Des scarifications cutanées

seront localisées à 4 cm du rebord orbitaire supérolatéral (Figure 4), en l'absence de toute tuméfaction maxillaire.

L'interrogatoire situait le début de la maladie deux mois auparavant. Le tradipraticien consulté avait imputé l'affection aux forces occultes. Un traitement avait été mis en place par le médecin traditionnel (rites traditionnels, scarifications).

Figure n°4 : Scarifications de médecine traditionnelle situées au-delà du rebord orbitaire supéro-externe gauche

La numération formule sanguine donnera les résultats suivants : $5,41 \cdot 10^6$ GR/mm³ ; 420 GB/mm³ (64 neutro ; 18 Eosino ; 20 lympho) ; Hb : 13,5 g/100 ml ; hématocrite 43 % ; VGM : 79. Le malade est séronégatif pour le HIV- à l'Elisa. La radiographie du crâne effectuée le 17/3/1996 constatait l'absence de lésions osseuses des cadres orbitaire et maxillaire. L'étude anatomopathologique réalisée après biopsie par incision supéro-orbitaire conclut à un lymphome malin diffus non-Hodgkinien de type lympho-plasmocytoïde (tissu tumoral malin constitué par une nappe de cellules lymphomateuses d'aspect lymphocytaire et plasmocytoïde).

Le diagnostic d'extension (radiographie de la face et des poumons, échographie abdominale) est normal.

Un traitement chimiothérapique anticancéreux sera institué selon le protocole suivant : Vincristine (1 mg/m² de sur-

face par jour pendant 4 semaines en IV), cyclophosphamide (300 mg/m² de J1-J5 en IV lente), Méthotrexate (15 mg/m² en intrarachidienne 1 fois/j pendant 4 semaines), hydrocortisone (15 mg/m² en intrarachidien 1 fois/jour pendant 4 semaines) et Doxorubicine (40 mg/m²/g en IV lente pendant 3 jours).

Le patient développera une varicelle floride 2 semaines après le début de la chimiothérapie et s'évadera de l'hôpital pour des raisons inconnues.

COMMENTAIRES

Le carcinome baso-cellulaire est la tumeur maligne palpébrale la plus fréquente dans les pays de l'hémisphère nord (5, 6). Il représente 85 à 90 % des néoplasmes palpébraux. Cette tumeur est rare en milieu noir africain (1, 2). «L'épithélioma» basocellulaire ne représente que le 1/10ème des «épithéliomas» palpébraux chez l'Africain (1). Cette proportion est inverse dans les pays occidentaux (8).

Comme pour tous les cancers de la peau, l'exposition permanente aux longueurs d'onde ultraviolettes déterminant les brûlures solaires (290 à 320 NM), surtout chez les sujets non protégés par une forte pigmentation mélanique, représente le facteur étiologique le plus important (9).

On distingue plusieurs formes cliniques du carcinome baso-cellulaire palpébral : forme perlée, l'ulcus rodens et la forme plane cicatricielle (10). Néanmoins, la grande variété des formes cliniques peut se résumer en deux principales : forme nodulaire et forme fibreuse (6). la dernière est d'un pronostic comparativement plus réservé que la première. Il peut exister des éléments de différenciation «spino-cellulaire» au sein du carcinome baso-cellulaire. Mais ceux-ci n'influent en rien sur le pronostic de la maladie.

Dans les stades tardifs et avancés qui sont souvent ceux des tumeurs oculaires en Afrique, on constate une invasion de l'orbite à travers les rebords orbitaires. L'évolution de la tumeur est relativement bénigne et ne provoque pas de métastases.

Au début, la tumeur peut être éradiquée par une simple excision chirurgicale. Le traitement fait appel à plusieurs méthodes : exérèse chirurgicale, cryothérapie, chimiothérapie et radiothérapie.

Les travaux effectués en milieu tropical africain sont unanimes sur le fait que le rétinoblastome est la tumeur maligne oculo-orbitaire la plus fréquente chez l'enfant (1, 2, 11). Les lymphomes orbitaires occupent la deuxième position. Ces lymphomes sont en majorité des tumeurs de Burkitt (1, 11). Selon D. BURKITT, lui-même, les lymphomes orbitaires isolés de nature Burkittienne qui se rencontrent dans 18 % des cas de localisations faciales du BURKITT sont le plus souvent des tumeurs à début maxillaire extériorisées dans l'orbite (12). La radiographie montre au début des microgéodes de la région médullaire des os maxillaires qui confluent en larges plages d'ostéolyse, s'étendent vers la corticale avec formation d'images ostéo-constructives en fines spicules perpendiculaires au périoste. Le lymphome malin non-Hodgkinien de type lymphoplasmocytaire, lui peut produire un foyer néoplasique unique hors des nodules lymphatiques (orbite, rate) (13). De manière générale, les tumeurs lymphoïdes orbitaires (à l'exclusion du Burkitt en Afrique) prédominent chez les adultes et sont rares chez les enfants (6). L'affection montre les signes cliniques suivants : exophtalmie progressive, indolore, troubles de la motilité extrinsèque, troubles visuels et augmentation du volumes des glandes lacrymales. L'exophtalmie peut être absente quand la tumeur est localisée au niveau de l'orbite antérieure.

La TDM révèle une masse tumorale se moulant aux structures orbitaires environnantes sous forme de «pâte à modeler» (6). Les lésions osseuses ne sont pas apparentes.

Une évaluation de l'état général du malade doit être effectuée (examen général, NFS, biopsie de la moelle osseuse, échographie du foie et de la rate, TDM osseuse, radiographie du thorax, électrophorèse d'immunoprotéines du sérum pour la détection des anomalies de production des immunoglobulines (6). Ce bilan évalue le retentissement et l'extension de la maladie. Le patient doit être examiné à intervalles réguliers après traitement pour détecter des récurrences systémiques pouvant avoir lieu plusieurs années plus tard.

L'examen au microscope électronique permet de distinguer les lymphomes non-Hodgkiniens issus des cellules B et bien différenciés de ceux qui le sont moins. En effet, les localisations extra-oculaires sont mises en évidence dans 50 % des cas de lymphomes moins différenciés (6).

Les lymphomes lympho-plasmocytoïdes ont des cellules combinant les propriétés des lymphocytes et plasmocytes. Il convient dans leur diagnostic d'éliminer la macroglobulinémie de Waldenström ou un lymphome systémique avec production d'immunoglobulines. Mais certains des examens indispensables à ce diagnostic différentiel ne sont pas disponibles en milieu tropical.

Le traitement des lymphomes malins dépend des types de tissu néoplasiques et de l'extension du processus malin. On utilise principalement la chimiothérapie et/ou la radiothérapie.

Le diagnostic tardif des tumeurs oculaires s'explique en général dans le contexte africain par les performances limitées au système de santé. Nos observations mettent en exergue un facteur supplémentaire impliqué dans le diagnostic tardif. Il s'agit des traitements traditionnels inappropriés et longs. Ceux-ci contribuent, en retardant la mise en route d'un traitement efficace, à favoriser l'extension du processus tumoral.

Certains alcaloïdes de plantes (Vinblastine, Vincristine, Taxol) ont démontré leur efficacité dans le traitement des cancers. Malgré ce fait, il est important que les guérisseurs traditionnels soient informés sur les affections qui se situent en dehors de leurs compétences..

Nos observations posent aussi le problème des surinfections de tumeurs oculo-orbitaires. Il s'agit ici de l'apparition de myiases sur carcinome baso-cellulaire. Ce fait est attribuable au riche environnement microbien des pays tropicaux et aux conditions hygiéniques. L'accent devrait être mis sur la prévention des infections opportunistes lors de la chimiothérapie anti-tumorale. Il est aussi nécessaire en milieu tropical de prendre des mesures préventives contre les infections opportunistes lors de la chimiothérapie anti-cancéreuse.

CONCLUSION

Les tumeurs oculo-orbitaires sont diagnostiquées en Afrique à un stade avancé. L'application des traitements traditionnels inappropriés et longs peut expliquer certains de ces diagnostics tardifs. Il convient d'initier les médecins traditionnels à la reconnaissance des affections ne relevant pas de leurs compétences.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - G. DISCAMPS, J.C. DOURY, M. CHOVET
Contribution à l'étude statistique des cancers oculo-orbitaires en Afrique.
A propos de 460 observations.
Med. Trop. 1972 ; 32 : 385-401.
- 2 - F. JOUHAUD, T. LEFAOU, P. VINGTAIN
Pathologie tumorale orbito-oculaire au Mali.
Bull. Soc. Opht. France, 1986, 3 : 319-322.
- 3 - K. BALO
La pathologie oculaire au Togo, le cas d'Atakpale.
Afrique Médicale, 1987 ; 26 : 255 (429-434).
- 4 - M. MOUSSALA, O. MISSIPO NAOMI, P. KEUTCHEMOU
La pathologie oculaire dans l'Ouest-Cameroun.
Rev. Int. Trach., 1989 ; 1-2 : 85-91.
- 5 - R.A. LEVINE
Orbital tumors. In : GA PEYMAN, DR SANDERS, MF GOLDBERG, Eds.
Principles and practice in Ophtalmology, Vol. 3.
New-Delhi, India : Jaypee Brothers, 1987 : 2149-2209.
- 6 - J.A. KATOWITZ, K.V. CAHILL, R.S. GONNERING et Al.
Basic clinical science course : orbit and lacrymal system.
San Francisco : American Academy of Ophtalmology, 1990.
- 7 - BALOK, K. KPODZRO
Histopathologie oculaire au Togo.
Médecine d'Afrique Noire, 1989, 36(11) : 865-870.
- 8 - P. HENKING, A. FRIEDMAN
Cancer of the lids and ocular adnexa.
In R. ANDRADE, S.L. GUMPORT, G.L. POPKIN, T.D. REESE, Eds, Cancer of the skin, vol. 2.
Philadelphia, WB Saunders Co., 1976.
- 9 - H.A. HAYNES
Cancer primitif de la peau.
In K. ISSELBACHER, R.D. ADAMS, E. BRAUWALD, R.G. PETERSDORF, J.D. WILSON, eds Harrison Principles de Médecine Interne, Vol.2. Paris Flammarion, 1982 : 1769 p.
- 10 - S. MORAX
Paupières.
In : Y. POULIQUEN, Précis d'ophtalmologie, Paris, Masson, 1984 : 99-122.
- 11 - P. VINGTAIN, A.D. NEGREL, J. GINOUX, P. COZETTE et Al.
Les tumeurs oculo-orbitaires en République du Mali.
Med. Trop., 1986 ; 2 : 147-153.
- 12 - J.C. DEBRIE, P. SALGAS, P. VERDALLE, C.I. CONESSA et Al.
Les localisations maxilo-faciales du lymphome de Burkitt en Afrique. A propos de 7 cas.
Les cahiers d'ORL, 1991 ; 3 : 116-127.
- 13 - F.D. LEE, J.R. ANDERSON
Lympho-reticular tissues.
In : JR ANDERSON, Eds. Textbook of pathology, ELBS, 1985 : 18.1 - 18.29.