

République du Mali
Un Peuple-Un But-Une Foi

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE

UNIVERSITÉ DE BAMAKO

Faculté de Médecine de Pharmacie et D'Odonto-Stomatologie

ANNEE : 2009-2010

Thèse N°.....

**Etude épidémiologique et histopathologique des
tumeurs de l'œil et de ses annexes**

63 cas

Thèse présentée et soutenue publiquement le
Faculté de Médecine de Médecine et D'Odonto-Stomatologie
Par **Mme Maimouna Traoré**
Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY :

Président du jury:	Professeur Sissoko Filifing
Membres du jury:	Docteur Sylla Fatou
Co-directeur	Docteur Kamaté Bakarou
Directeur de thèse :	Professeur Traoré Jeannette Thomas

INTRODUCTION :

Les tumeurs oculaires se définissent comme des proliférations cellulaires bénignes ou malignes qui se développent au niveau de l'œil et ou de ses annexes [1].

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 [2]. La fréquence de ces tumeurs en milieu hospitalier a pu être établie. Un travail réalisé dans le service d'ophtalmologie d'un hôpital Togolais estime la fréquence des tumeurs oculaires à 4,82% [3]. Dans une étude effectuée en milieu hospitalier au Cameroun, la pathologie tumorale oculaire représentait 0,7% de toutes les affections de l'appareil visuel [3]. JOUHAUD F. et all. à l'institut d'ophtalmologie tropicale de l'Afrique (IOTA) à Bamako ont retrouvé 250 tumeurs oculaires sur 250 000 nouvelles consultations; soit un taux de 1% [4]. En 2002 une étude a été effectuée sur les tumeurs orbito-oculaires et qui trouvait des:

- Néoplasmes malignes 49,5% ;
- Tumeurs bénignes 35,05% ;
- Fausses tumeurs inflammatoires 15,45% [5].

Les tumeurs malignes de l'œil et de ses annexes sont peu fréquentes par rapport à l'ensemble des cancers 0,15 à 0,80% [6].

Elles représentent 0,7% de l'ensemble des cancers selon le registre de cancer du Mali [7].

*Etude épidémiologique et histopathologique des tumeurs de l'œil et de ses annexes.
63 cas.*

Au Mali devant l'absence de données en rapport avec l'ensemble des tumeurs de l'œil et de ses annexes, il nous a paru nécessaire de mener une étude épidémiologique et histopathologique de ces tumeurs.

Les objectifs étaient les suivants.

II OBJECTIFS :

Objectif général :

Etudier les aspects épidémiologiques et histopathologiques des tumeurs de l'œil et de ses annexes à l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP).

Objectifs spécifiques de :

- ➡ Déterminer la fréquence des tumeurs de l'œil et de ses annexes référées à l'INRSP,
- ➡ Décrire les caractères socio-démographiques des patients atteints de tumeurs de l'œil et de ses annexes par tranche d'âge à l'INRSP,
- ➡ Décrire la topographie des tumeurs de l'œil et de ses annexes,
- ➡ Déterminer les aspects histopathologiques des tumeurs de l'œil et de ses annexes à l'INRSP.

III GENERALITES

A- RAPPELS

1 - R APPELS ANATOMIQUES [8]

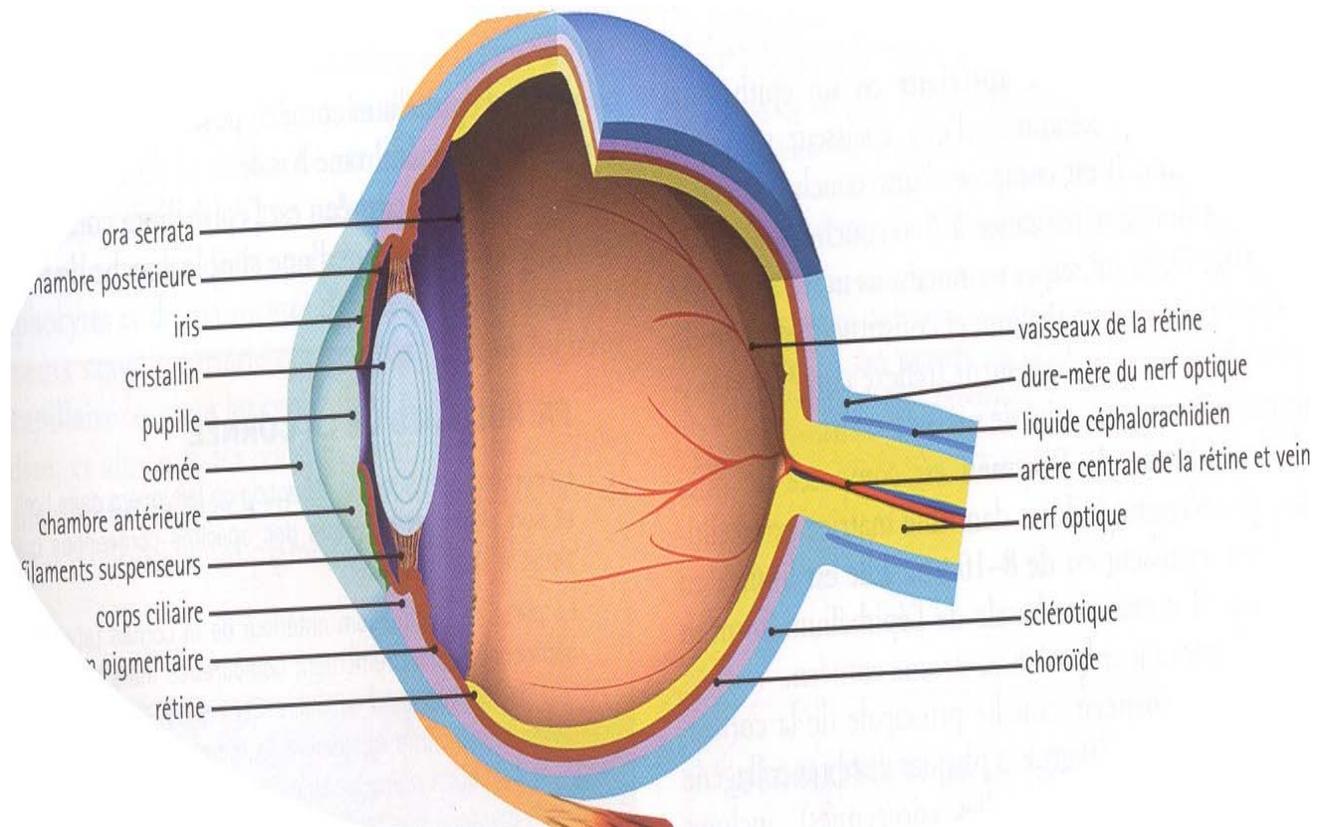


Figure 1 : anatomie de l'œil

1.1- Le globe oculaire

L'œil est une structure sphérique dont la paroi antérieure est transparente (**cornée**). Celle-ci fusionne à sa périphérie au niveau du limbe sclérocornéen avec une solide enveloppe fibreuse (**la sclérotique**) qui

entoure la quasi-totalité du globe oculaire et sur laquelle viennent s'insérer les muscles oculomoteurs (**muscles squelettiques**).

La choroïde, qui siège dans le segment postérieur de l'œil, comporte des vaisseaux sanguins, des cellules de soutien et des mélanocytes. Elle se prolonge en avant avec les corps ciliaires puis l'iris.

L'iris est une structure aplatie discoïde, contenant du muscle lisse, et est creusé d'un orifice central (**la pupille**) qui permet le passage de la lumière.

Un épithélium spécialisé (**épithélium pigmentaire**) s'interpose entre la choroïde et les couches photo réceptrices et nerveuses de l'œil (**la rétine**).

L'ora serrata marque la limite antérieure de la rétine sensorielle. Les axones des cellules ganglionnaires de la rétine émergent à la face postérieure du globe oculaire pour former le **nerf optique** qui est entouré par une extension des méninges cérébrales et par du liquide céphalorachidien.

La vascularisation artérielle de la rétine se fait par l'artère centrale de la rétine qui accompagne le nerf optique.

Le cristallin, lentille biconvexe transparente, est suspendu par une série de fins filaments émanant du corps ciliaire. **Le corps ciliaire** contient du muscle lisse dont le degré de contraction détermine la forme du cristallin.

Le globe oculaire est divisé en trois chambres : la chambre antérieure en avant de l'iris, la chambre postérieure derrière l'iris et le corps vitré derrière le cristallin.

Les chambres antérieure et postérieure contiennent un liquide clair appelé humeur aqueuse. Le corps vitré contient une matrice extra cellulaire gélatineuse transparente.

1.2- Les annexes de l'œil

- Les paupières :

Les paupières supérieure et inférieure, de structure similaire, comprennent les quatre couches suivantes :

- . peau ;
- . muscle orbiculaire (couche de muscle squelettique) ;
- . Feuillet tarse (feuillet de tissu fibreux dense et élastique) ;
- . conjonctive.

- La conjonctive :

La conjonctive normale est une membrane translucide qui borde la surface interne des paupières (conjonctive palpébrale) et se réfléchit sur le globe (conjonctive bulbaire) pour recouvrir sa surface antérieure jusqu'à la limite cornéenne (limbe).

- Les glandes lacrymales :

Elles produisent les larmes qui sont drainées par des canaux jusque dans le nez.

Les larmes sont produites par les glandes lacrymales principales localisées au dessous de la conjonctive dans la région supérolatérale de l'orbite et par les glandes accessoires de Krause et de Wolfring.

2- RAPPEL HISTOLOGIQUE [8]

2.1- Globe oculaire

- **La sclérotique** : c'est la tunique fibreuse dense externe du globe oculaire.

Elle est composée de trois couches :

- . L'épisclérotique est la couche externe qui s'appauvrit en fibre de collagène au contact de la graisse périorbitaire ;

- . Le stroma est la couche moyenne, composée de faisceaux de collagène plus épais que ceux de l'épisclérotique ;

- . La couche interne est au contact de la choroïde.

- **La cornée** : les deux surfaces sont recouvertes par un épithélium. La cornée comprend cinq couches :

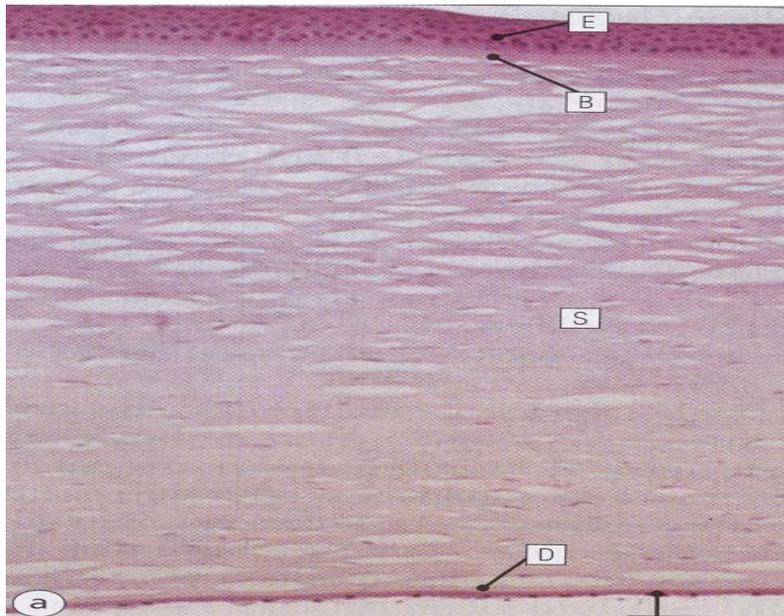
- . L'épithélium cornéen antérieur ;

- . La membrane de Bowman ;

- . Le stroma cornéen ;

- . La membrane de Descemet ;

. L'endothélium cornéen.



E :épithélium cornéen
antérieur

B :membrane
deBowman

S : stroma cornéen

D :membrane de
Descemet

Figure 2 : Image histologique de la cornée

- **L'uvée** : est un tissu de soutien spécialisé à l'intérieur du globe oculaire. Elle contient des vaisseaux sanguins, des nerfs, des cellules de soutien, des cellules contractiles et des mélanocytes. Elle se divise en trois zones spécialisées qui sont la choroïde, le corps ciliaire et l'iris :

. **La choroïde** présente trois couches et soutient la rétine : le stroma choroïdien (ou couche des vaisseaux) ; la couche choriocapillaire et la membrane de Bruch.

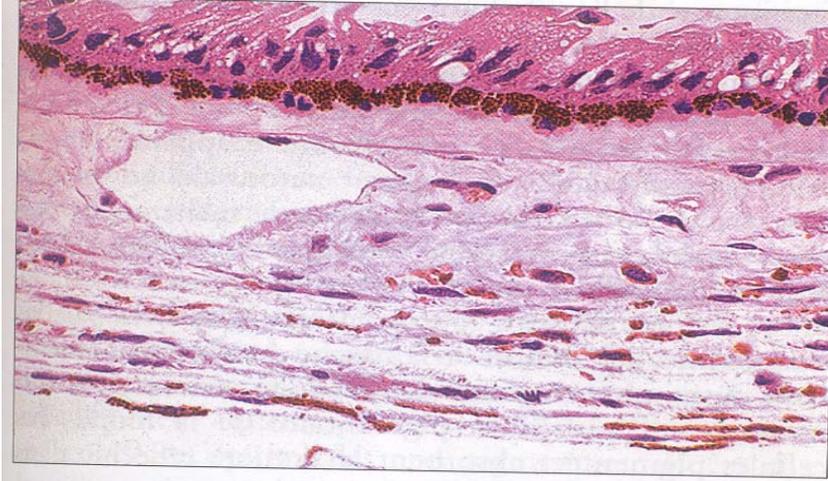


Figure 3 : Image histologique de la choroïde

. **Le corps ciliaire** contient le muscle qui relâche le cristallin. Il contient le muscle ciliaire constitué de cellules musculaires lisses.

. **L'iris**, qui contient des cellules pigmentées et des cellules musculaires est composé de quatre couches : la couche limitante antérieure, le stroma, la couche du muscle dilatateur et l'épithélium postérieur.

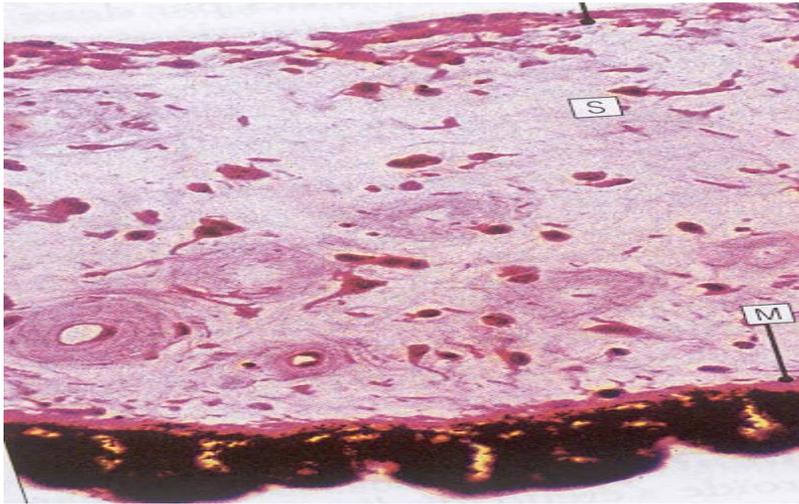


Figure 4 : Image histologique de l'iris

- **La rétine** : composée de cellules épithéliales pigmentaires, des cellules photo réceptrices, des cellules de soutien et des cellules nerveuses.

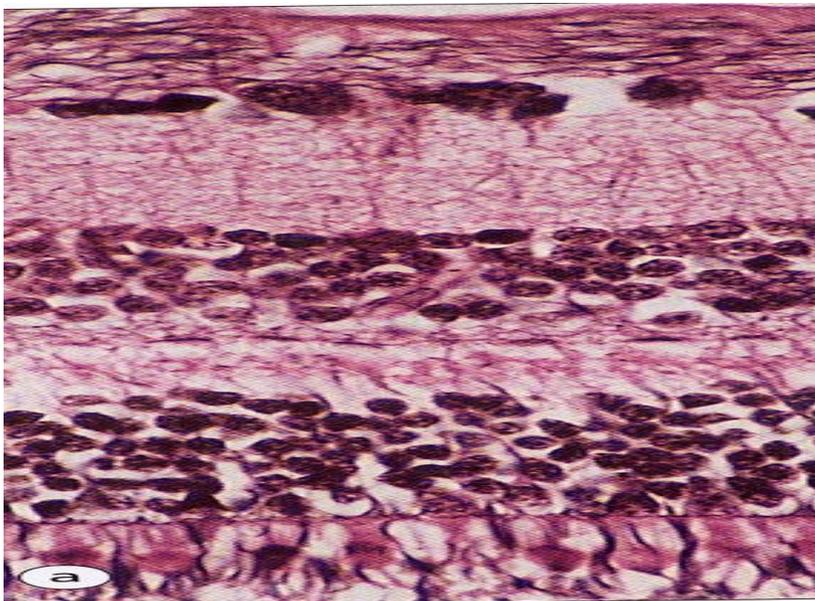


Figure 5 : Image histologique de la rétine

- **Le nerf optique** : contient les axones des cellules ganglionnaires de la rétine se dirigeant vers le système nerveux central ainsi que l'artère centrale et la veine centrale de la rétine.
- **Le cristallin** : il comporte
 - . une capsule externe (la cristalloïde) ;
 - . une couche de grosses cellules épithéliales cubiques ;
 - . un centre composé de cellules tassées dépourvues d'organites.

2.2- Annexes de l'œil

- **Les paupières** contiennent plusieurs glandes sécrétrices :
 - . glande de Meibomius ;
 - . glande de Zeis ;
 - . glande de Moll ;
 - . glande de Krause ;
 - . glande de Wolfring.

La conjonctive : est recouverte d'un épithélium cylindrique stratifié qui se poursuit par un épithélium pavimenteux au niveau du limbe.

Vascularisation et Innervation [9]

- **Vascularisation sanguine**

Elle dépend uniquement d'une branche de la carotide interne, l'artère ophtalmique qui va fournir 2 réseaux indépendants, l'un périphérique pour les enveloppes de l'œil, l'autre destiner à la rétine visuelle.

Le réseau périphérique ou système ciliaire :

Les artères:

Elles abordent le globe par sa face postérieure et traversent la sclérotique à une petite distance du nerf optique.

Les veines:

Elles vont alimenter quatre veines qui sortent du globe aux environs de son tiers postérieur et se jettent dans les veines ophtalmiques.

Le réseau vasculaire rétinien:

L'artère centrale de la rétine, branche de l'artère ophtalmique chemine au centre du nerf optique et débouche au centre de la papille où elle se divise en 4 branches qui s'étalent à la surface interne de la rétine.

Leurs collatérales alimentent les capillaires situés dans l'épaisseur de la rétine entre les couches 10 et 4. Les couches 1,2 et 3 de la rétine visuelle ne sont pas vascularisées.

- Vascularisation lymphatique:

En dehors de quelques capillaires lymphatiques dans la sclérotique, elle est inexistante dans le globe oculaire. En revanche, elle est développée dans la conjonctive et les paupières.

- **Innervation:**

. **Le nerf optique:**

Il constitue l'innervation propre de la rétine.

Il est formé de 800 000 fibres myélinisées sans gaine de Schwann mais avec une gaine de myéline produite par des oligodendrocytes (ce qui témoigne de leur nature centrale). Il renferme également des astrocytes fibrillaires.

Au sein du nerf, la position des fibres rappelle l'origine des informations sur la rétine.

. **Les nerfs ciliaires**

Les rameaux nerveux ciliaires véhiculent :

~ des fibres sensibles provenant de la cornée et de la sclérotique ;

~ des fibres motrices destinées aux vaisseaux et aux muscles de l'iris et du corps ciliaire.

C'est la voie du réflexe pupillaire et de l'accommodation.

B- Etude clinique et paraclinique

1- Examen clinique

1.1- Diagnostic positif

Signes cliniques des tumeurs de l'œil et de ses annexes [10]

~ **Les tumeurs palpébrales**

Les petites tumeurs des paupières sont asymptomatiques, sauf dans les cas des verrues, des molluscums contagiosum qui, occasionnellement provoquent des conjonctivites.

~ **Les tumeurs conjonctivales**

- . Les tumeurs de la conjonctive sont habituellement indolores à moins qu'elles aient une surface rugueuse et kératinisée.
- . Une lésion cornéenne centrale provoque une baisse de l'acuité visuelle.
- . Une lésion intraoculaire siégeant au niveau de la macula rend floue la vision.

~ **Les tumeurs extra maculaire**

Elles sont asymptomatiques jusqu'à ce qu'elles deviennent suffisamment larges pour obstruer la vision ou produire des changements secondaires dans l'œil tels que le décollement rétinien, une augmentation de la tension intraoculaire ou une uvéite antérieure.

~ **Les tumeurs rétro bulbaires**

- . Elles peuvent être relativement asymptomatiques jusqu'à ce qu'elles soient à un stade avancé où la diplopie, le déplacement du globe ou l'exophtalmie pourraient apparaître.
- . Une histoire récente de modification de taille ou d'apparence du globe oculaire requiert une attention toute particulière avec la prise de photographies. S'il y a la moindre suspicion de malignité, une biopsie ou une exérèse complète est nécessaire pour avoir un examen microscopique.
- . Une modification récente de la taille ou l'apparition d'une excroissance oculaire suscite une attention particulière indiquant des radiographies. S'il y a une suspicion de malignité, une biopsie ou une exérèse totale est indiquée pour une étude histologique.

~ Syndromes paranéoplasiques [1]

On regroupe sous le nom de syndrome paranéoplasique toutes les manifestations cliniques et biologiques qui peuvent accompagner une tumeur et qui ne sont pas expliquées par une extension locale ou des métastases. Ils disparaissent quand la tumeur est enlevée et récidivent avec elle.

Ces syndromes résultent souvent de la production par des cellules tumorales de diverses hormones et de leurs précurseurs de cytokine, de facteurs de croissance, de prostaglandines ou d'autres médiateurs de l'inflammation qui vont agir à distance sur différentes cibles.

Dans d'autres cas, les syndromes paranéoplasiques sont l'expression d'un conflit immunologique entre l'hôte et la tumeur, de l'élaboration d'anticorps dirigés contre des antigènes tumoraux et susceptibles de former des complexes immuns ou d'agresser des tissus sains par réaction croisée :

. Les manifestations endocriniennes qui sont dues à la production par la tumeur d'une hormone imparfaite : l'hyperkaliémie maligne non métastatique, l'hypo natrémie par sécrétion inapproprié d'hormone antidiurétique, l'hypoglycémie.

. Les manifestations hématologiques résultant de la sécrétion par la cellule tumorale de facteurs de croissance ou d'inhibiteurs de l'hématopoïèse, de substances pro coagulantes.

. Les manifestations cutanées en rapport avec la sécrétion par la tumeur de facteurs de croissance épi dermatropes.

. Les manifestations neuromusculaires : la névrite optique, l'encéphalite limbique, la polyradiculonévrite, la myasthénie...

1.2- Diagnostic différentiel [11]:

Les tumeurs orbito-oculaires peuvent prêter confusion avec :

- Un exorbitisme non tumoral (ex : maladie de Basedow)
- Le gros œil constitutionnel
- Les pathologies inflammatoires non tumorales telles que les cellulites orbitaires.

1.3- Diagnostic étiologique ou facteurs de risque [12] :

1.3.1. Gènes impliqués dans la carcinogénèse:

Le rétinoblastome est la première affection néoplasique pour laquelle l'intervention de lésions antigéniques dans la carcinogénèse a été prouvée.

Les gènes cibles de ces altérations carcinogénétiques sont de quatre types principaux :

- Gènes dont le produit est impliqué dans la régulation de la prolifération cellulaire ;
- Gènes dont le produit est impliqué dans la régulation de la différenciation cellulaire (ex : gène du récepteur alpha pour l'acide rétinoïque) ;
- Gènes dont le produit est impliqué dans la régulation de l'apoptose ou mort cellulaire programmée (ex : bcl-2) ;
- Gènes dont le produit est impliqué dans les mécanismes de réparation de l'ADN.

Mécanismes des altérations génétiques :

Les altérations de la structure ou l'expression des gènes impliqués dans la carcinogenèse peuvent être en rapport avec des agressions génotoxiques, virales, des erreurs spontanées de réplication ou de recombinaison de l'ADN.

1.3.2. Carcinogènes chimiques

Ils peuvent être responsables de mutations ponctuelles, de délétion ou insertions de base avec décalage du cadre de lecture conduisant à une protéine aberrante habituellement tronquée de réarrangements chromosomiques.

C'est ainsi que les nitrosamines peuvent entraîner des transitions G : C-A : T responsables des mutations activatrices du proto-oncogène H-ras rencontrées au cours des cancers de la vessie. Le benzopyrène carcinogène du goudron de tabac occasionne des transversions G : C-T : A responsables de mutations activatrices de K-ras rencontrées au cours des cancers bronchiques.

1.3.3. Carcinogènes physiques

Il peut s'agir

- De radiations ionisantes qui peuvent occasionner des cassures doubles brins responsables de délétions et de translocations, plus rarement de mutations ponctuelles ;
- De rayonnement UV entraînant la formation de dimères de pyrimidine l'origine des doubles transitions CC – TT responsables de mutations inactivatrices de P53 rencontrées dans certains cancers cutanés.

1.3.4. Carcinogenèse virale

Elle est attribuée aux rétrovirus qui s'insèrent dans le génome cellulaire. Ils peuvent entraîner une transformation aiguë lorsqu'ils apportent un oncogène actif ou une transformation après latence aux virus à ADN qui apportent des gènes transactivateurs activant de nombreux gènes cellulaires et également des gènes dont le produit se complexe à des anti- oncogènes cellulaires et inhibent leurs activités.

2- Examens complémentaires [13]:

2-1 L'échographie oculaire

L'échographie A est utilisée pour obtenir des mesures précises des structures oculaires, préciser la taille d'une masse intraoculaire.

L'échographie B associée à l'échographie A constitue la meilleure approche du contenu intraoculaire, précise la localisation tissulaire de la lésion.

2-2 La radiographie standard de l'orbite

Les radiographies conventionnelles réalisées en incidences standard montrent surtout les structures osseuses et les cavités sinusiennes périorbitaires. Elles peuvent mettre en évidence un élargissement global du cadre orbitaire, des zones d'ostéolyse ou d'ostéocondensation, parfois des géodes osseuses, des ruptures des parois orbitaires.

2-3 Le scanner (tomodensitométrie)

Il apparaît toujours comme une technique de choix pour visualiser l'orbite et son contenu. L'identification du cadre osseux orbitaire rend l'orientation plus facile. Des calcifications facilement mises en évidence représentent un signe très utile dans certaines pathologies.

2-4 L'imagerie par résonance magnétique (IRM)

Elle offre de remarquables possibilités comme celle de visualiser les tumeurs oculaires, d'évaluer le débit vasculaire orbitaire, de reconnaître des images de myélinisation du nerf optique ou une tumeur.

Elle permet une meilleure localisation de la lésion et le diagnostic histologique surtout s'il s'agit de lésions de la fosse pituitaire du sinus caverneux et du pédoncule cérébral.

C- Anatomie pathologique et classification [14]:

«On connaît les tumeurs par la clinique, l'anatomie pathologique, la biochimie».

Il s'agit d'une néoformation tissulaire résultant d'une prolifération excessive de cellules (tissu nouveau) ressemblant plus ou moins à un tissu normal de l'organisme et tendant à persister et à s'accroître, car échappant aux mécanismes de régulation de l'organisme.

Ces masses peuvent être classées en tumeurs bénignes et malignes et pseudotumeurs inflammatoires selon leur pathogénie et leur comportement.

1. Tumeurs bénignes:

Les tumeurs bénignes peuvent se former dans l'enfance, croissent rapidement ou lentement puis se manifestent plus tard dans la vie.

Certaines de ces tumeurs sont superficielles et facilement décelables par observation directe ou grâce à un examen radiologique.

D'autres sont profondes et exigent la tomodensitométrie pour la formulation d'une hypothèse diagnostique.

On adjoint pour leur nomenclature le suffixe **ome** au nom du tissu qui leur a donné naissance.

Macroscopiquement, ce sont des tumeurs bien limitées, plus ou moins volumineuses, circonscrites et souvent encapsulées et de ce fait l'exérèse en est facile par simple énucléation.

Histologiquement, elles reproduisent de très près la structure du tissu dont elles sont issues.

Elles ne croissent que lentement. Elles refoulent sans détruire les tissus de voisinage. Elles ne récidivent pas localement si l'exérèse en a été complète. Elles ne donnent jamais de métastases. Elles sont donc en principe sans gravité.

~ **Quelques entités anatomo-cliniques:**

- **Le papillome** : tumeur épithéliale développée au dépend d'un épithélium et comportant entre autres comme lésions élémentaires une accentuation des papilles conjonctives.

- **Les kystes** : se définissent comme une cavité anormale bordée d'un revêtement épithélial. Les principaux sont:

. **Le kyste dysembryoplastique**: il résulte d'une anomalie de développement au cours de l'embryogenèse.

. **Le kyste dermoïde** : est le kyste dysembryoplastique le plus communément rencontré. Il résulte de l'inclusion et de l'isolement d'un fragment d'ectoderme dans les tissus sous cutanés au niveau d'une suture osseuse [15](ce cf figure 6).

. **Les kystes épidermoïde** : ils résultent d'une inclusion épithéliale qui est restée encastrée dans les tissus profonds lors du développement embryonnaire.

- **Le kératoacanthome**: ce sont des tumeurs de l'épiderme de la paupière.

L'épithélium est hyperplasique, acanthosique et papillomateux avec un aspect d'éperon caractéristique, les mitoses sont nombreuses. [16]

- **Le syringomes** : ce sont des tumeurs qui siègent au niveau des glandes sudoripares des plans cutanés et qui ne touchent pas les glandes de Moll.

- **Les adénomes** : ce sont des néoformations du tissu glandulaire qui gardent leur structure habituelle et leur fonction sécrétoire

- **Les hidradénomes nodulaires** : il s'agit de proliférations tumorales solides et non kystiques.

- **Les nævus** : ce sont prolifération de mélanocytes fortement pigmentés fusiformes ou dendritiques contenant de larges granules de pigment qui sont retrouvées dans le derme.

- **Le fibrome** : il est fait d'une simple hyperplasie dermo-épidermique et même hypodermique sans véritable prolifération fibroblastique.

- **Le lipome** : il est fait d'une prolifération d'adipocytes. On retrouve des lobules graisseux séparés par des cloisons conjonctives contenant des vaisseaux.

- **Les myxomes** : la lésion apparaît comme une accumulation de substance basophile riche en acide hyaluronique, non encapsulée, contenant quelques cellules mésenchymateuses [16].

- **Le fibromyxome** : c'est un myxome avec organisation fibreuse.

Le fibrolipome : il s'agit d'un lipome avec organisation fibreuse.

- **Le neurofibrome** : il s'agit l'une tumeur composée en parts variables de cellules de Schwann, d'axones, de fibroblaste et de péricytes [16].

- **Le gliome**: c'est une tumeur se développant dans le tronc nerveux (nerf optique), à l'intérieur de l'enveloppe.

C'est un gliome vrai reproduisant les types cellulaires de la névroglie : on distingue ainsi le gliome endocytaire et l'oligodendrocytome.

- **Hémangiomes** : ce sont des hamartomes ; ils peuvent être caverneux lorsqu'ils sont formés de veinules, leur aspect est framboisé, rouge ou bleuté. Lorsqu'ils sont de type capillaire, ils sont absents à la naissance mais apparaissent dans les premières semaines de la vie. Bien limités, ils ont tendance à régresser spontanément avec la croissance [16]

- **Les lymphangiomes** : ce sont des tumeurs congénitales rares, isolées ou plus souvent associées à un lymphangiome orbitaire. Formés de canaux mal limités, leur exérèse est difficile en raison de leur caractère infiltrant [16].

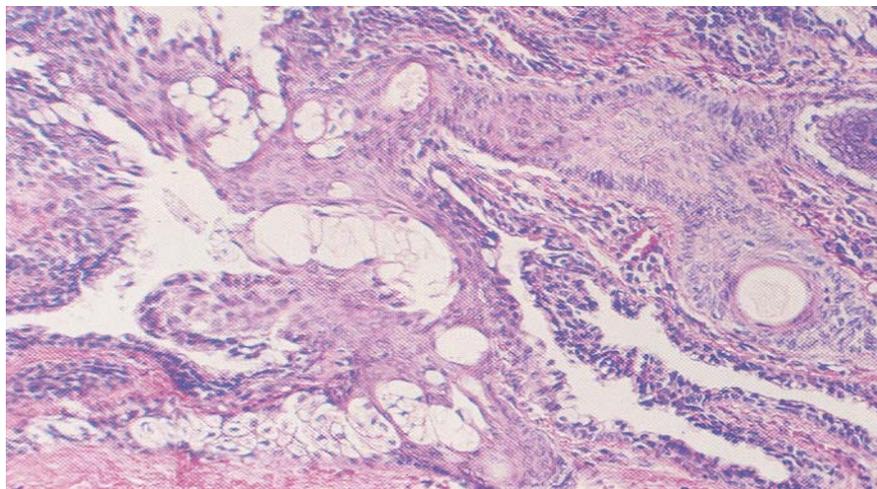


Figure 6 : kyste dermoïde de l'orbite

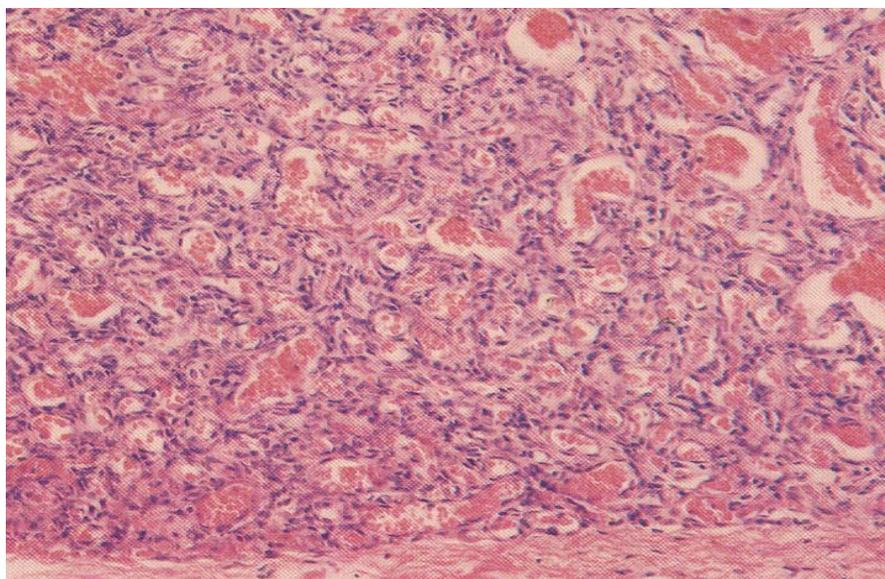


Figure 7 : hémangiome capillaire de l'orbite

2. Tumeurs malignes ou cancers:

- Elles ont pour dénomination :

Lorsque la tumeur est d'origine épithéliale, le terme d'épithélioma ou de carcinome est utilisé;

- Si elle est d'origine conjonctive, la tumeur est appelée sarcome.

Elles s'opposent point par point aux précédentes par leurs caractères macroscopiques, histologiques et évolutifs.

Macroscopiquement ce sont des tumeurs pouvant atteindre assez rapidement un gros volume, mal limitées et non encapsulées (d'où l'impossibilité d'une énucléation simple).

Histologiquement elles reproduisent plus ou moins nettement la structure d'un tissu normal de l'organisme et cette reproduction n'est jamais aussi fidèle que celle des tumeurs bénignes.

Elles s'accroissent le plus souvent rapidement, envahissent les tissus sains en les détruisant; récidivent après exérèse locale ou stérilisation par radio ou chimiothérapie et provoquent des métastases.

Leur pronostic est spontanément défavorable, la mort survenant par cachexie et dissémination métastatique.

~ **Quelques entités anatomo-cliniques :**

– **Les carcinomes :**

. **Le carcinome épidermoïde** de la conjonctive est une tumeur relativement rare. Il se développe le plus souvent au niveau du limbe, dans l'aire de la fente palpébrale. Initialement, il ressemble à un petit nodule gris qui prend la forme d'une amande et s'allonge autour du limbe. La présence de gros vaisseaux nourriciers comme dans toute tumeur oculaire doit faire suspecter la malignité.

Au début, la tumeur peut être traitée par une exérèse locale large mais les récurrences sont fréquentes (cf figure 8) [12].

- **Le rétinoblastome :**

Il est fait de cellules ressemblant à celles de la rétine primitive et à celles d'un neuroblastome. Ces cellules peu volumineuses sont arrondies ou ovoïdes avec un noyau dense et un cytoplasme peu abondant. Elles se disposent selon deux modalités différentes. Dans la première, celle du rétinoblastome proprement dit, elles forment des nappes homogènes parsemées de foyers de nécrose. Dans la seconde, celle du rétinocytome, elles s'orientent en couronne autour de petits espaces vides appelés rosettes. On attribue à ces rosettes le terme de stéphanocytes (de stéphanos=couronne). Les distinctions histopathologiques ne possèdent aucune valeur pronostique (cf figure 9) [17].

Le rétinoblastome est la tumeur maligne intra-oculaire la plus fréquente de l'enfant. Son incidence est de 1/15 000 à 1/20 000 naissances avec une prédominance masculine. Deux tiers des cas frappent un seul œil, un tiers les deux yeux [18].

- **Le sarcome de Kaposi** : c'est un angiosarcome généralisé avec des localisations préférentielles au niveau des extrémités. Sa fréquence rare avant l'apparition de l'infection par le virus de l'immunodéficience acquise humaine a augmenté jusqu'à des valeurs de plus de 60% chez les patients malades du SIDA [19]. Les localisations conjonctivale-palpébrales sont cependant rares et ne dépassent pas le nombre de 30 cas dans la littérature [20].

Les lésions ressemblent à celles des localisations cutanées générales. Elles peuvent s'associer à des complications oculaires nécessitant la mise en œuvre de thérapeutiques adéquates.

- **Le rhabdomyosarcome** [21] : c'est la tumeur maligne orbitaire primaire la plus fréquente de l'enfant. Elle se développe à partir de cellules musculaires striées de l'œil. Les trois types histologiques sont : Rhabdomyosarcome embryonnaire (le plus fréquent), alvéolaire et pléomorphe (cf figure 10).

. **Le mélanome malin du tractus uvéal** [22]

Il débute sur l'iris, sur les procès ciliaires et avant tout sur la choroïde. Ces cellules sont cuboïdes et épithélioïdes ou fusiformes sarcomatoïdes. A l'œil nu ou à l'examen ophtalmoscopique, c'est un nodule plus ou moins foncé, tantôt sphérique, tantôt étalé en placard.

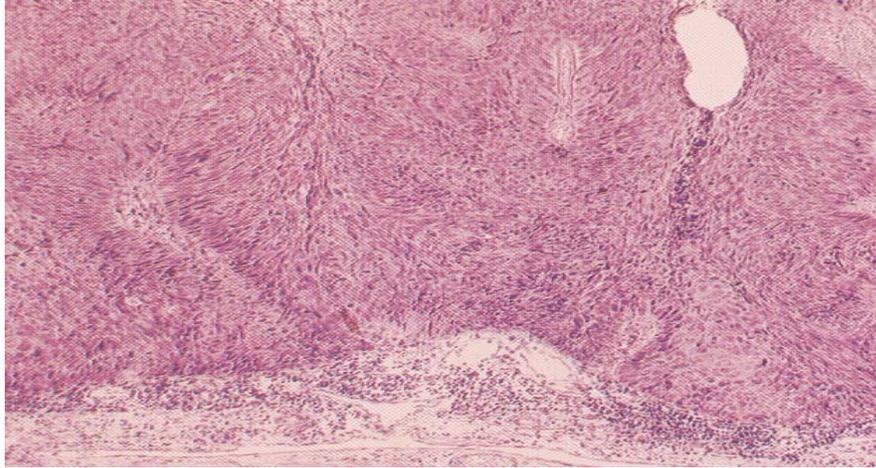


Figure 8 : Carcinome épidermoïde



Figure 9 : Rétinoblastome

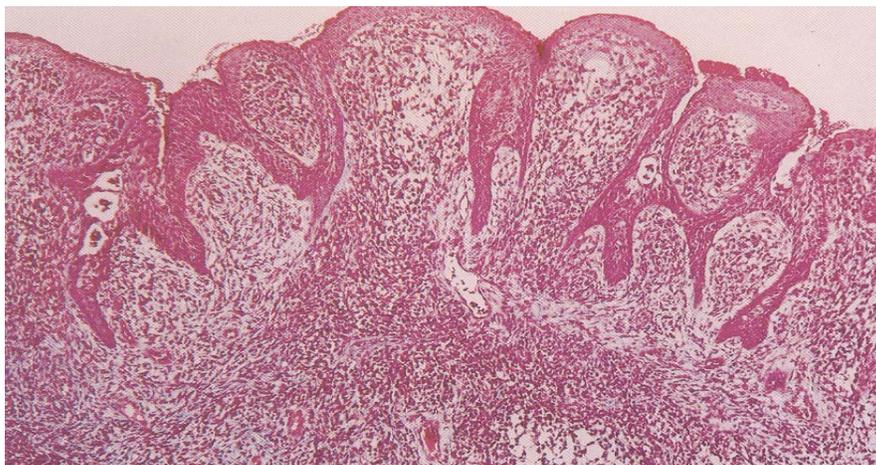


Figure 10 : Rhabdomyosarcome embryonnaire, conjonctive

4 Traitement

1- Les traitements médicaux

~ La chimiothérapie anticancéreuse

Elle concerne surtout les tumeurs oculaires secondaires. Le traitement dépend de la tumeur d'origine. Elle peut être associée à la radiothérapie; on peut obtenir des régressions totales de la tumeur oculaire.

Elle peut être utilisée dans certains cas de tumeurs oculaires malignes primaires (comme les tumeurs lymphoïdes de l'orbite, le gliome du nerf optique avec envahissement du chiasma...) ou avant la chirurgie en cas de tumeur volumineuse.

~ La radiothérapie

Dans certains cas de tumeurs malignes, la radiothérapie peut être utilisée seule (lymphomes de la conjonctive, mélanome malin de la choroïde, les angiomes palpébraux, xanthogranulome , les tumeurs malignes de la glande lacrymale); ou en complément du traitement chirurgical.

2- Les traitements chirurgicaux :

Les tumeurs bénignes sont la meilleure indication du traitement chirurgical.

Certaines tumeurs malignes sans envahissement peuvent être traitées chirurgicalement.

Exemples : les épithéliomas palpébraux, les carcinomes de la conjonctive, le rétinoblastome.

Les techniques chirurgicales utilisées

~ L'exérèse [23]

Elle consiste en l'ablation de la partie inutile ou nuisible à l'œil ou d'un corps étranger.

~ L'éviscération [24]

Elle consiste en l'ablation du contenu oculaire en respectant la sclère. On distingue l'éviscération classique avec amputation de la cornée et l'éviscération dite conservatrice avec préservation de la cornée.

~ L'énucléation [25]

Elle correspond à l'ablation chirurgicale de l'œil contenant la tumeur. Elle est proposée lorsqu'aucun autre moyen ne permet de conserver l'œil dans les conditions raisonnables.

~ L'exentération [24]

C'est l'ablation de la totalité du contenu orbitaire dans le sac que constitue le périoste. Cette technique est réservée aux tumeurs malignes oculopalpébrales ou orbitaires en l'absence de tout autre moyen thérapeutique.

❖ **Cas particulier du rétinoblastome [26]:**

Classification ABC

A= risque très minime

S'il y a des petites tumeurs rétiniennes à distance de la fovéa et du disque optique

B= risque minime

Si toutes les autres tumeurs sont limitées à la rétine, décollement séreux rétinien limité

C= risque modéré

Si le décollement séreux rétinien est localisé ou modéré, fragment sous rétinien ou intravitréen localisés

D= risque élevé

Lorsque le décollement séreux rétinien est étendu ou essaimage sous-vitréen ou intravitréen diffus

E= risque très élevé

Si les masses tumorales sont supérieures à 2/3 du globe oculaire ou hémorragie intravitréenne.

Traitement

1- Conservateur

A- chimiothérapie de réduction

B- cryothérapie et photo coagulation

C- Chimiothérapie + laser

D- Laser

E- curiethérapie à l'iode 125

*Etude épidémiologique et histopathologique des tumeurs de l'œil et de ses annexes.
63 cas.*

2- Énucléation

Indiquée au groupe E de la classification ABC et en cas d'atteinte du nerf optique.

IV MATERIEL ET METHODES

1. Cadre de l'étude

1.1. Présentation de l'INRSP



Figure 11: Présentation de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP)

L'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) est un Etablissement Public à Caractère administratif (EPA). C'est un des centres de références de niveau national dans le domaine du diagnostic biologique. Il a pour missions :

- de promouvoir la recherche médicale et pharmaceutique en santé publique notamment dans les domaines des maladies infectieuses, génétiques, néoplasiques, de la médecine sociale, de la santé de la reproduction, de la biologie clinique appliquée à la nutrition et aux affections endémo- épidémiques, de l'hygiène du milieu, de l'éducation sanitaire, de la socio- économie, de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle ;

*Etude épidémiologique et histopathologique des tumeurs de l'œil et de ses annexes.
63 cas.*

- de participer à la formation technique, le perfectionnement et la spécialisation des cadres dans le domaine de sa compétence ;
- d'assurer la production et la standardisation des médicaments traditionnels améliorés, de vaccins et de réactifs biologiques de laboratoires ;
- d'assurer la protection du patrimoine scientifique relevant de son domaine
- de promouvoir la coopération scientifique nationale et internationale dans le cadre d'accord d'assistance mutuelle ;
- de gérer les structures de recherche qui lui sont confiées.

L'INRSP est placé sous la tutelle du Ministre chargé de la Santé Publique. Les organes de gestion de l'Institut sont :

1. Le conseil d'administration ;
2. Le Comité Scientifique et Technique ;
3. Le Comité de Gestion ;
4. Le Comité d'Ethique.

L'INRSP est dirigé par un Directeur Général. Il est secondé par un Directeur Général adjoint.

Les ressources de financements sont :

- La subvention de l'Etat ;

- Les recettes d'analyses, de ventes de médicaments traditionnels améliorés ;
- Les fonds d'aide extérieure ;
- Les dons et legs ;
- Les fonds des concours des personnes morales et physiques ;
- Les revenus du patrimoine.

L'INRSP comprend cinq départements (dont 3 départements techniques), une Agence comptable et un département de formation.

- Le Département Administratif et du Personnel
- Le Département de Diagnostic et Recherche Biomédicale ;
- Le Département de Santé Communautaire ;
- Le Département de Médecine Traditionnelle ;
- Le Département de Formation.

Les départements sont dirigés par des chefs de départements. L'INRSP dispose également des centres de formation et de recherche en zone rurale qui sont :

- Le centre de Sélingué situé à 120 Km de Bamako: Pour la supervision des activités des centres de santé communautaires (CSCOM) et à la surveillance épidémiologique des pathologies liées au barrage ;
- Le centre de Kolokani situé à 150 Km de Bamako: Pour la formation des étudiants en médecine dans le domaine de la santé publique ;

- Le centre de Bandiagara situé à 700 Km de Bamako: Pour la recherche sur la médecine traditionnelle et la production de Médicaments Traditionnels Améliorés (MTA).

Dans le cadre du Programme de Développement Socio Sanitaire (PRODESS), l'INRSP a pour principale mission : de développer la capacité de recherche et la formation à la recherche dans le domaine de la santé.

1.2. Service d'anatomie pathologique:

C'est à ce service que sont adressés les frottis, les liquides, les biopsies et les pièces opératoires.

Les comptes rendus anatomopathologiques sont archivés et les résultats des cas de cancers sont enregistrés dans le registre des cancers. Il est le seul au Mali.

Le personnel est composé:

- de deux spécialistes en anatomopathologie.
- de trois techniciens
- d'une technicienne de la coopération cubaine
- et d'un manœuvre.

Ce service collabore avec le CIRC (Centre International de Recherche sur le Cancer).

2-Période d'étude :

Notre étude a été effectuée sur une période de 5ans allant de Janvier 2003 à décembre 2007.

3- Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive.

4- Critères d'inclusion :

Nous avons pris en compte tous les cas des tumeurs de l'œil et de ses annexes qui ont été confirmés par l'histologie.

5-Critères de non inclusion :

Ont été exclus de notre étude toutes les tumeurs dont l'histologie n'a pas été faite et les pathologies inflammatoires.

6- Collecte des données :

Les patients ont été colligés en fonction des données sociodémographiques, et le compte rendu des dossiers anatomopathologiques.

Toutes ces données ont été recueillies sur une fiche d'enquête individuelle élaborée par nous même (annexe).

7- Gestion des données :

La saisie et l'analyse des données ont été faites sur les logiciels SPSS 10.0. Nous avons utilisé Excel 2003 pour les tableaux et graphiques; Word 2003 de Microsoft Office pour la saisie de textes.

Les tests statistiques de comparaison de proportion ou de moyenne ont été utilisés pour repérer les facteurs de risque différemment répartis entre les cas.

Les tests statistiques utilisés étaient : le test de khi-2 avec comme seuil de signification $p < 0,05$.

V RESULTATS :

Au terme de notre étude, nous avons colligé 63 cas. Parmi lesquels 38 sujets (soit 60,3%) étaient de sexe masculin tandis que 25 (soit 39,7%) étaient de sexe féminin avec un sex-ratio de 1,5.

La moyenne d'âge a été de 32, 19±22,83 ans et les extrêmes étaient de 2 mois et 89 ans.

Sexe :

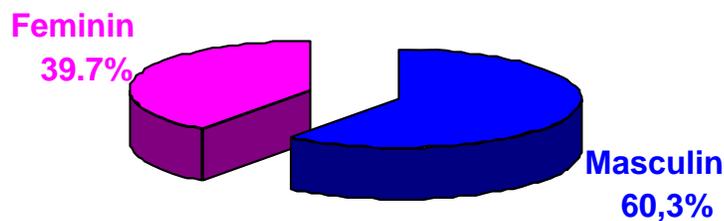


Figure 13 : Répartition des patients en fonction du sexe

Le sexe masculin a été le plus représenté soit 60,3 %

Tableau I : Répartition des patients selon la tranche d'âge (en année) :

Tranche d'âge (en année)	Effectif	%
<1	2	3,2
1-10	13	20,6
11-20	5	7,9
21-30	12	19,2
31-40	4	6,3
41-50	13	20,6
>50	14	22,2
Total	63	100

La tranche d'âge la plus représentée a été celle de plus de 50 ans.

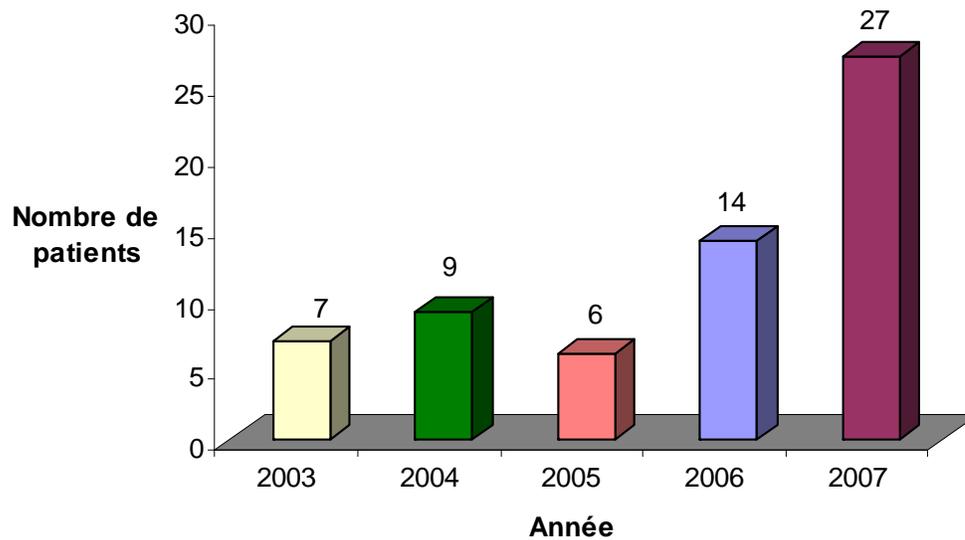


Figure 12 : Répartition des patients selon l'année de diagnostic:

La plus grande fréquence a été enregistrée en 2007 avec 27 cas (soit 42,9%).

Tableau II : Répartition des patients selon la profession :

Profession des patients	Effectif	%
Ménagère	18	28,6
Préscolaire	14	22,2
Etudiant (e)/élève	8	12,7
Cultivateur	7	11,1
Commerçant (e)	5	8,0
Fonctionnaire	4	6,3
Autres *	7	11,1

Les ménagères ont été les plus représentées dans 28,6% des cas.

Fonctionnaire : Enseignant (2), Technicien (1), Ingénieur (1).

* : Pêcheur (1), jeune diplômé sans emploi (1), chauffeur (1), éleveur (3), électricien (1).

Tableau III : Répartition des patients selon la résidence:

Residence des patients	Effectif	%
Bamako	26	41,3
Koulikoro	13	20,6
Sikasso	4	6,3
Ségou	4	6,3
Kayes	3	4,8
Gao	2	3,2
Autres *	5	8,0
Indéterminée	6	9,5
Total	63	100

La majorité de nos patients résidait à Bamako (41,3%) des cas.

* : Guinée (4), côte d'ivoire (1).

Tableau IV : Répartition des patients selon l'ethnie.

Ethnie des patients	Effectif	%
Malinké	15	23,8
Bambara	14	22,2
Peulh	10	15,9
Sarakolé	10	15,9
Sonrhäi	3	4,7
Minianka	2	3,2
Dogon	2	3,2
Touareg	1	1,6
Bobo	1	1,6
Autres *	5	7,9
Total	63	100

L'ethnie Malinké a été la plus représentée suivie de l'ethnie Bambara.

*: Wolof (2), Senoufo (1), Tamashek (1), Dafing (1).

Tableau V : Répartition des patients selon leur provenance :

Provenance des patients	Effectif	%
IOTA	54	85,7
CSREF CIV	4	6,3
PRIVE	3	4,8
CSREF CV	1	1,6
H Régionaux	1	1,6
Total	63	100

La majorité des pièces a été adressée par l'I.O.T.A. dans 85,7% des cas.

Tableau VI: Répartition des patients selon la nature de la pièce envoyée :

Nature de la pièce envoyée	Effectif	%
Exérèse	32	50,8
Biopsie	21	33,3
Enucléation	9	14,3
Exentération	1	1,6
Total	63	100

La pièce d'exérèse était le prélèvement le plus représenté (soit 50,8%).

Tableau VII : Répartition des patients en fonction du coté atteint de l'œil :

Coté atteint de l'œil	Effectif	%
OD	25	39,7
OG	22	34,9
Indéterminés	15	23,8
ODG	1	1,6
Total	63	100

L'œil droit était le plus atteint dans 39,7% des cas.

Tableau VIII : Répartition des patients selon le siège de la tumeur :

Siège de la tumeur	Effectif	%
Conjonctive/limbe	41	65,1
Rétine	10	15,8
Paupière	3	4,8
Orbite	3	4,8
Cornée	1	1,6
Sclère	1	1,6
Non précisée	4	6,3
Total	63	100

La conjonctive/limbe a été la plus touchée avec 65,1%.

Type histologique :

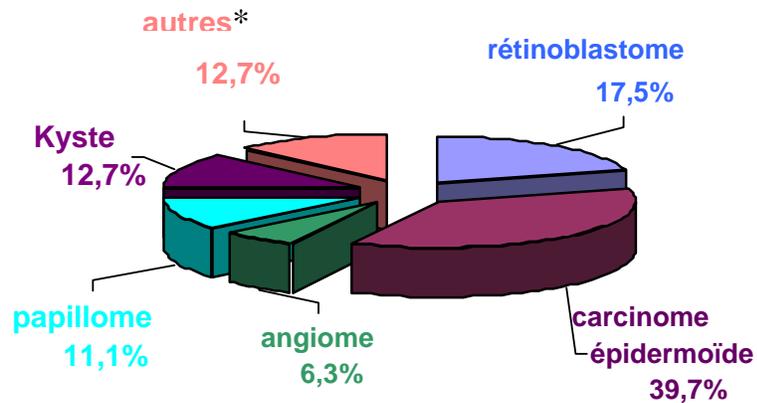


Figure 14 : Répartition de la tumeur selon le type histologique :

Le carcinome épidermoïde a été le type histologique le plus fréquent (soit 39,7%) suivi du rétinoblastome (soit 17,5%).

*= mélanome malin (1), lipome (1), polype (2), Naevius (2), xanthome (1), adénome (1).

Tableau IX: Répartition des patients selon la nature histologique de la tumeur:

Nature histologique	Effectif	%
Tumeur maligne	37	58,7
Tumeur bénigne	26	41,3
Total	63	100

Plus de la moitié de nos cas étaient des tumeurs malignes avec 58,7%.

Tableau X : Répartition du type histologique en fonction du sexe :

Type Histologique	Rétinoblastome	Carcinome épidermoïde	Angiome	Papillome	Kyste	Autres *	Total
Sexe							
Masculin	9	13	3	6	4	3	38
Feminin	2	12	1	1	4	5	25
Total	11	25	4	7	8	8	63

$$\chi^2 = 7,20$$

$$P = 0,17$$

Ce résultat montre qu'il n'y a pas d'association significative entre le sexe et le type histologique.

Tableau XI : Répartition des patients selon la nature de la tumeur et les tranches d'âge:

Tranche d'âge	<1	1-10	11-20	21-30	31-40	41-50	>50	total
Nature de la tumeur								
Tumeur bénigne	2	3	2	7	2	3	7	26
Tumeur maligne	0	10	3	5	2	10	7	37
total	2	13	5	12	4	13	14	63

$$\chi^2 = 7,83$$

$$p = 0,25$$

Il n'existait de liaison statistique entre la nature de la tumeur et la tranche d'âge.

Tableau XII: Répartition des patients selon le type histologique et les tranches d'âge:

Tranche d'âge / Type histologique	<1	1-10	11-20	21-30	31-40	41-50	>50	total
Rétinoblastome	0	9	2	0	0	0	0	11
Carcinome épidermoïde	0	1	1	5	2	9	7	25
Angiome	0	1	1	0	1	0	1	4
Papillome	0	0	1	2	0	1	3	7
Kyste	0	1	0	4	0	1	2	8
Autres*	2	1	0	1	1	2	1	8
total	2	13	5	12	4	13	14	63

$$\chi^2 = 59,50$$

$$p = 0,001$$

Il y a une association significative entre le type histologique et les tranches d'âge.

Tableau XIII : Répartition de la tumeur selon le siège de la tumeur et le type histologique :

Siege de la tumeur / Type histologique	Orbite	Paupière	Conjonctive/limbe	Sclère	Cornée	Rétine	Non précisée	Total
Rétinoblastome	1	0	0	0	0	10		11
Carcinome épidermoïde	1	1	21	0	0	0	2	25
Angiome	1	1	2	0	0	0	0	4
Papillome		0	7	0	0	0	0	7
Kyste	0	0	6	1	0	0	1	8
Autres	0	1	6	0	0	0	1	8
total	3	3	42	1	1	10	4	63

La topographie était significativement liée au type histologique

($\chi^2 = 73,61$ et $p = 0,0002$).

La conjonctive/limbe était la plus atteinte par le carcinome épidermoïde et le rétinoblastome était observé au niveau de la rétine.

Tableau XIV : Répartition selon le siège et la nature histologique de la tumeur :

Nature histologique	Tumeur bénigne	Tumeur maligne	Total
Siège de la tumeur			
Orbite	1	2	3
Paupière	1	2	3
Conjonctive/limbe	21	20	41
Sclère	1	0	1
Cornée	0	1	1
Rétine	0	10	10
Non précisée	2	2	4
Total	26	37	63

$$\chi^2 = 16,75$$

$$p=0,01$$

On observe une association significative entre la nature et le siège de la tumeur.

La majorité des tumeurs bénignes était conjonctivale (21/26 soit 80,8%).

Tableau XV : Distribution du siège de la tumeur en fonction du sexe

Siege de la tumeur	Orbite	Paupière	Conjonctive/limbe	Sclère	Cornée	Rétine	Non précisée	Total
sexe								
Masculin	1	2	24	1		8	2	38
Féminin	2	1	17		1	2	2	25
Total	3	3	41	1	1	10	4	63

Nous avons observé une prédominance non significative de la tumeur conjonctivale chez l'homme

$$\chi^2 = 5,80$$

$$p = 0,44$$

Il n'existait pas de liaison statistique entre la topographie et le sexe.

IV COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1- Méthodologie :

Nous avons réalisé une étude descriptive rétrospective portant sur les aspects épidémiologiques et histopathologiques des tumeurs de l'œil et de ses annexes qui a porté sur 63 cas.

La taille de l'échantillon était faible et les résultats n'étaient pas généralisables à la population malienne.

Les cas ont été recrutés conformément aux critères d'inclusion de Janvier 2003 à Décembre 2007.

Notre but était d'étudier les aspects épidémiologiques et histopathologiques des tumeurs de l'œil et de ses annexes.

Nous avons rencontré quelques difficultés notamment la pauvreté et la perte de certains dossiers qui expliquaient l'absence de renseignements sur les patients.

2- Aspects épidémiologiques :

2-1- Fréquence

Durant notre période d'étude (de 2003 à 2007) nous avons reçu 63 cas ; parmi lesquels 35 étaient des tumeurs malignes et 28 des tumeurs bénignes ; ce qui montrait une prédominance des tumeurs malignes avec 55,6% des cas.

Nos résultats sont proches de ceux de certains auteurs ayant fait des études sur la pathologie tumorale orbito-oculaire notamment :

- Kargougou R. [27] au Burkina Faso qui a trouvé 54,4% de tumeurs malignes et 32% de tumeurs bénignes ;
- Discamps et al. [2] qui ont trouvé 60% de tumeurs malignes et 15% des tumeurs bénignes ;
- A. Kansaye au Mali [5] qui trouvait 49,5% de tumeurs malignes et 35,05% de tumeurs bénignes.

2-2- L'âge :

L'âge moyen a été de $32,19 \pm 22,83$ ans avec des extrêmes de 2 mois et 89 ans. Les patients de 50 ans et plus étaient les plus représentés avec 22,2% contre 3,2% des patients de moins 1an.

Nos résultats sont proches de ceux de A. Kansaye [5] qui a trouvé un âge moyen de 24 ans avec des extrêmes de 1 et 89 ans et de Poso et al [28]: $24,6 \pm 21,4$ ans.

Par contre ils diffèrent de ceux de L. Levecq et al. [29] qui ont trouvé un âge moyen de 52ans et de F. Beby et col. [30]: $10,5 \pm 4,2$ ans.

Cela pourrait s'expliquer pour Beby et col. [30] par le fait que leur population d'étude concernait seulement les enfants.

2-3- Le sexe :

Dans notre étude le sexe masculin a représenté 60,3% des cas avec un sexe ratio de 1,5. Nos résultats concordent avec ceux de A. Kansaye [5] qui trouvait un sexe ratio de 1,6.

Contrairement à L. Levecq et al. [29] qui trouvaient une prédominance du sexe féminin avec 640 femmes contre 617 hommes et de F. Beby et al. qui trouvaient également une prédominance féminine.

2-4- La résidence :

La majorité de nos patients habitait dans le district de Bamako soit 41,3% des cas. Ceci pourrait être dû au fait que le seul laboratoire d'anatomie cytopathologique du pays se trouve à Bamako.

2-5- La profession :

Les ménagères étaient les plus représentées soit 28,6% des cas, suivies des non scolarisés avec 22,2% des cas. Ce constat pourrait être en rapport avec leur importance dans la population générale.

3- Le siège de la tumeur:

Dans la présente étude, une seule tumeur était de localisation bilatérale (carcinome épidermoïde). La localisation conjonctivale était la plus représentée (65,1%), puis venait celle de la rétine (15,9%), suivie de celle de la paupière et de l'orbite qui ont chacune 4,8%.

A. Kansaye [5] a aussi observé une prédominance des tumeurs conjonctivales (36,15%), suivie de celle de l'orbite (22,31%), des paupières (19,22%), de la rétine (16,15%) et de la cornée (6,16%).

Poso et al [28] ont trouvé que la localisation la plus fréquente a été la région bulbaire avec 35%, suivie de celle inta-oculaire 33%, l'orbite : 20%, les paupières et glandes lacrymales respectivement 8% et 4% des cas.

Les localisations les plus élevées ont été observées dans l'étude de Scat. et al. [31] qui trouvaient les répartitions suivantes: endo-oculaire (1035 cas), paupière (398 cas), conjonctive (119 cas), orbite (90 cas), glande lacrymale (23 cas), caroncule (10 cas), sourcil (8 cas), nerf optique (6 cas), cornée (3 cas), sac lacrymal (2 cas), non précisées (11 cas).

4- Type histologique:

4-1. Les tumeurs malignes

- Le carcinome

Le carcinome épidermoïde a été la tumeur maligne de l'œil et de ses annexes la plus fréquente de notre étude avec 23 cas soit 36,5%.

Poso et al. [28] trouvaient également une prédominance du carcinome épidermoïde soit 33,5%.

Par contre Kansaye [5] et N'guessan [32] on trouvé que le carcinome occupait le 2^{ème} rang après le rétinoblastome avec respectivement 18,56% et 31,25%.

De même, Scat et al. [31] ont trouvé que le carcinome épidermoïde était en 2^{ème} position après le mélanome.

Le rôle de l'ensoleillement, l'atmosphère sèche, la poussière, l'infection par

HPV-6 dans la genèse des carcinomes a été démontrée [33-34].

Une fréquence élevée du carcinome en Afrique pourrait s'expliquer par l'action conjuguée de ces facteurs.

Il atteint plus l'homme (12) que la femme (11) avec un sex-ratio (1,5).

Nous avons observé que le carcinome épidermoïde était peu fréquent chez les jeunes (2cas) que chez les personnes âgées avec des limites de 4 et 89 ans.

Bebby et al. [30] ont trouvé également 1seul cas de carcinome épidermoïde à l'âge jeune; Ceci pourrait nous amener à dire que le carcinome épidermoïde est une tumeur maligne très peu fréquente chez l'enfant.

A.Kansaye [5] trouvait des résultats différents avec les extrêmes de 20 et 70 ans, ainsi que Poso et al [28] qui ont noté des extrêmes de 20 et 60 ans.

Par contre Scat et al. [31] trouvaient que le nombre de sujets atteints de carcinomes était plus important entre 60 et 80 ans et croit probablement avec l'âge.

Le sexe masculin prédominait avec 76,92% dans notre série.

Nos résultats concordent avec ceux de certains auteurs [1,31] qui trouvaient respectivement 72,2% et 56,5%.

- Rétinoblastome

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 [2, 4, 35], soit 1/15000 naissances [36]. Outre cette fréquence, son importance est due à la gravité possible de son pronostic fonctionnel et vital, mais également à son aspect génétique. Il représente en effet le modèle de cancer pouvant être héréditaire [37, 38]. Il représente selon la littérature 31,7% de tous les cancers de l'œil et de ses annexes et 3% des tumeurs malignes de l'enfant [28, 39].

Dans notre étude, il occupait la 2^{ème} place après le carcinome épidermoïde avec 20,6% sur l'ensemble des tumeurs malignes.

Ces résultats sont proches de ceux de certains auteurs [28,31].

Cependant ils diffèrent de ceux de A. Kansaye [5] (58,34%), N'guessan [32] (48,44%) et Kargougou [27] (31,52%). Ceci pourrait être dû à un diagnostic plus précoce actuellement de cette tumeur.

Nous avons rencontré la majorité des cas de rétinoblastome chez les enfants de 1-10 ans avec des extrêmes de 1 et 20 ans et une prédominance du sexe masculin (76,92%).

Ces résultats rejoignent ceux de A. Kansaye [5] qui trouvait le rétinoblastome chez les enfants de <10ans avec une prédominance de sexe masculin 53,6%.

Scat all. [31] trouvaient également des extrêmes d'âge de quelques jours à 20 ans.

Tandis que Poso et al. [28] ont trouvé des limites de 2 semaines et 7 ans avec égalité des deux sexes. Kargougou [27] trouvait des extrêmes d'âge

de 1et 7 ans avec une prédominance du sexe masculin 20 cas sur 29 soit 69%.

Dans les pays économiquement défavorisés, il faut rappeler que le rétinoblastome reste une maladie malheureusement souvent mortelle. La promotion d'un diagnostic précoce et l'acceptation de l'énucléation permettraient à nos jours d'améliorer le pronostic vital du rétinoblastome.

Le rétinoblastome n'a pas été diagnostiqué chez l'adulte dans notre série ; même si certaines données de la littérature [40-41] signalent sa survenue chez l'adulte.

Il s'agit alors soit de formes passées inaperçues, soit de formes dites bénignes, les rétinomes, assimilés anciennement à des<<guérisons spontanées>> [42].

4-2 Tumeurs bénignes

- Kystes :

Les formes histologiques rencontrées étaient les suivantes :

- ✓ fibreux (4 cas),
- ✓ non précisé (2cas),
- ✓ dermoïde (1cas),
- ✓ sébacé (1cas).

Ils ont été les tumeurs bénignes les plus fréquentes (28,57%) et occupaient le 3^{ème} rang sur l'ensemble des tumeurs histologiquement confirmées. Ce qui est superposable aux résultats de A. Kansaye [5] qui dans son étude trouvait que les kystes étaient les plus fréquents des

tumeurs bénignes (41,71%) et occupaient le 3^{ème} rang après le rétinoblastome et carcinome.

Contrairement à Scat et al. [43] les kystes occupaient le 2^{ème} rang après les papillomes (28,2%), ils occupaient la 3^{ème} place après papillomes et naevus dans la série de Kargougou [29] avec 20,38%.

Les kystes ont été plus représentés dans les tranches d'âge 21-30 ans avec une distribution égale dans les deux sexes.

Kansaye [5], par contre, trouvait une prédominance chez les enfants d'âge inférieur à 10 ans (50%) et le sexe masculin était le plus touché (64,3%).

- Papillomes :

Ils occupaient la 2^{ème} place après les kystes avec 25%.

Ils concernent le sexe masculin dont 85,71% des cas, et le sexe féminin dans 14,28% des cas ; Contrairement à Scat et al. [43] qui trouvaient une prédominance féminine avec 51% des cas.

VII CONCLUSION

Au terme de notre étude portant sur 63 cas de tumeurs de l'œil et de ses annexes, nous retenons que les tumeurs malignes étaient les plus rencontrées (58,7%).

Elles étaient essentiellement représentées par le carcinome épidermoïde qui croit avec l'âge et le rétinoblastome qui concerne la petite enfance.

Les tumeurs bénignes étaient moins fréquentes (41,2%). Les kystes et les papillomes étaient les plus rencontrés et touchaient surtout la tranche d'âge des jeunes et des adultes sans distinction de sexe.

VIII RECOMMANDATIONS

Aux Autorités Politiques et Administratives

- Organiser des campagnes de sensibilisation du public aux symptômes de la maladie pour mieux faire un diagnostic précoce.
- Une formation des médecins, des personnels de santé auxiliaires, associée à la mise en route d'une thérapeutique efficace pourrait améliorer la prise en charge de la maladie.
- Au cas échéant, mettre en place des mesures destinées à favoriser un «dépistage précoce» des cancers qui peuvent être guéris s'ils sont diagnostiqués tôt.
- Favoriser la formation d'onco-pédiatres dans notre pays.
- Former des anatomo-pathologistes et créer des services d'anapath dans les différentes régions pour un diagnostic plus précoce de la maladie.

Aux personnels de santé

- Education en vue d'un diagnostic précoce : il est indispensable d'enseigner aux gens à reconnaître les tous premiers symptômes du cancer.

*Etude épidémiologique et histopathologique des tumeurs de l'œil et de ses annexes.
63 cas.*

- Favoriser une bonne collaboration entre cliniciens, chirurgiens et anatomopathologistes pour les différents renseignements.
- Remplir correctement et conserver les dossiers des patients atteints de cancers.

Aux parents

- Consulter devant toute masse anormale
- Soutenir et rassurer l'enfant durant toute la période de la maladie
- Faire consulter les enfants sains par un médecin.

REFERENCES

- 1- **Jaubert F.** Anatomie pathologique générale. Masson, 1984, 286p, Paris.
- 2- **Discamps G., Doury J.C., Chovet M.** Contribution à l'étude statistique des cancers oculo-orbitaires en Afrique. A propos de 460 observations. Med. Trop. 1972 ; 32 : 385-401.
- 3- **Moussala M., Missipo Naomi O., Keutchemou P.** La pathologie oculaire dans l'Ouest-Cameroun. Rev. Int. Trach., 1989 ; 1-2 : 85-91.
- 4- **Jouhaud F., Lefaou T., Vingtain P.** Pathologie tumorale orbito-oculaire au Mali. Bull. Soc. Opht., 1986, 3 : 319-322.
- 5- **Kansaye A.** Les tumeurs orbito-oculaires à l'I.O.T.A. Thèse de doctorat en médecine, Mali, 2002-M3.
- 6- **WWW. e-sante. Recherche-tumeur-ophtalmologie. NN_ 3012-0-0. htm-39k.**
- 7- **Info registre du cancer au mali 1997-2001**
- 8- **Alain Stevens, James Lowe.** Histologie humaine, 3è Ed, 2006, 419-430, Elsevier, Paris.
- 9- **Jean Amice.** Histologie spéciale, vascularisation et innervation. Université de Bretagne occidentale-Brest, 2008.
- 10- **Vaughan D, Asbury T.** Ophtalmologie Générale, 10è Ed Padova, 1986, 428p, Italie.
- 11- **Hamard H.** Décision en ophtalmologie, Ed Vigot, 1993, 381p, Paris.

*Etude épidémiologique et histopathologique des tumeurs de l'œil et de ses annexes.
63 cas.*

- 12- **Uemura y, et al.** Survival rate and risk factors for patients with retinoblastoma in Japan. J. Ophtalmol, 1992, 36: 121-31, Japan.
- 13- **David J, Spalton et al.** Imagerie oculaire, dans Atlas d'Ophtalmologie Clinique, 2nd Ed, Boeck et Larcier SA, 1996.
- 14- **Chomette G.** manuel d'anatomie pathologique générale, 1984, Masson, 326p : 119-67.
- 15- **Spencer WH.** Orbited: congenital tumors and malformations. In ophthalmic pathology: an Atlas and text book. 1996, 4th ed. wb Sanders, p2468-85.
- 16- **Jean- Louis Dufier, Josseline Kaplan.** S. Fr. Ophtalmologie, Oeil et génétique. 2005, Masson Editeur 21; p98-107.
- 17- **Lumbroso L. Doz F, Urdieta M, Levi C, Bours D, Asselain B, Vedrenne J, Zucker JM, Desjardins L.** Chemothermothérapie in the management of retinoblastoma. Ophtalmology 2002, 109:1130-1136.
- 18- **Gauthier-Villars M., Stoppa-Lyonnet D, Dufier J -L.** Rétinoblastome, dans l'œil et génétique, 2005, Masson, 21ed; p331-337.
- 19- **Yahan RK, You T.** Kaposi sarcoma- Médecine journal, 2002 ; 7.
- 20- **Kalinske M, Leone C N Jn.** Kaposi's sarcoma involving eyelid and conjunctiva. Ann ophtalmol 1982; J. Fr. d'Ophtalmologie, 2003; 14:497-9.
- 21- **American Academy of Ophthalmology.** Ophthalmic pathology and intraocular tumors, 313p : 179-204.
- 22- **F Cabanne et J.L. Bonenfant.** Anatomie pathologique ; principe de pathologie générale, de pathologie spéciale et d'aetopathologie, 1986, 2éd., p1322, Paris.
- 23- **Dictionnaire des termes de médecine.** 1997,24è Ed. Maloine, Paris.
- 24- **Barraco P, Morax S.** Chirurgie mutilante du globe (énucléation, éviscération, exentération). Encycl Med ChirOphtalmologie 21-300-A10, 5p. Tom 4. Elsevier. Paris.
- 25- **Mélanome, Enucléation.** S. Fr. Ophtalmologie, 2005.

*Etude épidémiologique et histopathologique des tumeurs de l'œil et de ses annexes.
63 cas.*

- 26- Balmer A, Zografes L, Munier F.** Diagnostic and current management of retinoblastoma, *Oncogene* (2006) 25 : 5341-5349. Paris.
- 27- Kargougou R.** Les tumeurs orbito-oculaires au Burkina Faso : Aspects anatomopathologiques, épidémiocliniques et thérapeutiques (à propos de 169 cas colligés de 1983 à 1997), Thèse Méd.Ouagadougou, 1998 : 45.
- 28- Poso M-Y, Mwanza J-K, Kayembe, D-L.** Les tumeurs malignes de l'oeil et des annexes au Congo-Kinshasa. *J Fr. Ophtalmol.*, 2000 ; 23, 4, 327-332.
- 29- Levecq, P. De Potter, A.6P. Guagnini.** Epidémiologie des lésions oculaires et orbitaires adressées à un centre d'oncologie oculaire. *J Fr. Ophtalmol.* 2005; 28,8: 840-844.
- 30- Beby F. (1), Lodjikian L. (2), Roche O. (3), Bouvier R. (4), Donat D. (1), Guerillon C. (1), Chiquet C. (1), Tanière P. (4), Burillon C. (1), Denis P. (1).** Tumeurs de la conjonctive bulbaire de l'enfant. Résultats de l'examen histologique de 24 lésions opérées. *J. Fr. Ophtalmol.*, 2005; 28, 8: 817-823.
- 31- Scat Y, Liotet S, Carre F.** Etude épidémiologique de 1705 tumeurs malignes de l'œil et de ses annexes. *Jr français d'Ophtalmologie*, 1996 ; 19, 2, 83-8.
- 32- N'guessan Kouadio.** Tumeurs malignes de l'œil et ses annexes. Aspects histo-épidémiologiques de 64cas observés en 10ans (1994-2003) dans les CHU d'Abidjan. Thèse Med., 4023/2005, Abidjan (Côte d'Ivoire).
- 33- Erie J C, Liesegang T S.** Conjunctival and corneal intraepithelial invasive neoplasia. *Ophthalmology* 1986, 93: 176-183.
- 34- Graham A, Laurence W H.** Ocular surface squamous neoplasia. Survey of *Ophthalmology*, 1995, 39 : 5-6.
- 35- Vingtain P, Negrel A. D, Ginoux J, Cozette P. et al.** Les tumeurs oculo-orbitaires en République du Mali. *Med. Trop.*, 1986 ; 2 :147-153.
- 36- Doz F.** Rétinoblastome : aspects récents ; *Archives de pédiatrie* 13 (2006), Elsevier 1329-1337, Paris.
- 37- Bouffet E et al.** Le rétinoblastome. *Pédiatrie*, 1992 ; 47: 399-408.

*Etude épidémiologique et histopathologique des tumeurs de l'œil et de ses annexes.
63 cas.*

38- Cavence K et al. prédiction of familial prédisposition to retinoblastoma N.E.J. Med, 1986; 314-19.

39- Grange JD. Actualités du rétinoblastome. Journal de Médecine, 1988,1440 : 189-195.

40- Sang N, Albert D, Kuo PK. Retinoblastoma: clinical observations and histopathological study. In ocular tumors and other pathology :A chinese- American collaborative study. Ni and Albert int. Ophtalomol. Chir., 1982 ; 22 :73-102.

41- Shuangshoti S, Caiwn B, Kasantiku. A study of 39 rétinoblastoma with particular reference to morphology, cellular differenciation and tumor origin. Histopathology, 1989 ;15 :11324.

42- Balmer A. Le rétinoblastome : tumeur rétinienne maligne de l'enfant

Médecine et hygiène, 2001, (51) 2752-2755

43- Scat Y, Liote S, Carre F. Etude épidémiologique des tumeurs bénignes et des pseudotumeurs inflammatoires de l'œil et de ses annexes. Jr français d'Ophtalmologie, 1996 ; 19 : 514-519.

**ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE ET HISTOPATHOLOGIQUE DES
TUMEURS DE L'ŒIL ET DE SES ANNEXES : 63 CAS**

Fiche d'enquête

Q1.fiche d'enquête-----/

Q2.n° du dossier-----/

Q3.Nom et Prénom-----/

Q4. Age (ans) -----/

Q5. Sexe-----/

1=M

2=F

Q6. Date de diagnostic-----/

1=2003

2=2004

3=2005

4=2006

5=2007

Q7. Profession-----/

1=Fonctionnaire

2=Commerçant (e)

3=Ménagère

4=Etudiant(e)

5=Préscolaire

6=Cultivateur

7=Autres (à préciser) ----

-----/

9=Indéterminée

Q8. Ethnie-----/

1=Kassonké

2=Bobo

3=Malinké

4=Sarakolé

5=Bambara

6=Miniaka

7=Sonrhäi

8=Touareg

*Etude épidémiologique et histopathologique des tumeurs de l'œil et de ses annexes.
63 cas.*

Q14. Type histologique -----/

1=Rétinoblastome 2=Carcinome épidermoïde 3=Angiome

4=Papillome 5=kyste 6=Autres (à préciser) -----/

9=Non précisé

Q15. Nature histologique de la tumeur-----/

1=Tumeur bénigne 2=Tumeur maligne

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : TRAORE

Prénom : Maïmouna

Titre de thèse : Etude épidémiologique et histopathologique des tumeurs de l'œil et de ses annexes : 63 cas.

Année universitaire : 2009-2010

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS de Bamako

Secteur d'intérêt : Anatomie Pathologique, Ophtalmologique, Santé publique

Résumé :

Dans le but de déterminer les aspects épidémiologiques et morphologiques des tumeurs de l'œil et de ses annexes, nous avons mené une étude rétrospective descriptive. Cette étude s'est déroulée de 2003 à 2007 au laboratoire d'anatomie pathologique de l'INRSP.

Nous avons colligé 63 cas de tumeurs confirmées par l'histologie. Les formes malignes représentaient 58,7% (37/63) et les bénignes 41,3% (26/63). L'âge des patients variait de 2 mois à 89 ans avec une moyenne de $32,19 \pm 22,8$ ans.

Les tumeurs sont significativement associées à l'âge. La majorité des patients résidait à Bamako, avec une légère prédominance masculine non significative.

*Etude épidémiologique et histopathologique des tumeurs de l'œil et de ses annexes.
63 cas.*

Les tumeurs malignes les plus fréquentes étaient le carcinome épidermoïde (39,7%) et le rétinoblastome (17,5%). Les tumeurs bénignes les plus fréquentes étaient représentées par les kystes (12,7%) et les papillomes (11,1%).

Les localisations limbo-conjonctivales (65,1%) et rétiniennes étaient les plus représentées.

En conclusion, les tumeurs oculo-annexielles sont rares. Les formes pédiatriques sont dominées par le rétinoblastome et les formes adultes prédominantes sont les carcinomes épidermoïde.

Mots clés : Tumeurs ; Œil; Histopathologie ; Epidémiologie.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

*Etude épidémiologique et histopathologique des tumeurs de l'œil et de ses annexes.
63 cas.*

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE !