



## MÉTASTASES CHOROÏDIENNES BILATÉRALES RÉVÉLANT UN CANCER BRONCHIQUE BILATERAL CHOROIDAL METASTASES REVEALING BRONCHIAL CANCER

**Abdellaoui Meriem,  
Bhallil Salima,  
Benatiya A Idriss,  
Tahri Hicham**

Service d'ophtalmologie,  
Hôpital Omar Drissi, CHU  
HASSAN II Fès, Maroc.

### RÉSUMÉ

Nous rapportons le cas de métastases choroïdiennes bilatérales révélant un adénocarcinome bronchique. Les métastases choroïdiennes sont rares, leur fréquence est estimée entre 10 et 38%. Le cancer bronchique primitif en constitue la première cause chez l'homme. Elles se manifestent le plus souvent par une lésion unique et unilatérale apparaissant en général à un stade avancé de la maladie, alors que l'atteinte bilatérale révélatrice de la tumeur comme dans notre cas reste exceptionnelle.

### ABSTRACT:

We report a case of bilateral choroidal metastases revealing bronchial adenocarcinoma. Choroidal metastases are rare; their frequency is estimated between 10 and 38%. Primary lung cancer is the leading cause of choroidal metastases in humans. They appear most often as a single and unilateral lesion at a late stage of the disease, while bilateral choroidal metastases indicative of the tumor as in our case is exceptional.

### Mots clés :

Adénocarcinome bronchique -  
Choroïde - Métastases

### Keywords:

Bronchial adenocarcinoma -  
choroid - metastases

### INTRODUCTION

Les métastases choroïdiennes sont rares, leur fréquence est estimée entre 10 et 38%. [1] Le cancer bronchique primitif constitue la première cause de métastase choroïdienne chez l'homme.[1] Ces métastases se manifestent le plus souvent par une lésion unique et unilatérale. Leur diagnostic est difficile et repose sur un faisceau d'arguments clinique, angiographique, échographique et d'imagerie par résonance magnétique oculaire. Leur découverte se fait, généralement à un stade avancé de l'évolution de la maladie, souvent au cours de la surveillance évolutive de la tumeur primitive. Exceptionnellement, des métastases choroïdiennes bilatérales peuvent la révéler comme dans l'observation suivante.

### Cas clinique

Mr B.A âgé de 63 ans est hospitalisé dans notre formation pour l'exploration d'une baisse de l'acuité visuelle de l'œil gauche et de métamorphopsies. Deux mois auparavant, une dyspnée et une toux sèche étaient apparues dans un contexte d'amaigrissement.

L'examen clinique général constate un patient dont l'état général est conservé. Il existe plusieurs adénopathies latéro-cervicales gauches dures infracentimétriques. L'acuité visuelle de loin est chiffrée à 8/10 à droite et 6/10 à gauche ; le fond d'œil montre un soulèvement rétinien bilatéral, de siège temporomaculaire.( figure 1) L'angiographie rétinienne à la fluorescéine montre une hypo-fluorescence choroïdienne inhomogène aux temps précoces (figure 2), puis une hyperfluorescence aux temps tardifs, plus étendue que les lésions ophtalmoscopiquement visibles (figure 3). L'échographie B confirme la présence de processus expansif tumoral de siège choroïdien bilatéral hyperéchogène avec une excavation choroïdienne mesurant à droite : 10,1 / 3,59 mm (figure 4), et à gauche : 5,70 / 2,44 mm (figure 5). La radiographie du thorax met en évidence une opacité nodulaire de l'apex gauche et des micronodules diffus. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien confirme l'existence d'un nodule de contours irréguliers au niveau du segment apicodorsal du culmen. L'IRM oculo-cérébrale montre un processus intraoculaire au dépend de la choroïde sans localisation cérébrale. (Figure 6) L'échographie du foie, la scintigraphie osseuse ainsi que le scanner cérébral sont strictement normaux. La biopsie bronchique révèle un adénocarcinome moyennement différencié.

Le diagnostic d'adénocarcinome métastatique à la choroïde à point de départ pulmonaire est retenu. Six cures de chimiothérapie comportant du cisplatine et du taxotère sont administrées.

Malgré une évolution initiale favorable le décès surviendra 2 mois après le premier examen dans un tableau de détresse respiratoire réfractaire.

-Dr Abdellaoui Meriem, ophtalmologiste

Téléphone : 0021268389996

E.mail : mari2082002@yahoo.fr

Adresse : Rue Houssine Dkhissi, résidence  
Karim, numéro 20, 3ème étage. Atlas, Fès 30000.  
Maroc

-Pr Benatiya Andaloussi Idriss (professeur  
assistant) ophtalmologiste

Adresse: Hopital Omar Drissi, Batha, Fès 30000.  
Maroc

E.mail : idrissbenatiya@yahoo.fr

-Pr Bhallil Salima (professeur assistant),  
ophtalmologiste

Adresse: Hopital Omar Drissi, Batha, Fès 30000.  
Maroc

E.mail : salimaophta@yahoo.fr

- Pr Tahri Hicham (professeur d'enseignement  
supérieur), ophtalmologiste

Adresse: Hopital Omar Drissi, Batha, Fès 30000.  
Maroc

E.mail : tahriophtalmo@menara.ma



## Discussion :

Les métastases oculo-orbitaires représentent 7 à 10% de l'ensemble des cancers.

Les métastases choroïdiennes constituent les tumeurs malignes uvéales les plus fréquentes et l'adénocarcinome bronchique en est la cause dans 0,7 à 18 % des cas chez l'homme. [2, 3] Cependant, dans 16 à 18% des cas la tumeur primaire n'est pas identifiée. [4]

Le mode de dissémination serait hématogène, ce qui expliquerait l'atteinte préférentielle de la choroïde par rapport à l'uvée antérieure, au nerf optique et à l'orbite.

Cependant, de nombreuses séries ont montré que les métastases choroïdiennes sont rarement une circonstance de découverte du cancer. [5] Lorsque les métastases choroïdiennes sont symptomatiques, elles le sont dans le cadre de néoplasies généralisées où elles coexistent dans 60 à 91 % des cas avec des métastases d'autres organes. [6] [7] L'originalité de notre observation tient à l'absence d'autres localisations associées. Cliniquement, les signes d'appel sont dans 80% des cas des métamorphopsies ou une baisse de l'acuité visuelle en cas d'atteinte du pôle postérieur, et dans 16 % des cas des douleurs orbitaires. [8] Le diagnostic est évoqué sur l'aspect caractéristique du fond d'œil. La lésion, de couleur beige jaunâtre, est de forme plate et infiltrative, aux bords

mal définis ou en dôme. Elle peut s'associer à un décollement séreux rétinien secondaire comme dans notre cas.

L'angiographie à la fluorescéine est typique, montrant une zone hypofluorescente aux temps précoces, puis des points en nombre variable à partir desquels le colorant diffuse progressivement dans le décollement séreux du neuroépithélium. [8] L'échographie B montre une masse en dôme échogène sans excavation choroïdienne. En IRM, la métastase apparaît relativement hyperintense par rapport au vitré en T1 et relativement hypointense

en T2. [8] La biopsie de la lésion choroïdienne est indiquée lorsque la tumeur est isolée, unique, et en l'absence de néoplasie primitive évidente. [8] Dans notre cas la bronchoscopie et la biopsie ont permis un diagnostic histologique.

Le traitement des métastases choroïdiennes a pour but de préserver la fonction visuelle. La radiothérapie locale a prouvé son efficacité et permet la régression des symptômes. [6, 9] L'association chimiothérapie et radiothérapie peut constituer une autre alternative thérapeutique. La thermothérapie transpupillaire par le laser diode est indiquée en cas de petit nodule métastatique avec une quantité minime de liquide sous rétinien. [10]

## CONCLUSION

La découverte d'une tumeur choroïdienne doit faire évoquer une métastase en premier lieu. Même si elle est le témoin d'une maladie avancée, la chimiothérapie peut permettre d'obtenir une récupération visuelle permettant d'améliorer la qualité de vie. ■

## Bibliographie

1. Khaldi. L. Bachene. A. Soyeux. A. Bouillot-Goutorbe. M, Métastases choroïdiennes bilatérales révélatrices d'un cancer disséminé À propos d'un cas. J Fr. Ophtalmol., 2002. 25(10): p. 1043-1047.
2. Moutaouakil. A. Baha Ali. T. Amraoui. A, Métastase choroïdienne d'un carcinome de la thyroïde (À propos d'un cas). Bull. Soc. Belge Ophtalmol, 2003(288): p. 19-22.
3. Eliassi Rad. B. Albert .MD. Green. WR, Frequency of ocular metastases in patients dying of cancer in eye bank populations. Br J Ophthalmol, 1996. 80: p. 125-8.
4. Fajnkuchen. F. Gatine. D. Chaine. G, Métastases choroïdiennes d'une tumeur carcinoïde bronchique, revue des cas de la littérature, à propos d'un cas. J Fr Ophtalmol, 1998. 21: p. 214-9.
5. Tazia. N. Le Thi Huonga. D. Bodaghib. B. Rixec. O. Lehoangb. P. Piettea. J, Métastase choroïdienne révélatrice d'un adénocarcinome bronchique La Revue de médecine interne 2006. 27: p. 699-701.
6. Kreusel. KM. Wiegel. T. Strange . M. Bornfeld. N. Hinkelbein. W. Forester. MH, Choroidal metastasis in disseminated lung cancer : frequency and risk factors. Am J Ophthalmol, 2002. 134: p. 445-7.
7. Jeddi. A. Bouguila. H. Mezlini. A. Daghfous. F. Kaoueche. M. Ben Ayed. F, Les métastases choroïdiennes. J Fr Ophtalmol, 1994. 17: p. 657-63.
8. De Potter. P. Disneur. D. Levecq. L. Snyers. B, Manifestations oculaires des cancers. J Fr. Ophtalmol., 2002. 2(25): p. 194-202.
9. Nikolaos.T. Khandra. G. Georgios. G. , Choroidal eye metastases from (recurrent) primary peritoneal carcinoma: case report and review of the literature. International Seminars in Surgical Oncology, 2009. 6: p. 3.
10. Shields. CL. Shields. JA. Gross. NE et al, Survey of 520 eyes with uveal metastases Ophthalmology. 1997. 104: p. 1265-76.