



Cas Clinique

Métastases Orbitochoroïdiennes Unilatérales d'un Carcinome Rénal : A Propos d'un Cas

Unilateral Orbitochoroidal Metastasis of Renal Cell Carcinoma: A Case Report

Koki G^{1,3}, Dim Bassi RR¹, Ntama A^{2,3}, Mvilongo Tsimi C^{1,4}, Aboubakar H², Eloundou Bana S¹,
Mouaha C¹, Ngwesse Essouman R¹, Wokden S¹, Biangoup Nyamsi P³

RÉSUMÉ

Les métastases orbito-choroïdiennes du cancer rénal sont rares et inhabituelles. Nous rapportons le cas d'une patiente de 60 ans, venue consulter pour baisse d'acuité visuelle de près et de loin aux deux yeux, évoluant depuis une année, aux antécédents de néphrectomie totale gauche pour carcinome rénal. L'acuité visuelle corrigée était de 8/10^e œil droit, 10/10^e œil gauche, Parinaud 2 aux deux yeux. Au fond d'œil à droite, la macula était remaniée avec des plis rétiens fins horizontaux et parallèles dans la zone inter maculo-papillaire traversant la fovéa. L'OCT-SD de l'œil droit montrait une irrégularité des couches rétiniennes avec ondulation de l'épithélium pigmentaire d'aspect *lumpy bumpy* et la tomographie cérébrale, un processus tumoral spontanément dense temporo-orbitaire droit. Le diagnostic de métastases orbito-choroïdiennes de l'œil droit du carcinome rénal a été retenu de concert avec l'oncologue. La prise en charge ophtalmique a consisté en un conseil et suivi mensuel du fond d'œil.

ABSTRACT

Orbitochoroidal metastases from renal cancer are rare and unusual. We report the case of a 60-year-old female patient who came to consult for reduced near and distance visual acuity in both eyes, which had been ongoing for a year, with history of total left nephrectomy for renal cell carcinoma. Corrected visual acuity was 8/10th in the right eye, 10/10th in the left eye, Parinaud 2 in both eyes. Fundus on the right eye, the macula was remodeled with fine horizontal and parallel retinal folds in the intermaculo-papillary zone crossing the fovea. OCT-SD of the right eye showed irregularity of the retinal layers with undulation of the pigment epithelium with a lumpy bumpy appearance and brain CT scan showed a spontaneously dense right temporo-orbital tumor process. The diagnosis of orbito-choroidal metastases of the right eye from renal cell carcinoma was made in concert with the oncologist. Ophthalmic care consisted of advice and monthly monitoring of the fundus.

¹. Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I, Cameroun

². Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques de l'Université de Douala, Cameroun

³. Hôpital Militaire de Région 2 à Douala, Cameroun

⁴. Hôpital Central de Yaoundé, Cameroun

*Auteur correspondant :

Dim Bassi R R,

Tel : (+237) 693527267,

(+221) 77 215 00 37

Email : raouldim@yahoo.fr

Mots-clés: métastase orbito-choroïdienne, carcinome rénal, fond d'œil, tomographie en cohérence optique.

Keywords: orbito-choroidal metastasis, renal cell carcinoma, fundus, optical coherence tomography.

INTRODUCTION

Le troisième cancer urogénital le plus fréquent est celui du rein après ceux de la vessie et de la prostate [1,2]. Sa fréquence en Afrique varie entre 8,5 % et 13,54 % des cancers urogénitaux avec une prédominance masculine et un âge moyen au diagnostic de 53,21±15,55 ans [3–6]. Son étiologie reste inconnue, mais de nombreux facteurs de risque ont été identifiés parmi lesquelles le tabac, l'obésité, l'hypertension artérielle et la maladie héréditaire de Von Hippel-Lindau [5, 6]. L'Organisation Mondiale de la Santé affirme en 2004 [9] que le carcinome à cellule rénale (CCR) est la tumeur rénale la plus fréquente et le classifie en plusieurs types histologiques dont les 4 principaux sont par ordre de fréquence : le

carcinome à cellules claires 75%, le carcinome tubulo-papillaire 10%, le carcinome chromophile 5% et les CCR inclassables 4 à 6 %. Au Cameroun, Sow et al [10] rapportaient une fréquence de 63,97 % de CCR dans l'ensemble des tumeurs rénales répertoriées sur 18 années. Sur le plan de la malignité, le carcinome à cellules claires et tubulo-papillaire sont les plus agressifs, avec un risque important de métastases dont la dissémination se fait par voie hématogène et lymphatique [6, 7]. Cette dernière est possible dans tous les organes de l'organisme avec une prédilection pour les poumons, les lymphatiques, les os, le foie, les glandes surrénales et le cerveau [11]. Les localisations orbitaires et choroïdiennes de ces métastases sont rares, inhabituelles et représentent 3,2 % et 2 % pour Parnes et al et Shields CL et al respectivement [12, 13].

Nous présentons un cas de métastases orbito-choroïdiennes unilatérales dont le tableau clinique frustre pose un problème diagnostique, thérapeutique et surtout pronostique.

OBSERVATION

Il s'agit d'une patiente de 60 ans, venue consulter pour baisse d'acuité visuelle de près et de loin aux deux yeux évoluant depuis une année, accompagnée de larmoiement et céphalées temporales intermittentes. Sans aucun antécédent ophtalmologique contributif, elle était sur le plan général non tabagique, hypertendue et diabétique suivie et équilibrée. Elle avait subi 10 mois avant sa consultation en ophtalmologie, une néphrectomie totale gauche indiquée pour masses rénale gauche et para-aortique d'allure néoplasique dont l'analyse anatomopathologique des pièces opératoires mesurant respectivement 18×10×4cm et 17×8×6cm avait révélé un carcinome papillaire de type II, classé T4NxM1 selon l'Organisation Mondiale de la Santé et grade 4 selon Fühman [14]. Le scanner abdominopelvien de contrôle réalisé un mois après la néphrectomie, retrouvait une absence du rein gauche, sans collection résiduelle, ni masses, ni lésions suspectes abdominopelviennes et un rein droit normal. Aucun traitement néo-adjuvant après la néphrectomie n'avait donc été réalisé. L'examen clinique ophtalmologique à l'entrée retrouvait une patiente avec un bon état général, une acuité visuelle de loin et de près corrigée de 8/10^e à l'œil droit, 10/10^e à l'œil gauche, Parinaud 2 aux deux yeux, une pression intra-oculaire de 17,4 mmHg à l'œil droit et de 15 mmHg à l'œil gauche. Sans exophtalmie, ni modification de visage, l'oculomotricité normale aux deux yeux, confirmait la normalité des annexes. Les segments antérieurs étaient normaux à la lampe à fente. L'examen du segment postérieur de l'œil droit retrouvait une papille normale, une macula terne, remaniée avec de multiples plis rétinien fins horizontaux et parallèles partant de la zone inter maculo-papillaire, traversant la fovéa et finissant en queue de poisson en temporal de la macula, sans autres lésions visibles ou suspectes (figure 1a) et celui de l'œil gauche était normal (figure 1b).

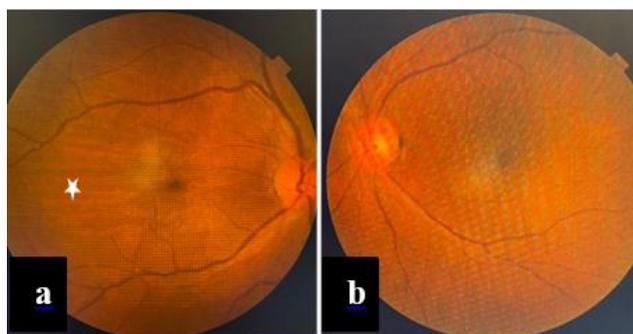


Figure 1 : fond d'œil, **a**) œil droit, plis en zone maculaire, fins et horizontaux (étoile), **b**) œil gauche normal

À l'examen général, une tuméfaction nodulaire temporo-pariétale gauche, indolore, fixe au plan profond, sans modification cutanée en regard, ni signes de focalisation était retrouvée. Le diagnostic d'entrée était celui de

membrane épi-maculaire droite avec probables métastases du carcinome papillaire rénal de type II. L'angiographie à la fluorescéine révélait de multiples plis choroïdiens, horizontaux et parallèles, hyperfluorescents dès le temps précoce, traversant toute la fovéa de haut en bas, sans anomalies vasculaires à l'œil droit, visibles aux clichés anérhytre (figure 2a) et angiographique (figure 2c) tandis que l'œil gauche était normal (figure 2b et 2d).

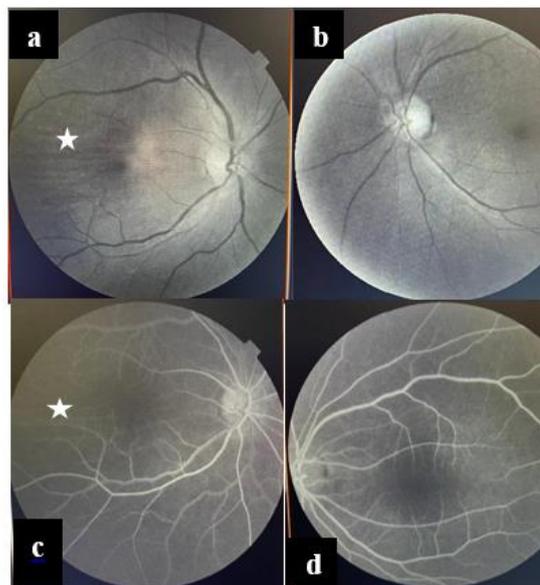


Figure 2 : cliché anérhytre (a et b) **a**) œil droit, plis choroïdien (étoile), **b**) œil gauche normal. cliché AGF (c et d) **c**) hyperfluorescence des plis choroïdiens dans l'œil droit, **d**) œil gauche normal

La tomographie par cohérence optique du domaine spectral maculaire en coupe, montrait une atrophie maculaire, une irrégularité des couches rétinien avec ondulation irrégulière de l'épithélium pigmentaire rétinien de l'œil droit plus marquée en temporal faisant évoquer un aspect *lumpy bumpy* (figure 3a) et une atrophie maculaire à l'œil gauche (figure 3b).

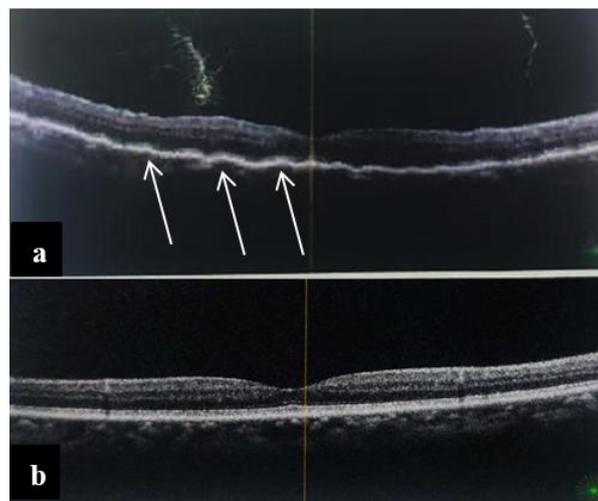


Figure 3 : SD-OCT **a**) œil droit, ondulation de la couche de l'épithélium pigmentaire d'aspect *lumpy bumpy* (flèches), **b**) œil gauche normal

La tomодensitométrie (TDM) cérébrale retrouvait un processus tumoral hétérogène calcifié, spontanément dense, temporo-orbitaire droit estimé à 50×45 mm avec extension et infiltration locorégionale intra orbitaire (figure 4a) et deux autres similaires situés au niveau pariétal et occipito-pariétal estimés à 30×29 mm et 36×30 mm avec lyse osseuse en regard (figure 4b), sans signes de localisation secondaire.

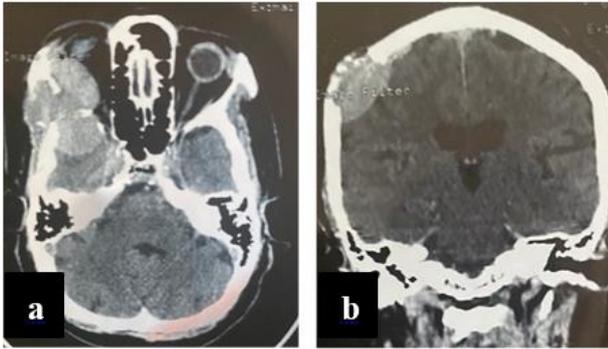


Figure 4 : TDM cérébrale, a) processus tumoral hétérogène calcifié temporo-orbitaire droit avec infiltration locorégionale intra orbitaire, b) processus tumoral pariétal droit avec lyse osseuse en regard

Le diagnostic final de métastases orbito-choroïdiennes droite et osseuses crâniennes du carcinome papillaire rénal de type II a été retenu de concert avec l'oncologue dans le cadre d'une réunion de concertation pluridisciplinaire. La prise en charge ophtalmique a consisté en un conseil (counseling). La patiente a été référée chez l'oncologue pour prise en charge avec une surveillance mensuelle de son fond d'œil.

DISCUSSION

Sur le plan épidémiologique, le sexe féminin est très peu touché par le cancer rénal avec un ratio de 10 hommes pour une femme et un âge moyen au diagnostic de 53,21±15,55 ans [4-6]. Et dans un contexte clinique frustré, la localisation inhabituelle des métastases du carcinome rénal au niveau orbito-choroïdien, unilatérale, était observée. Ces deux particularités s'ajoutent à la gravité du cas et justifient son intérêt. Les métastases choroïdiennes des cancers en général représentent la tumeur choroïdienne la plus fréquente, parfois confondues avec le mélanome choroïdien [15]. Elles peuvent précéder dans 8 à 30 % des cas le diagnostic du cancer primitif [16], soulevant l'importance d'un examen général devant toutes lésions choroïdiennes suspectes à la recherche de celui-ci, le plus souvent localisé au niveau mammaire ou pulmonaire [15, 16]. Le cancer rénal est responsable de 3,2 % de métastases orbitaires et 2 % de celles choroïdiennes avec un délai de survenu compris entre 10 mois et 16 ans après son diagnostic [10, 11]. Kindermann et al [19], rapportaient dans leur série de 3 cas, un délai de survenu de 15 mois pour les métastases palpébrales, 9 ans pour celles choroïdiennes et 15 ans pour les orbitaires. La découverte précoce de celles de notre patiente (10 mois)

pourrait s'expliquer par le type histologique de son cancer qui est un carcinome papillaire de type II à haut grade de malignité avec dissémination rapide selon l'OMS [9]. La localisation orbitaire précède le plus souvent la tumeur rénale primitive telle que rapportée par Zdinak et al [20] ou peut être concomitante. Selon Rioux-Leclercq [7], près de 25 % des cancers du rein sont diagnostiqués à un stade d'emblée métastatique et 20 à 30 % des patients développent des métastases au cours de l'évolution de la maladie. Le mode de dissémination est essentiellement par voie hématogène et lymphatique [11]. La richesse vasculaire de la choroïde et de l'orbite, avec drainage lymphatique pour cette dernière, pourrait expliquer la localisation ophtalmologique préférentielle de ces sites.

La clinique des métastases ophtalmologiques en générale, orbitaires et choroïdiennes en particulier est frustrée et non spécifique, responsable d'erreur et/ou de retard diagnostique [14, 15]. Dans le cas de celles précédant la tumeur, le site primitif peut ne pas être retrouvé ou se dévoiler tardivement [21] tandis que pour celles métachrones, le patient déjà pris en charge parfois, pourrait omettre de préciser cet antécédent ou encore, celui-ci peut ne pas être pris en considération par le praticien dans un premier temps. Les signes et symptômes retrouvés dans la littérature sont en général unilatéraux [15]. On note la baisse d'acuité visuelle non améliorable, l'amputation du champ visuel, des phosphènes, des myodésopsies, une diplopie, une exophtalmie non pulsatile, axiale ou non, non réductible, douloureuse ou une masse palpébrale. Au fond d'œil, une masse jaune pâle, blanche crémeuse ou orangée plus ou moins en relief, associée à du liquide sous-rétinien ou à un décollement de rétine exsudatif peut être observée [9, 13, 17, 18]. Notre cas présentait un tableau frustré associant baisse d'acuité visuelle et présence de multiples plis rétinien fins, horizontaux et parallèles ayant fait évoquer initialement une membrane épi maculaire.

Sur le plan paraclinique, la TDM orbito-cérébrale est l'examen de choix pour la mise en évidence des métastases orbitaires et cérébrales associées, se présentant sous formes de lésion hyperdense arrondie avec ou sans lyse osseuse en regard. L'Enhanced Depth Imaging (EDI)-OCT et l'angiographie au vert d'Indocyanine (ICG) permettent une bonne visualisation des métastases choroïdiennes [15]. A l'ICG, celles-ci apparaissent hypofluorescentes sur un fond isofluorescent à tous les temps angiographiques [15]. L'EDI-OCT retrouve un aspect typique irrégulier bosselé ou ondulé ou « lumpy bumpy » dans 64 à 81% des cas, un liquide sous rétinien dans 67 à 95 % des cas avec des points hyper réfléchifs appelés « speckles » ou mouchetures [22]. Devant l'indisponibilité de l'ICG et de l'EDI-OCT dans notre contexte, l'AGF et l'OCT-SD ont permis de poser le diagnostic de métastases choroïdiennes au vue de l'aspect « lumpy bumpy » de l'épithélium pigmentaire rétinien et la TDM orbito-cérébrale, celui de celles orbitaires et cérébrales. L'échographie oculaire mode B est aussi utile au diagnostic de celles choroïdiennes et des lésions associées. Le diagnostic de certitude du cancer rénal est histologique et repose sur l'analyse anatomopathologique

de la pièce d'exérèse ou de la biopsie comme c'était le cas de notre patiente 10 mois avant.

Un mois après la néphrectomie totale, la TDM abdomino-pelvienne de contrôle était normale. Elle n'aurait de ce fait reçu aucun traitement néo-adjuvant. Les indications thérapeutiques devant les métastases de cancer rénal sont fonction de la localisation et du délai d'apparition ou de découverte de la tumeur primitive. Les modalités thérapeutiques vont de l'abstention thérapeutique à une chirurgie d'exérèse radicale du site de la métastase si accessible. En effet, la chimiothérapie est peu efficace en cas de cancer du rein [9, 13]. La localisation orbitaire et choroïdienne chez notre patiente est sans risque fonctionnel visuel au moment de sa découverte, ne nécessitant ainsi aucun traitement radical, mais une surveillance mensuelle régulière. Le pronostic fonctionnel visuel reste réservé, tandis que celui vital de notre patiente demeure péjoratif, du fait des facteurs de risque que sont l'âge, le délai d'apparition précoce des métastases (10 mois), la tumeur primitive de grande taille (T4), le type histologique à haut grade (4) de malignité de Fühman [14] et la lyse osseuse (os pariétal et occipito-pariétal). Par ailleurs, le taux de mortalité imputable au cancer du rein est de 20,6 à 28,6 % de cas et celui de survie à 5 ans pour les formes métastatiques varie de 7 à 13 % [2, 9, 21, 22].

CONCLUSION

Les métastases orbito-choroïdiennes du cancer rénal sont rares surtout chez la femme. Elles peuvent mettre en jeu le pronostic fonctionnel tandis que pronostic vital est fortement menacé avec une survie à cinq ans très faible. Ainsi donc, la précision diagnostique rétinéo-choroïdienne clinique et para clinique et la recherche d'une localisation tumorale primitive devant toutes lésions choroïdiennes suspectes de métastase ou de tumeur doivent être de rigueur pour aider à une prise en charge précoce afin de rallonger si possible la survie à un, cinq ou dix ans d'un patient.

CONFLITS D'INTERET

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts dans le cadre de cette étude.

RÉFÉRENCES

- Ambroise N, Flora SAJ, Florent TMJ-G, Sabine EMB, Etienne AO, Esther DBM, et al. Epidemiology and diagnosis of prostate cancer: a study in the city of Douala (Cameroon). *Health Sci Dis.* 2023;24(7):33-8.
- Boureima O, Hafing T, Haidjikiema K, Sikpa JN, Abdoul OH, Fasnewendé AK. Aspects Cliniques et Histologiques des Cancers de la Vessie au Centre Hospitalier Universitaire de Tengandogo (Ouagadougou). *Health Sci Dis.* 2020;21(7):22-5.
- Salah R, Harir N, Zeggai S, Sellam F, Merabent NM, Moullessehou S, et al. Cancers urologiques en Algérie: profil histopathologique à propos de 348 cas. *J Afr Cancer.* 2015;7:126-131.
- Ouattara A, Hodonou R, Avakoudjo J, Cisse D, Zango B, Gandaho I, et al. Épidémiologie des cancers urologiques au Centre national hospitalier universitaire Hubert Koutoukou Maga Cotonou, Bénin. Analyse d'une série hospitalière de 158 cas. *Prog En Urol.* 2012;22(5):261-265.
- Darré T, Amégbor K, Kpatcha M, Tengue K, Sonhaye L, Doh K, et al. Cancers urologiques au Togo: profil

histopathologique à propos de 678 cas. *J Afr Cancer.* 2014;6:27-31.

- Diallo I, Diamé I, Diouf C, Faye S, Thiam A, Yaya A, et al. Les cancers urogénitaux en région périphérique de Sénégal: à propos de 156 cas. *J Afr Urol.* 2021;27(1):9-16.
- Rioux-Leclercq N. Introduction-Épidémiologie des tumeurs du rein. In: Leroy X, Rioux-Leclercq N, Aubert S, Compérat E, Lejeune S, L'Herminé-Coulomb A, eds. *Pathologie Tumorale Rénale.* Paris: Elsevier Masson; 2014. p. 1-3
- Mejean A, André M A, Doublet J D, Fendler J-P, et al. Tumeurs du rein. *Prog En Urol.* 2004;14: 997-1035
- Lopez-Beltran A, Scarpelli M, Montironi R, Kirkali Z. 2004 WHO classification of the renal tumors of the adults. *Eur Urol.* 2006;49(5):798-805.
- Sow M, Nkégoum B, Oyono JL, Nzokou A. Epidemiological and histological features of urogenital tumours in Cameroon. *Prog En Urol.* 2006;16(1):36-39.
- Vidart A, Fehri K, Pfister C. Métastases inhabituelles du cancer du rein. *Ann Urol.* 2006;40:211-219.
- Parnes RE, Goldberg SH, Sassani JW. Renal cell carcinoma metastatic to the orbit: a clinicopathologic report. *Ann Ophthalmol.* 1993;25(3):100-102.
- Shields CL, Shields JA, Gross NE, Schwartz GP, Lally SE. Survey of 520 eyes with uveal metastases. *Ophthalmol.* 1997;104(8):1265-1276.
- Fuhrman SA, Lasky LC, Limas C. Prognostic significance of morphologic parameters in renal cell carcinoma. *Am J Surg Pathol.* 1982;6(7):655-664.
- Mathis T, Nhari M. Les métastases choroïdiennes. *Cah Ophthalmol.* 2021;250:38-40.
- Konstantinidis L, Rospond-Kubiak I, Zeolite I, Heimann H, Groenewald C, Coupland SE, et al. Management of patients with uveal metastases at the Liverpool Ocular Oncology Centre. *Br J Ophthalmol.* 2014;98(1):92-98.
- Kreusel K-M, Wiegel T, Stange M, Bornfeld N, Foerster MH. Intraocular metastases of metastatic breast carcinoma in the woman. Incidence, risk factors and therapy. *Ophthalmol Ges.* 2000;97(5):342-346.
- Kreusel K-M, Wiegel T, Stange M, Bornfeld N, Hinkelbein W, Foerster MH. Choroidal metastasis in disseminated lung cancer: frequency and risk factors. *Am J Ophthalmol.* 2002;134(3):445-447.
- Kindermann WR, Shields JA, Eiferman RA, Stephens RF, Hirsch SE. Metastatic renal cell carcinoma to the eye and adnexae: a report of three cases and review of the literature. *Ophthalmol.* 1981;88(12):1347-1350.
- Zdinak LA, Nik NA, Hidayat AA, Hargett NA. Renal medullary carcinoma metastatic to the orbit: a clinicopathologic report. *Ophthalm Plast Reconstr Surg.* 2004;20(4):322-325.
- Alami F, Ahmiti I, Sebbah R, El Yadari M, Ouazzani B, Berraho A. Métastases choroïdiennes bilatérales d'origine inconnue: à propos d'un cas. *Pan Afr Med J.* 2014;19(1):1-5.
- Al-Dahmash SA, Shields CL, Kaliki S, Johnson T, Shields JA. Enhanced depth imaging optical coherence tomography of choroidal metastasis in 14 eyes. *Retina.* 2014;34(8):1588-1593.
- Sine B, Fall B, Sow Y, Sarr A, Bagayogo NA, Zakou AR, et al. La mortalité spécifique en urologie dans un hôpital de référence au Sénégal: analyse d'une série de 132 décès. *Afr J Urol.* 2016;22(4):329-332.
- Rioux-Leclercq N. Prise en charge macroscopique d'une tumeur du rein-Classifications OMS et TNM-Facteurs pronostiques-Place de la biopsie et de l'examen extemporané. In: Leroy X, Rioux-Leclercq N, Aubert S, Compérat E, Lejeune S, L'Herminé-Coulomb A, eds. *Pathologie Tumorale Rénale.* Paris: Elsevier Masson; 2014. p. 23-30.