

Carcinome baso-cellulaire géant de la paupière chez une patiente noire camerounaise

M. Moussala (1,2), F. Behar-Cohen (2), F. D'Hermies (2), G. Bengono (1), G. Renard (2)

(1) Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, Yaoundé, Cameroun.

(2) Service d'Ophtalmologie, Hôtel-Dieu de Paris, 1, place du Parvis Notre-Dame, 75181 Paris Cedex 04.

Correspondance : G. Renard, à l'adresse ci-dessus.

Reçu le 31 août 1999. Accepté le 10 mars 2000.

Giant basal cell carcinoma of the eyelid in a black Cameroon patient

M. Moussala, F. Behar-Cohen, F. D'Hermies, G. Bengono, G. Renard

J. Fr. Ophtalmol. 2000 ; 23, 6 : 595-598

Basal cell carcinoma of the skin is the most common human cancer. It is also the most frequent malignant tumor of the eyelid. In Europe, its most common clinical presentation is a hard indurated, and sometimes ulcerated nodule. The authors report a giant palpebral basal cell carcinoma in a black non albinos cameroon patient. The ethnic origin, localization and macroscopic aspect are discussed. The problems connected with diagnosis and treatment of malignant tumors in Africa are noted.

Key-words: Basal cell carcinoma, eyelid neoplasms, black, Africa (Cameroon).

Carcinome baso-cellulaire géant de la paupière chez une patiente noire camerounaise

Les carcinomes baso-cellulaires cutanés en général et palpébraux en particulier sont supposés être rares chez les patients de race noire. Ils se présentent fréquemment en Europe sous l'aspect d'un petit nodule palpébral induré, parfois ulcéré et ferme. Les auteurs décrivent un carcinome baso-cellulaire palpébral géant survenu chez une patiente noire camerounaise non albinos. Le terrain de survenue, la localisation et l'aspect macroscopique de la tumeur sont soulignés. Les différents problèmes rencontrés dans le traitement des tumeurs malignes en Afrique sont discutés.

Mots-clés : Carcinome baso-cellulaire, paupière, race noire, Afrique (Cameroun), tumeur des paupières.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CBC : Carcinome baso-cellulaire cutané

CE : Carcinome épidermoïde (spino-cellulaire)

AV : Acuité visuelle

INTRODUCTION

Le carcinome baso-cellulaire cutané (CBC) est le cancer le plus répandu dans le genre humain [1]. Mais il semblerait que les cancers cutanés soient rares chez les individus de race noire [2].

Le CBC du versant cutané palpébral représente 90 % des tumeurs malignes de la paupière et de sa région chez le caucasien. Il y est par ailleurs dix fois plus fréquent que le carcinome épidermoïde (CE) [3].

Dans les pays industrialisés ayant une population d'origine européenne, le CBC palpébral est précocement diagnostiqué, prenant alors l'aspect d'un petit nodule ferme parfois induré et ulcéré, localisé sur la paupière inférieure ou le canthus médial [3]. Par contre, les cancers sont généralement de diagnostic tardif en Afrique noire du fait de négligences, et se présentant sous forme d'énormes masses tumorales.

Nous rapportons un carcinome baso-cellulaire géant diagnostiqué chez

une patiente noire camerounaise. L'intérêt du cas clinique réside dans le terrain de survenue (patiente de race noire non albinos), la localisation (prédominance dans le canthus externe), et l'aspect macroscopique (tumeur géante) inhabituels.

OBSERVATION

La patiente B.E., paysanne âgée de 56 ans, se présentait en consultation ophtalmologique à l'hôpital central de Yaoundé. L'examen oculaire mettait en évidence une énorme masse tumorale occupant la paupière inférieure de l'œil droit dans sa totalité, à l'exception d'une infime portion interne (*fig. 1*). On remarquait aussi l'extension de cette tumeur vers le canthus externe, le rebord orbitaire, et le 1/3 externes de la paupière supérieure (*fig. 2*). L'examen obligatoirement limité du fait d'une prise en masse complète des paupières, laissait deviner une intégrité du globe et de l'orbite. La tumeur semblait plus s'étendre vers le massif facial autour de l'angle externe qu'en profondeur vers l'orbite.

L'aspect macroscopique de la masse était celui d'une tumeur végétante et bourgeonnante, avec de multiples nodules exophytiques et des plaques hémorragiques lui conférant une couleur rougeâtre (*fig. 1 et 2*). On remarquait par endroits des foyers d'exsudat purulent. À l'inspection de la tumeur, la recherche de perles épithéliales s'est avérée négative.

Le recouvrement de l'axe optique cornéen par la formation tumorale et la paupière occasionnait une restriction de la motilité oculaire et empêchait toute mesure de l'acuité visuelle (AV). On notait aussi l'absence d'adénopathies régionales prétragiennes et sous-angulo-maxillaires. L'AV de l'œil gauche était mesurée à 10/10, sans lésions pathologiques. La durée de l'évolution était estimée par la patiente à environ 6 mois, le recours à de multiples traitements traditionnels s'étant avérés infructueux.

La NFS était normale. Malheureusement, le patient n'a pu bénéficier d'un scanner, car il est parti de lui-même avant que celle-ci ait pu être faite. Sur la radiographie standard, pas d'atteinte osseuse du massif osseux craniofacial. Il a été effectué une biopsie chirurgicale à ciel ouvert, geste le plus simple à faire compte tenu de la facilité d'accès à la lésion. Aucun geste d'excision n'a pu être tenté. L'examen histopathologique permettait de mettre en évidence des images typiques de carcinome baso-cellulaire cutané (amas de cellules basophiles régulières entourés par une basale). Des illustrations iconographiques de l'histologie ne purent être obtenues par manque de moyens techniques.

Le traitement chirurgical radical était alors proposé à la patiente qui s'évadera de l'hôpital par crainte de l'exentération et probablement aussi pour des raisons financières.

COMMENTAIRES

Les cancers de la peau (carcinomes baso-cellulaire et spino-cellulaire) sont plus fréquents au sein de la population d'origine caucasienne. L'incidence la plus forte au monde se situe dans l'état du Queensland en Australie : 1 000 cas pour 100 000 habitants par an [4]. Il n'existe pas de travaux approfondis et définitifs sur l'incidence et/ou la prévalence des cancers cutanés au sein des populations noires africaines. Néanmoins, toutes les études menées en milieu hospitalier africain notent la relative rareté de ces tumeurs malignes comparativement aux pays à fort peuplement caucasien [2].

En France, 89 % des CBCs sont localisés sur le visage [5]. Aux États-Unis, 85 % des CBCs se trouvent sur la région cervico-cranio-faciale, alors que 90 % des tumeurs malignes péri orbitaires sont des CBCs [6, 7]. En Afrique noire, au niveau cutané palpébral, on dénombre un « épithélioma baso-cellulaire » pour dix



1 2



Figure 1 : Vue de face d'une énorme tumeur de forme grossièrement triangulaire, dont la base a une dimension d'environ 6 cm. La hauteur est de 4 cm. La croissance tumorale est multinodulaire et exophytique. L'hypoténuse s'étend sur 8 cm environ.

Figure 2 : Vue de côté, la forme de la tumeur est ovoïde-rhomboidale. Des plaques hémorragiques essaiment sur la surface de la formation tumorale.

carcinomes épidermoïdes [8]. Ce rapport est l'inverse de celui rencontré dans les pays tempérés [9].

L'exposition au rayonnement solaire constitue un facteur étiologique fondamental dans la survenue des carcinomes de la peau en général et des paupières en particulier [10]. Le CE cutané serait lié à l'exposition prolongée et continue aux ultraviolets solaires surtout lors des activités professionnelles en plein air. Par contre, le CBC découlerait d'une exposition intermittente au rayonnement solaire, par exemple lors des loisirs [10]. L'une des preuves du rôle primordial étiologique joué par le rayonnement solaire est la localisation préférentielle de ces tumeurs sur certains sites anatomiques (face, cou, oreilles et cuir chevelu) plus exposés [11]. Les patients ayant une grande aptitude au bronzage « good tanners », et munis d'une peau épaisse sont protégés contre la survenue des cancers de la peau [10]. On estime en général que la forte pigmentation cutanée des africains noirs les protégerait contre les carcinomes cutanés. L'albinisme constituerait dans ce contexte un facteur de risque [12].

Nous avons dû effectuer un diagnostic différentiel avec trois types de tumeurs : carcinome épidermoïde, carcinome trabéculaire et tumeur de la glande lacrymale. À l'opposé de notre observation, le carcinome épidermoïde est infiltrant et d'évolution rapide. La croissance relativement rapide de la tumeur et son caractère multinodulaire ont permis d'infirmier le diagnostic de carcinome trabéculaire. L'absence d'exophtalmie et de destruction osseuse, ainsi que l'anamnèse sur la dynamique du processus tumoral (localisation et morphologie initiales, progression) éliminent une tumeur maligne de la glande lacrymale.

La nature de la cellule pluripotentielle qui est à l'origine du CBC est inconnue. La genèse du processus malin baso-cellulaire diffère du spinocellulaire qui comporte trois stades : initiation, promotion, et conversion [13]. On estime classiquement que le CBC ne peut se développer à partir d'un papillome ou une kératose actinique. Le CBC semblerait survenir *de novo*, sans lésion préalable, mais la transformation de la kératose solaire en CBC est possible pour certains auteurs [14]. Il ne se rencontre pas sur l'épithélium non-cutané [13].

Comme le démontre notre cas clinique (stade T3 de la classification TNM des tumeurs de la peau : lésion dépassant 50 mm), les CBCs provoquent exceptionnellement des métastases même à une phase avancée. Celles-ci se rencontrent dans 28 cas pour 10 000 patients [15].

Plus que partout ailleurs, le traitement des tumeurs malignes rencontre en Afrique des problèmes d'ordres différents : culturels, financiers et thérapeutiques. Les patients sont en effet culturellement portés vers la médecine traditionnelle. Face à une affection dont l'évolution est irrémédiable en dépit de multiples traite-

ments, le guérisseur à tendance à puiser dans la cosmogonie traditionnelle pour expliquer l'origine de la maladie. On a ainsi vite fait d'imputer l'affection à un sort jeté par une relation quelconque, surtout de proche parenté. Le recul de 6 mois peut paraître court, mais il est rapporté tel que le patient l'a déclaré. L'hypothèse la plus probable compte tenu d'une crainte irraisonnée fréquente de la population envers le médecin, est celle d'une sous-évaluation de la durée pour éviter toute remarque à ce sujet. Le long et durable circuit de la médecine traditionnelle explique souvent le diagnostic tardif de la tumeur. À ce stade, le traitement devient relativement plus difficile et plus mutilant. En l'absence d'une assurance maladie effective, les malades ne disposent pas souvent de moyens leur permettant de faire face au coût de leur thérapeutique.

Un CBC palpébral aux dimensions semblables à notre cas clinique a déjà été rapporté [16]. L'ablation chirurgicale est la méthode thérapeutique de choix. Elle permet une étude complète de la pièce et un contrôle de la marge d'exérèse. Les radiations sont une alternative à la chirurgie, mais peuvent aussi être utilisées à titre complémentaire [16]. L'ablation de ces tumeurs volumineuses doit néanmoins souvent être associée à un geste plastique.

Plusieurs méthodes ont démontré leur intérêt pour le traitement des tumeurs de petites dimensions : résection chirurgicale, radiothérapie et cryothérapie [17-19]. Traiter un CBC de petite taille est bien plus économique et efficace que traiter une tumeur étendue.

597

CONCLUSION

Le CBC palpébral est une tumeur rare chez les patients de race noire. Ce cancer peut prendre des proportions considérables du fait du diagnostic tardif, malheureusement fréquent en milieu tropical africain. Le traitement devient parfois très difficile, en raison de l'interférence de données culturelles irrationnelles (liées au recours de la médecine traditionnelle) auxquelles s'ajoutent des contraintes matérielles qui peuvent aller jusqu'à rendre impossible toute action thérapeutique.

RÉFÉRENCES

1. Cancer statistics. 1992. CA, 1992;42:3620.
2. Oettle AG. Skin cancer in Africa. Natl Cancer Inst, 1963;10:197-214.
3. Colliac JP. carcinome baso-cellulaire des paupières. L'ophtalmologie en questions 1992;18:3.
4. Stenbeck KD, Balanda KP, Williams MJ, Ring IT. Patterns of treated non-melanoma skin cancer in Queensland-the region with the highest incidence rates in the world. Med J Aus, 1990;153:511-5.
5. Civatte J, Blanchet P. Les épithéliomas. EMC Dermatologie, 1976; 12:750.

6. Kord J, Cotel W, Prosper S. Metastatic basal cell carcinoma. *J Dermatol Surg Oncol*, 1982;8:604-8.
7. Ferry A. The eyelids. In: Sorsby A, editors. *Modern ophthalmology*. Philadelphia: JB Lippincott; 1972. p.833-853.
8. Discamps G, Doury JC, Chovet M. Contribution à l'étude statistique des cancers oculo-orbitaires en Afrique. À propos de 460 observations. *Med Trop*, 1972;32:385-401.
9. Henkind P, Friedman A. Cancer of the lids and ocular adnexa. In: Andrade R, Gumpert SL, Popkin GL, Reese TD, editors. *Cancer of the skin*, Vol 2. Philadelphia: WB Saunders; 1976. p.1354-1371.
10. Rosso S, Zanetti R, Martinez C, Tormo J, Schraub S, Sancho-Garnier H, et al. The multicentre south european study " Helios " II: different patterns in the aetiology of basal cell and squamous cell carcinomas of the skin. *Br J Cancer*, 1996;73:1447-54.
11. Franceschi S, Levi F, Randimbison L, La Vecchia C. Site distribution of different types of skin cancer: new aetiological clues. *Int J Cancer*, 1996;67:24-8.
12. Pitche P, Tchamdja S, Napo-Koura G, Bakonde P, Kpodzro K, Tchangaï-Walla K. Les cancers cutanés en consultation dermatologique à Lomé au Togo. *Med Afr Noire*, 1997;1:15-7.
13. Miller SJ. Aetiology and pathogenesis of basal cell carcinoma. *Clin Dermatol*, 1995;13:527-36.
14. Marks R, Rennie G, Selwood T. The relationship of basal cell carcinomas and squamous cell carcinomas to solar keratoses. *Arch Dermatol*, 1988;124:1039-42.
15. Weedon D, Wall D. Metastatic basal cell carcinoma. *Med J Aust*, 1975;2:177-9.
16. D'Hermies F, Barraco P, Elmaleh C, Garnier-Favre A, Lefranc D, Pouliquen Y. Carcinome baso-cellulaire géant de la paupière. *J Fr Ophtalmol*, 1989;3:240-3.
17. Ducasse A, Desphieux JL, Pluot M, Ségal A. Les tumeurs malignes de paupière. Aspects cliniques, histopathologiques et prise en charge chirurgicale. *Ophtalmologie*, 1995;9:362-6.
18. Buatois F, Coquard R, Pica A, Bardet N, Grange JD, Remainstaing P, Gerard JP. Traitement des carcinomes de paupière de 2 cm ou moins par radiothérapie de Contact. *J Fr Ophtalmol*, 1996;19:405-9.
19. Anders M, Spörl E, Krantz H, Mathäus W, Seiler T. Kryotherapie von lidtumoren. *Ophtalmologie*, 1995;92:787-92.