

**CARCINOME ÉPIDERMOÏDE CONJONCTIVAL(CEC) ET VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE ACQUIS (VIH SIDA): ÉTUDE ÉPIDÉMIO-CLINIQUE DE 26 DOSSIERS AU SERVICE D'OPHTALMOLOGIE DU CHU DE TREICHVILLE (ABIDJAN-COTE D'IVOIRE).**

**Auteurs**

C.R BERETE.  
L.J. KOUASSI.  
F. COULIBALY.  
K.S. KOUAKOU.  
K. GBE.  
A. FANNY.

**Service**

Service d'Ophtalmologie du  
CHU de Treichville BP V3  
Abidjan - Côte d'Ivoire

**Correspondance**

BERETE COULIBAY Rokia  
e-mail: berete1rokia7@hotmail.fr

**RÉSUMÉ**

Il s'agit d'une étude transversale prospective et descriptive réalisée au service d'ophtalmologie du CHU de Treichville de Juillet 2007 à Juin 2011. Vingt-six (26) patients inclus présentaient une tumeur du globe oculaire et /ou des annexes. Une imagerie, un examen histopathologique et une sérologie VIH ont été pratiquées. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel EPI info version 6.0.

**Résultat :** On note une légère prédominance du sexe féminin (57,69%). L'âge moyen était de 42,32 ans. Les tumeurs intraorbitaires étaient le motif de consultation le plus fréquent soit 38,46%. Les tumeurs conjonctivo-limbiques localisées ont été retrouvées dans 11 cas (42,38%). Les tumeurs évoluées avec extension régionale et ou cérébrale représentaient 34,61 % des cas. 20 patients (76,92%) étaient séropositifs. Le taux de lymphocyte CD4 était inférieur à 200 chez 45%. Le délai moyen de suivi était de 29 mois.

**Commentaire:** Cette étude a permis d'établir un lien statistiquement significatif entre la séropositivité au virus VIH sida des patients et la survenue de carcinome épidermoïde d'une part ( $p= 10^{-4}$ ), l'effondrement du taux de CD4 et la progression de la maladie ( $p=10^{-3}$ ) d'autre part.

**Mots-clés :** Conjonctive, Carcinome épidermoïde, Virus de l'immunodéficience acquise, Rayons ultra-violet.

**SUMMARY**

*This is a prospective and descriptive cross sectional study carried out in the Ophthalmology Department of the University Hospital of Treichville from July 2007 to June 2011. Twenty six (26) patients who presented a tumor of the eyeball and /or of the appendages. A CT scan, histopathological examination and HIV serology were performed in all cases HIV serology was performed after consent. Statistical analysis was performed using the software program EPI info version 6.0.*

**Results :** *We note a slight predominance of female patients (57.69%). The mean age was 42.32 years. Intra orbital tumors were the most common reason for advanced tumors with regional or cerebral extension accounted for 34.61 % of cases. 20 patients (76.92%) HIV positive patients. CD4 lymphocyte typing was performed in seventeen patients 85% and 45% had a CD4 count below 200 lymphocyte in 45%. The average follow-up time was 29 months.*

**Comment :** *This study allowed to establish a statistically significant link between the HIV positive status of patients and the occurrence of squamous cell carcinoma on the one hand ( $p = 10^{-4}$ ), the collapse of the CD4 count and progression of the disease ( $p = 10^{-3}$ ) on the other hand.*

**Key words :** *Conjunctiva, Squamous cell carcinoma, Acquired immunodeficiency virus, Ultra-violet rays.*

## INTRODUCTION

Les CEC (carcinomes épidermoïdes conjonctivaux) sont des tumeurs malpighiennes différenciées [1]. Ce sont des tumeurs malignes rares à distribution mondiale. Leur incidence est en hausse en Afrique tropicale du fait de la nocivité des rayons ultra- violets. En Afrique subsaharienne on note l'apparition de formes évoluées et graves avec la recrudescence de l'infection au virus de l'immunodéficience acquis VIH/SIDA [2,3].

Le but de cette étude est décrire les paramètres épidémiocliniques des carcinomes conjonctivaux et d'évaluer l'impact du VIH SIDA dans la survenue du carcinome épidermoïde conjonctival.

## MATÉRIELS ET MÉTHODES

Nous avons réalisé une étude épidémioclinique transversale prospective et descriptive sur 4 ans de juillet 2007 à juin 2011.

Cette étude inclut tous les patients ayant consulté pendant la période et présentant une tumeur conjonctivale avec ou sans envahissement locorégionale et cérébrale avec un diagnostic histologique de carcinome épidermoïde.

Le recueil des données comportait les éléments de l'anamnèse (âge, sexe, début de la symptomatologie, les antécédents personnels et familiaux), les signes cliniques et de l'évolution, les éléments de l'examen ophtalmologique et radiographiques (scanner).

Le diagnostic anatomo-pathologique est obtenu après analyse de fragment de biopsie incisionnelle, de la pièce d'exérèse chirurgicale et ou de l'énucléation voire l'exentération. Tous les gestes chirurgicaux sont pratiqués sous anesthésie générale. Les prélèvements ont été fixés au formol avant leur acheminement au service d'anatomopathologie

La sérologie VIH Sida a été pratiquée après un consentement éclairé des patients

avec dans certains cas le typage des lymphocytes CD4.

La chimiothérapie topique ou générale néoadjuvante ou adjuvante a parfois été utilisée.

L'analyse statistique a été réalisée par le logiciel épi-info version 6.0 et comparaison statistique utilisant le test de chi2 avec un seuil de significativité fixé à 5%.

## RÉSULTATS

### 1. Epidémiologiques

On note 15 patients de sexe féminin (57,69%) contre 11 de sexe masculin (42,3%) avec un sexe ratio de 1,4 F / 1 H.

L'âge moyen des patients était de 42 ans, minimum 25 ans, maximum 75 ans.

Tous les patients étaient de race noire et résidaient à Abidjan (Afrique subsaharienne).

### 2. Cliniques

On note 26 tumeurs unilatérales (15 droites et 11 gauches), 11 patients n'avaient aucune perception lumineuse à l'œil atteint à l'admission soit 42,30%.

Les formes épibulbaires conjonctivo-limbiques localisées ont été retrouvées dans 11 cas soit 42,31%.

Les formes évoluées orbitaires avec exophtalmies dans 4 cas soit 15,38%.

Les tumeurs évoluées avec métastase multiples (bulbe, paupière, sinus, cerveau, ganglion) dans 11 cas soit 42,31%.

Le délai moyen d'évolution avant la consultation était de 14,28 mois.

### 3. Statut sérologique au VIH /SIDA

La sérologie VIH était positive chez 20 patients soit 76,92% (VIH 1= 13 patients, VIH 2 = 6 patients, VIH 1 et 2 = 1 patient).

Le typage des lymphocytes CD4 a été réalisé chez 17 patients soit 85% (CD4 < 200 dans 45% des cas, compris entre 200 et 500 dans 15% des cas, > 500 dans 20% des cas).

Les formes évoluées ont été retrouvées dans le groupe de patients ayant une sérologie VIH positive ainsi qu'un taux de lymphocyte CD4 inférieur à 500.

#### 4. Prise en charge

Les 11 tumeurs localisées épibulbaires ont bénéficié d'une exérèse tumorale (42,31%) associée à une chimiothérapie topique adjuvante postopératoire dans 6 cas (mitomycine C, cyclophosphamide).

Parmi les 15 cas de tumeurs évoluées orbitaires et ou cérébrale, une exentération a été pratiquée dans 2 cas de localisation orbitaire sans atteinte cérébrale suivis de chimiothérapie adjuvante soit 7,7%. Cinq tumeurs avec extension cérébrale ont bénéficié d'une chimiothérapie néoadjuvante soit 19%(2 patients 50mg de cyclophosphamide comprimé, 3 patients l'association irinotecan, cisplatine, doxorubicine. Après 2 ans de suivi, 3 patients des 5 ayant bénéficié de chimiothérapie adjuvante sont décédés soit 60%. Dix patients sont perdus de vue. La durée moyenne de suivi de nos patients était de 29 mois.

#### 5. Résultats anatomopathologiques

On note 18 cas de carcinome épidermoïde différencié invasif soit 69,23% contre 8 cas de carcinome épidermoïde in situ soit 30,76%.

### COMMENTAIRE

#### 1. La nocivité des rayons ultra-violets

Le CEC est une tumeur maligne fréquente en milieu tropical, représente 33,5% de toutes les tumeurs malignes de l'œil et annexes [2-4]. Nous avons répertorié 26 cas en 4 ans. En Martinique, 5 cas ont été décrit en 5 ans dans une population métissée (3 mélanodermes et 1 caucasien).

Le rôle des rayons ultra-violets a été évoqué dans la survenue de CEC. L'exposition solaire est unanimement admise comme prédisposant aux lésions dysplasiques

cornéo-conjonctivales, précancéreuses et, par extension aux CEC. Les rayons ultraviolets sont nocifs sur la conjonctive épibulbaire en regard de la fente de fermeture palpébrale à cheval sur le limbe [1].

#### 2. Influence de l'âge, le sexe, la séroprévalence

Il s'agit d'une pathologie des personnes âgées, survenant chez des patients de plus de 50 ans et l'apparition serait plus précoce chez les patients infectés par VIH/SIDA. Le sexe ratio est de 1 dans la littérature [1].

Dans notre série, l'âge moyen des patients est de 42,32 ans et 50 % de patients ont un âge inférieur à 50 ans avec un sexe ratio de 1,4F / 1H. La prédominance du sexe féminin dans notre série serait liée à polygamie qui expose davantage les femmes au VIH Le VIH SIDA. Le VIH induit une suppression chronique du système immunitaire par conséquent l'immunité anticancéreuse ce qui accroît le potentiel oncogène en cas de dysplasie [5,6]. Nous notons 76,92% de patients séropositifs avec un lien statistiquement significatif : carcinome épidermoïde conjonctival et VIH/SIDA ( $p=10$ ), le taux de lymphocyte CD4 et la forme clinique ( $p=10$ ).

Wadwell et al, Newton et al associent les carcinomes épidermoïdes au VIH-SIDA [3,7]. Le virus de l'immunodéficience acquis VIH/SIDA serait considéré comme un facteur de risque de survenue des carcinomes épidermoïdes conjonctivaux [8,9]. Dans notre série 45% des patients infectés par le VIH/ SIDA avaient un taux de lymphocyte T CD4 très bas et les formes très évoluées étaient retrouvées chez ce groupe de patient de façon statistiquement significative ( $p=10$ )

La dépression immunitaire semble jouer un rôle dans l'évolution de la pathologie. La transformation maligne des lésions dysplasiques conjonctivales entraînées par les rayonnements ultra-violets est plus fréquente chez les patients infectés par le VIH/SIDA [1,4,5]. De plus la polygamie

entraîne une vulnérabilité plus accrue au VIH/SIDA.

### 3. Formes cliniques évoluées avec métastase

Elles représentent 57,69% dans notre série avec une perte anatomique et fonctionnelle du globe oculaire. Des taux importants de formes évoluées ont été décrits dans d'autres séries [5,8]. Le retard diagnostique relevé dans des séries africaines pourrait expliquer la fréquence des formes évoluées [3,6,8]. Le délai entre l'apparition des signes et la première consultation est variable dans la littérature allant de 1 mois à 4 ans (Poso et al = [6]. Le délai moyen dans notre série est de 14,28 mois. Plusieurs faits pourraient expliquer ce retard diagnostique notamment la précarité des conditions sociales de nos patients, les consultations chez les guérisseurs traditionnels, l'ignorance, absence ou l'éloignement des centres adéquats de prise en charge, le dénie de la maladie.

### 4. Formes anatomo-pathologiques

Dans notre série, le carcinome in situ retrouvé chez 8 patients soit 30,76% et le carcinome différencié invasif dans 69,23% des cas. Wadwell et al ont trouvé respectivement 71,05% et 62,5% de formes invasive en Ouganda et au Malawi [3]. Penelope et al. trouvent 34,61% de carcinome invasif dans une population de 26 patients en Australie [10].

Les formes invasives associées aux métastases seraient l'apanage du sujet africain [4,8].

### 5. Prise en charge et suivi

La chimiothérapie anticancéreuse a été pratiquée chez 5 patients. C'est l'unique ressource thérapeutique dans les formes évoluées dans nos régions. La prise en charge est incomplète du fait de l'insuffisance de plateau technique, de l'absence de cryode, du fait que la radiothérapie n'est pas accessible et du

cout prohibitif de la chimiothérapie. Posos et al. font le même constat en république démocratique du Congo [8].

### CONCLUSION

Notre étude confirme le lien entre carcinome épidermoïde conjonctival et VIH/SIDA.

Les carcinomes épidermoïdes conjonctivaux sont de mauvais pronostic et posent un problème de santé publique du fait de leur prise en charge tardive, du faible niveau socio-économique des patients, de l'insuffisance voire l'inexistence de structures adéquates de prise en charge. Nous ne disposons pas de la cryothérapie. Les produits anticancéreux ont un cout prohibitif qui en limite l'utilisation.

### REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1.ACIS D., DONNIO A., AYÉBOUA L. et al. Carcinome épidermoïde conjonctival. A propos de 4 cas aux Antilles. J Fr. Ophthalmol., 2008 ;31,e9 : 533-537.
- 2.POSO MY, MWANZA JC, KAYEMBE DL. Malignant tumors of the eye and adnexa in Congo-Kinshasa. J Fr Ophthalmol. 2000 Apr; 23(4):327-32.
- 3.WADELL KM, LEWALLEN S, LUCAS SB, ATENYI-AGABBA C. and al, Herrington G; Carcinoma of the conjunctiva and HIV infection in Uganda and Malawi. Brj Ophthalmol 1996 Jun, 80(6):503-8.
- 4.MOUSSALA M, MBAKOP A, ONDOA M, MEKONGO, NDOMBE P. Diagnostic tardif des tumeurs oculo-orbitaires et medecine traditionnelle au Cameroun à propos de 2 cas. Médecine d'Afrique Noire : 1998, 45 (1).
- 5.LUCY DALTON-GRIFFIN1, PAUL KELLAM. Infectious causes of cancer and their detection. J Biol. 2009; 8(7): 67.
- 6.VERMA V, SHEN D, SIEVING PC, CHAN CC.The role of infectious agents in the etiology of ocular adhexal neoplasia. Surv Ophthalmol. 2008 Jul-Aug; 53(4): 312-31.
- 7.NEWTON R, ZIEGLER J, ATEENYI – AGABA C, BOUSARGHIN L, CASABONNE D, BERAL V et al. The epidemiology of conjunctival squamous cell carcinoma in Uganda. British Journal of Cancer (2002) 87, 301 – 308

8. POSO MY, MWANZA JC, KAYEMBE DL. Malignant tumors of the eye and adnexa in Congo-Kinshasa. *J Fr Ophtalmol.* 2000 Apr; 23(4):327-32.
9. JYOTIRMAY BISWAS, SUDHARSHAN S. Anterior segment manifestations of human immunodeficiency virus/acquired immune deficiency syndrome. *Indian J Ophthalmol.* 2008 Sep-Oct; 56(5): 363-375.
10. PENELOPE A MCKELVIE, MARK DANIELL, ALAN MCNAB, et al. Squamous cell carcinoma of the conjunctiva: a series of 26 cases. *Br J Ophthalmol* 2002 86: 168-173.

**ICONOGRAPHIE**



**a**

**b**



**c**

**Figure 1 : Formes localisées**

a) Forme gélatineuse translucide conjunctivo-cornéenne

b) Forme leucoplasique recouvert d'une plaque de kératine conjunctivo-cornéo-palpébrale

c) Forme bourgeonnante avec vaisseaux nourriciers

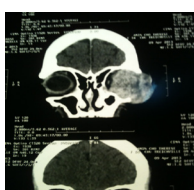


**a**

**b**



**c**



**d**

**Figure 2 : Formes orbitaires avec exophtalmie**

a) Pseudo-inflammatoire

b) Aspect de cellulite orbitaire

c) Remaniement du bulbe avec plaque de kératine

d) envahissement tumoral orbitaire au scanner



**a**

**b**



**c**



**e**



**f**

**Figure 3 : Formes évoluées avec métastases**

a) Forme bourgeonnante pseudo-kystique

b) Formes ulcérées

c) Aspect en choux fleur

d) Ulcération palpébro-frontale avec métastase hémifaciale

e et f) Formes ulcéronécrotiques