

Mélanome Malin de L'iris*

G. CHAMS¹ et G. SADOUGHI²

Les nævi pigmentaires se rencontrent fréquemment à la surface du stroma irien sous forme de petites taches brunes plus ou moins saillante pouvant rester indéfiniment stationnaire. Ils peuvent cependant dégénérer et devenir, par transformation maligne, des tumeurs mélaniques. Cet accroissement malin est très caractéristique; le stroma de l'iris dessine des plis autour du nævus. Il se rétracte et montre des signes d'atrophie. La pupille déformée est attirée vers la tumeur où peut apparaître une vascularisation. On voit même parfois les pigments se déposer dans la partie inférieure de la chambre antérieure. Ces transformations doivent être toujours notées par schémas ou photographies et la tension oculaire rigoureusement contrôlée.

OBSERVATIONS

Nous avons eu l'occasion de voir, pendant ces trois dernières années, trois cas, dont voici les observations :

Premier cas.-

M. A.I., 26 ans, sergent de gendarmerie nous consulte le 19 janvier

*) Travail de la Clinique d'Ophtalmologie, Hôpital Farabi, Téhéran.

1) Professeur d'Ophtalmologie à la Faculté de Médecine de Téhéran.

2) Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Téhéran.

1954 pour une tache saillante brun foncé située à la racine de l'iris de l'œil gauche de 4h à 5h. Elle occupe une surface de $3\text{ mm} \times 1\text{ mm}$.

A côté de cette masse on aperçoit vers 5h 1/2 une autre tache minuscule et non saillante (Planche V, Fig. 1). La vision est de 8/10 et la tension oculaire montre un chiffre normal de «20». L'iris réagit vite à l'atropine mais ne se dilate pas bien de 3h à 5h A, la lampe à fente, on découvre que cette tache est une tumeur assez volumineuse entourée de quelques fins vaisseaux et située juste à l'angle irido-coréen comme si elle venait de la partie plus profonde, sous-jacente. L'examen des urines ne montre pas de mélanines. Nous demandons au malade de revenir dans quelques mois. Il revient huit mois plus tard.

On remarque alors une masse tumorale foncée, située à la racine de l'iris de 3h 1/2 à 5h 1/2, grosse de $2\text{ mm} \times 3\text{ mm}$, et une autre masse de $1\text{ mm} \times 1\text{ mm}$ à 6h également située à la racine de l'iris. (Planche V, Fig. 2). L'iris est plissé autour de ces tumeurs et la pupille devient irrégulière sous l'atropine. La vision est de 8/10 et la tension de 20 environ.

Trois mois plus tard, le malade revient : la tumeur a avancé de 3h 1/2 jusqu'à 6h environ. Son volume a augmenté et elle a presque rejoint l'autre tumeur qui se trouvait auparavant à 6 heures. A la lampe à fente, on voit la masse mélanique serrée entre le descemet et l'iris, entourée de quelques fins vaisseaux, et quelques amas pigmentaires sur la face limbique de la cornée. On aperçoit un léger hyphema à la base de la chambre antérieure. La vision est toujours de 8/10, la tension de 20 (Planche VI, Fig. 1); il n'y a pas de mélanurie.

Devant l'accroissement très net de la tumeur et sa malignité, contrôlés par la photographie, on décide de pratiquer une iridectomie totale pour enlever la masse tumorale. La tumeur n'était pas plus profonde que la racine de l'iris : par simple iridectomie on enlève les deux tumeurs de la grosseur d'une lentille et très molles au toucher.

La coupe anatomo-pathologique après la dépigmentation et la décomposition des mélanines montre des cellules normales du genre fibro-cytaire. Ces cellules manquent de tout caractère de malignité alors que l'évolution clinique n'est pas en faveur d'un processus bénin (Planche VI, Fig. 2).

Le malade nous quitte une semaine après l'intervention, le 22 fév. 1955 avec une vision de 7/10 et une cornée bien transparente.

Nous le suivons depuis très régulièrement et son dernier examen biomicroscopique, le 12 janv. 1958 est tout à fait satisfaisant (Planche VII, Fig. 1).



Fig. 1

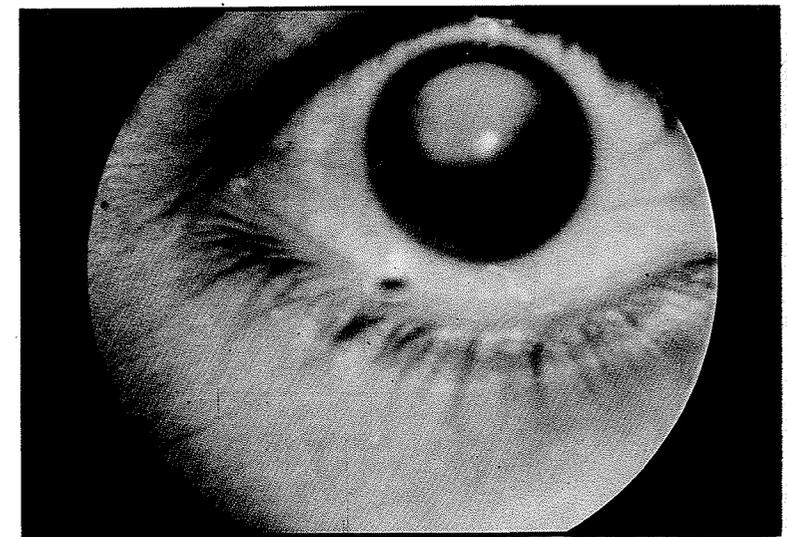


Fig. 2

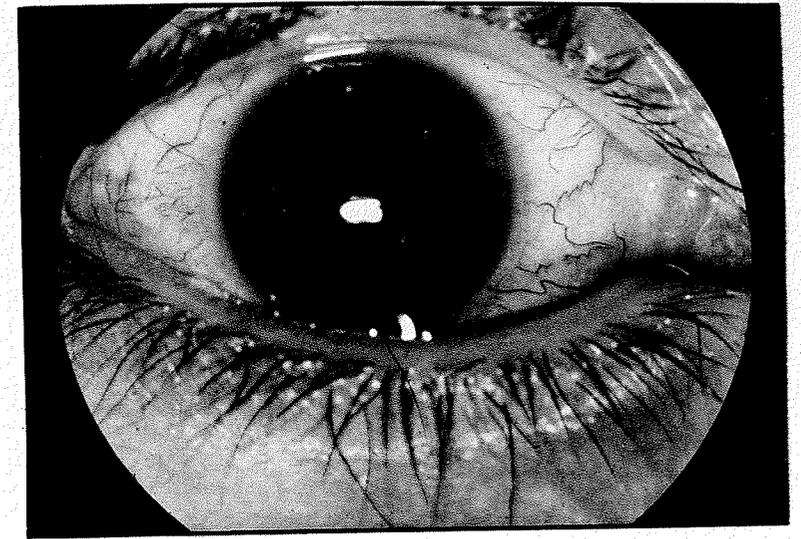


Fig. 1

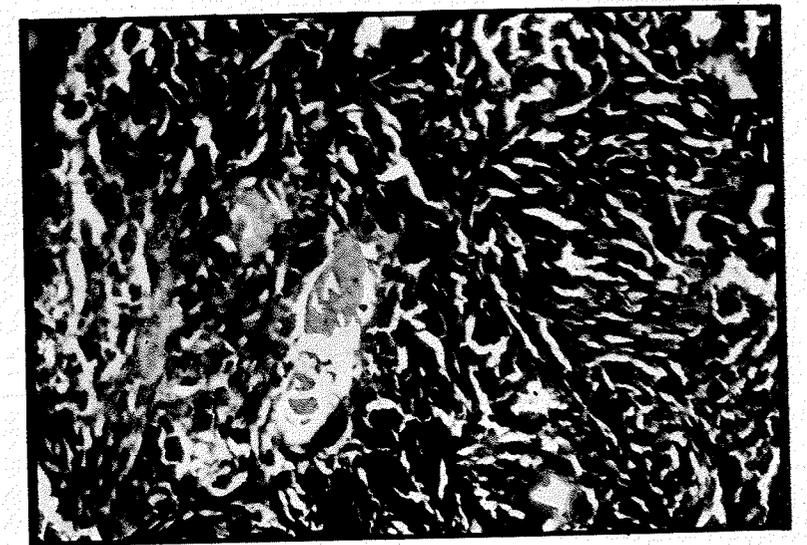


Fig. 2

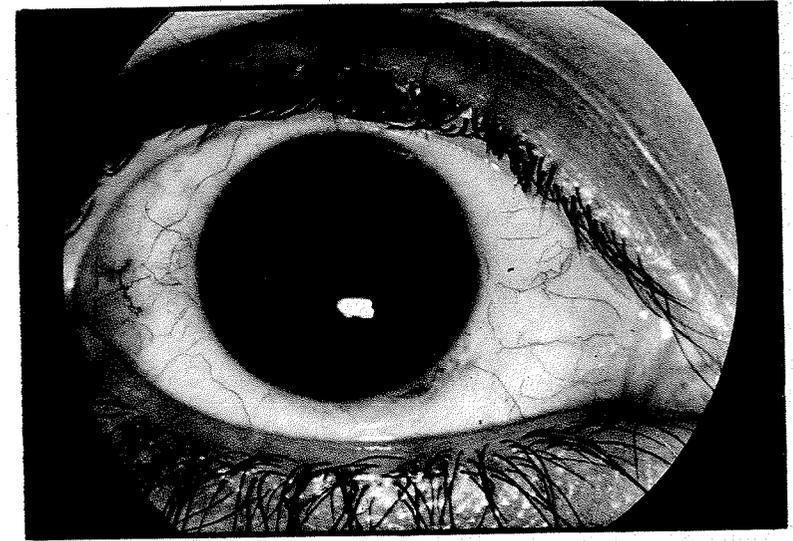


Fig. 1

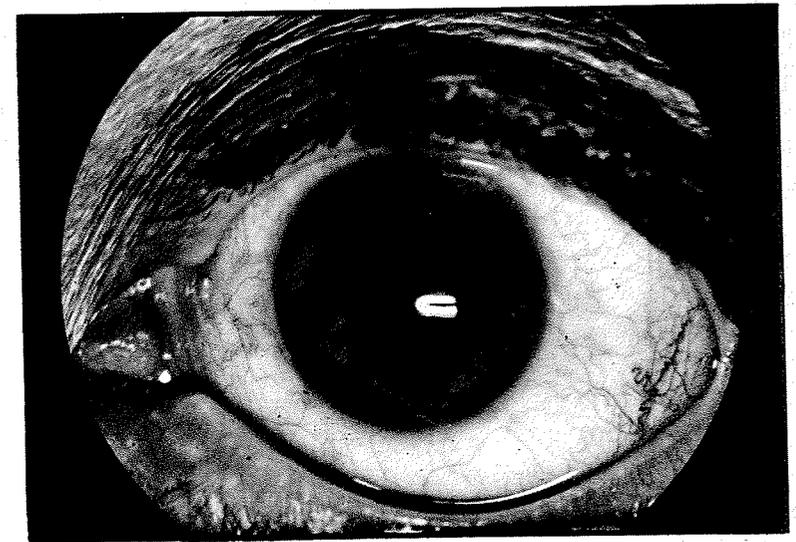


Fig. 2

Deuxième cas. -

M. G.H., 50 ans, diplomate, nous consulte le 8 nov. 1956 pour une simple conjonctivite et un vice de réfraction. On note à la racine de l'iris de l'œil gauche de 7h à 8h, une masse noirâtre d'environ 2 mm sur 1 mm. La vision est de 10/10 avec correction. Le fond d'œil est normal et la tension oculaire est de 20 au Schiötz. Pas de mélanines dans les urines.

On demanda au malade de revenir quelques mois plus tard. En juin 1957, la tumeur avait sensiblement évolué et empêchait nettement la pupille de se dilater dans la partie avoisinante. La tension oculaire était de 22. On proposa alors l'iridectomie, ce qui effraya sans doute le malade car jusqu'ici nous ne l'avons pas revu (Planche VII, Fig. 2).

Troisième cas. -

M. S.D. 22 ans, étudiant, vient nous consulter le 12 fév. 1958 pour une tache noirâtre qu'un de ses amis a cru distinguer sur son œil gauche il y a environ 2 ans. Il lui semble que depuis quelques mois elle a nettement grossi. Effectivement, on remarque une masse noirâtre, grosse comme un grain de mil située à 6h 1/2 du limbe, envahissant l'iris en même temps que la sclérotique. La conjonctive bulbaire est nettement saillante (Planche VIII, Fig. 1).

A la lampe à fente, on aperçoit cette masse qui pousse la racine de l'iris en faisant des plis minuscules et qui soulève les vaisseaux périkératiques sus-jacents. La tension de l'œil ainsi que la vision et le fond d'œil sont normaux.

Devant l'évolution très nette, nous enlevons la masse tumorale qui adhère à l'iris et envahit le limbe et la sclérotique, en faisant aussi une scléroridectomie périphérique (Planche VIII, Fig. 2).

La coupe anatomo-pathologique montre la construction tissulaire entourée d'une importante masse pigmentaire avec quelques vaisseaux périphériques dilatés et remplis de globules rouges, aspect caractéristique du nœvus sans signe de malignité.

CONCLUSION

Ces observations montrent que l'aspect clinique et l'évolution progressive du mélanome, rigoureusement suivis pendant plusieurs années, sont en faveur de la tumeur maligne, tandis que l'examen anatomo-pathologique prouve au contraire qu'il s'agit d'un processus bénin.

En effet, il est souvent difficile, en observant pour la première fois une tumeur pigmentée de l'iris, d'en affirmer la malignité. Ceci est d'ailleurs plus exact pour les tumeurs localisées de l'iris que pour les mélanomes diffus.

Plus que l'examen anatomo-pathologique qui peut parfois induire en erreur, c'est surtout l'évolution clinique, suivie bien entendu, et rigoureusement contrôlée par schémas ou photographies, qui permet d'affirmer la malignité, basée sur l'extension rapide de la pigmentation et l'apparition d'une vascularisation au niveau de la tumeur.

RÉSUMÉ

Les auteurs ont présenté trois observations des malades atteints de mélanome de l'iris, dont la malignité n'a pas été confirmée par l'examen anatomo-pathologique.

Ils ont suivi cliniquement les malades et contrôlé par la photographie l'évolution des tumeurs.

Ils estiment que dans certain cas l'évolution clinique, rigoureusement contrôlée peut mieux aider qu'un examen anatomo-pathologique, qui peut parfois induire en erreur.

SUMMARY

The authors report three cases of melanoma of the iris, where histological examination did not confirm malignancy.

They have followed up these cases clinically and taken a series of photographs.

They maintain that in certain cases the clinical progress, if carefully and strictly controlled, would render a better aid to diagnosis than a histological examination.

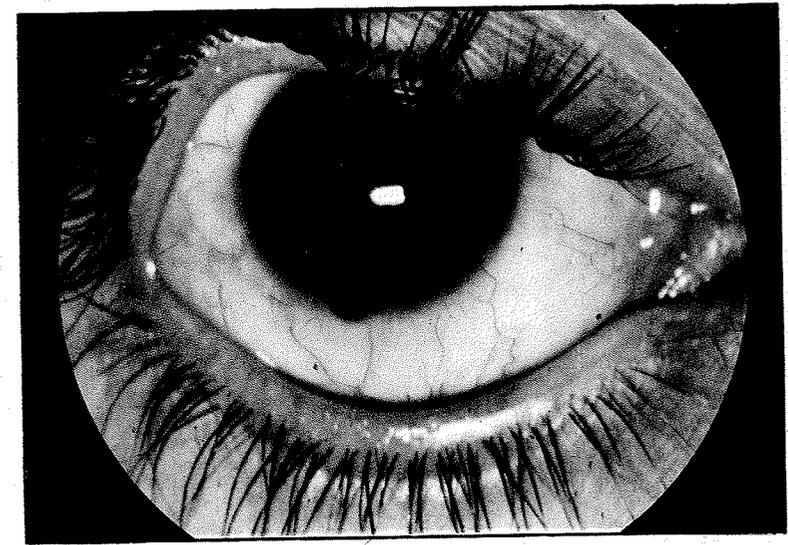


Fig. 1

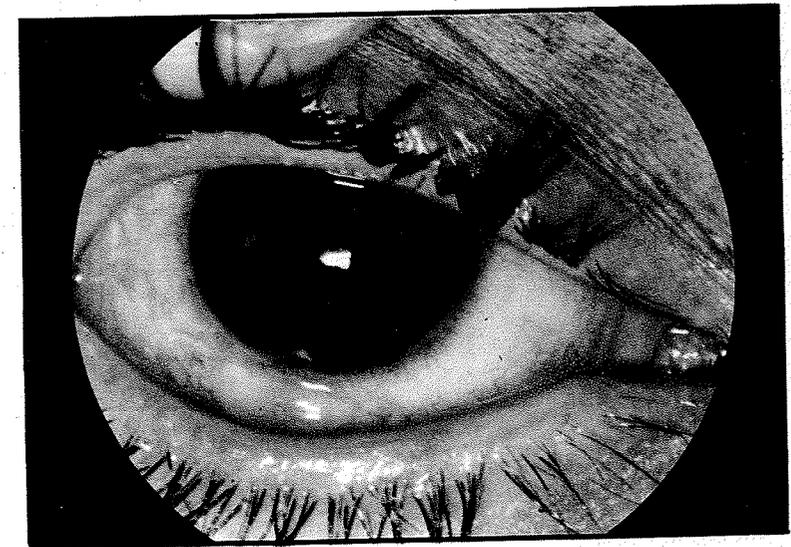


Fig. 2

BIBLIOGRAPHIE

BONNET . P. : (1911), Thèse, Lyon.

BALLIART: (1939) Nœvus pigmentaire ou mélanome de l'iris, *Traité d'opht.*, 73.

CHAVANNE et MOREAU, P.G. (1952): Mélanome malin aigu et diffus de l'iris, *S.F.O.*, 135.

DOLFUS : (1949), *Bulletin des S.O.F.*

MAWAS, J. : (1928), *Biomicroscopie de la chambre antérieure et de l'iris.*

NORDMANN : (1951), *Tumor of the eye.*

RICHARDSON : (1948), *American Journal of Opht.*

WALROVEUS, P. : (1951), *Tumeur oculaire (mélanome) d'origine iridociliaire S.F.O.*, 45.