

## Atteinte orbitaire révélatrice d'un cancer bronchique : à propos d'un cas

### Orbital disorder revealing a lung cancer: a case report

Walid Zbiba, Nadia Ben Abdesslem, Emna Bouayed, Mouna Rekik

*Service d'ophtalmologie - Centre hôpitalo-universitaire Mohamed Taher Maamouri Nabeul / Université Tunis El-Manar*

#### R É S U M É

**Introduction :** Les métastases orbitaires sont rares et elles sont encore plus rares pour être le premier signe de la maladie ce qui peut conduire à un diagnostic erroné et retarde la prise en charge.

**Observation :** Notre patient a consulté pour une diplopie et une ptose de la paupière supérieure de l'œil droit remontant à un mois, sans aucun autre signe systémique. Après un examen ophtalmologique suivi par une TDM orbitaire, le diagnostic de métastase orbitaire a été suspecté. Un complément d'exploration par imagerie et étude anatomopathologique a confirmé le diagnostic d'un cancer bronchique au stade avancé.

**Conclusion** Du fait de l'augmentation de l'incidence des néoplasies, le diagnostic de métastase orbitaire doit être évoqué chez tout patient âgé qui consulte pour une symptomatologie en rapport avec une atteinte orbitaire.

#### M o t s - c l é s

Métastase orbitaire, cancer bronchique, ptosis, diplopie.

#### S U M M A R Y

**Introduction:** Orbital metastases are rare and they are even rarer to be the first sign of the disease, which can lead to misdiagnosis and delay of management.

**Observation:** Our patient consulted for a diplopia and a ptosis of the upper eyelid of the right eye since one month, without any other systemic symptoms. After ophthalmological examination and orbital tomography, the diagnosis of orbital metastasis was suspected. Lung cancer was revealed by thoracic tomography and confirmed by an anatomopathological examination.

**Conclusion:** Because of the increased incidence of neoplasia, the diagnosis of orbital metastasis should be considered in any elderly patient who consults for symptomatology related to orbital involvement.

#### Key - words

Orbital metastasis; lung cancer ; ptosis ; diplopia.

Les métastases orbitaires sont rares [1], mais leur fréquence a augmenté ces dernières années du fait de l'allongement de la survie des patients grâce aux progrès de la chimiothérapie. Elles constituent un tournant évolutif dans la maladie et conditionnent la conduite thérapeutique.

Nous rapportons le cas d'un patient chez qui un carcinome bronchique méconnu a été révélé par une métastase orbitaire décelée par un examen ophtalmologique.

### OBSERVATION

Il s'agit d'un patient âgé de 73 ans, hypertendu, bronchitique chronique, qui a consulté pour un ptosis et une diplopie évoluant depuis 1 mois.

A l'examen ophtalmologique, on a noté au niveau de l'œil droit une exophtalmie axiale irréductible non pulsatile, un œdème inflammatoire de la paupière supérieure, un ptosis modéré (Figure 1) et le test à la néosynéprine était négatif.

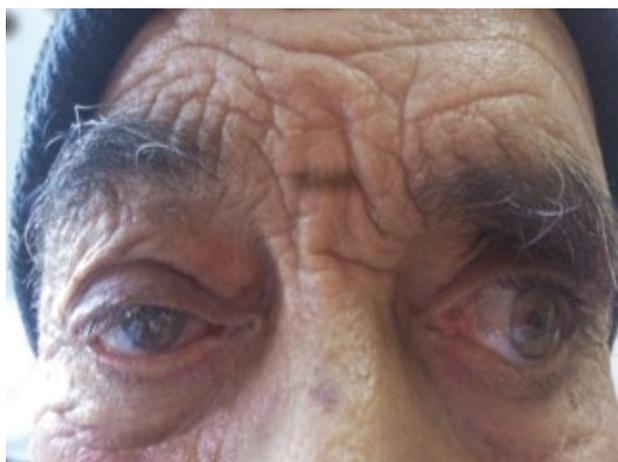


Figure 1 : Photographie du patient montrant une exophtalmie droite associée à un ptosis modéré et une limitation de l'adduction de l'œil droit.

L'étude de l'oculomotricité a objectivé une limitation de l'élévation et de l'adduction du globe droit, avec une diplopie binoculaire.

L'acuité visuelle était limitée à 1/20. L'examen du segment antérieur a objectivé une dilatation des veines conjonctivales en nasal, un tonus oculaire (TO) à 26 mm Hg, un angle irido-cornéen ouvert et sans anomalie à la gonioscopie et une cataracte cortico nucléaire assez dense. Le Reflexe photomoteur était normal avec absence de signe de Marcus Gunn. Le fond d'œil (FO) était sans anomalies, avec en particulier absence d'œdème papillaire. L'examen de l'œil gauche a montré un segment antérieur calme, un TO à 12 mm Hg, une

cataracte cortico nucléaire assez dense avec un FO sans anomalies.

Vu l'hypertonie unilatérale supérieure à 25 mmHg et secondaire à la compression veineuse orbitaire, le patient était mis sous Dorzolamide topique au niveau de l'œil droit.

Devant ce tableau clinique, on a complété par une TDM cérébro-orbitaire qui a objectivé un processus expansif orbitaire droit envahissant le muscle droit externe et supérieur avec une extension intra cérébrale et lyse osseuse évoquant une métastase orbitaire (Figure 2).

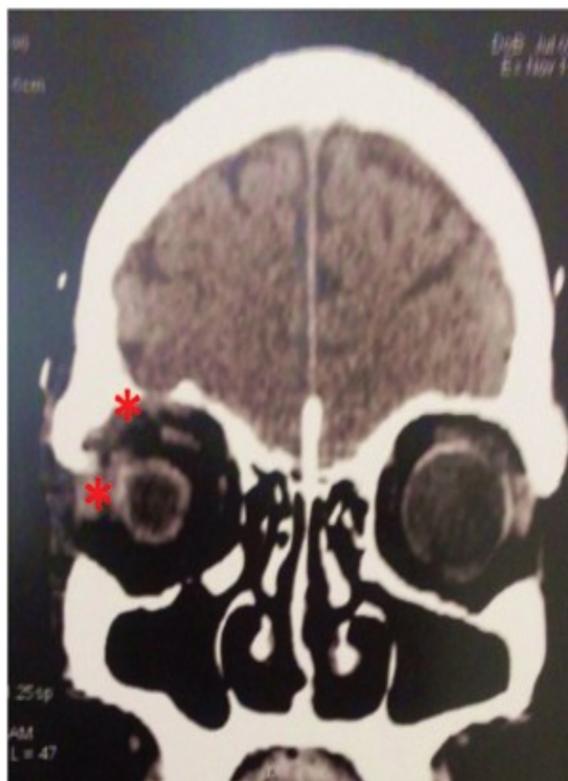
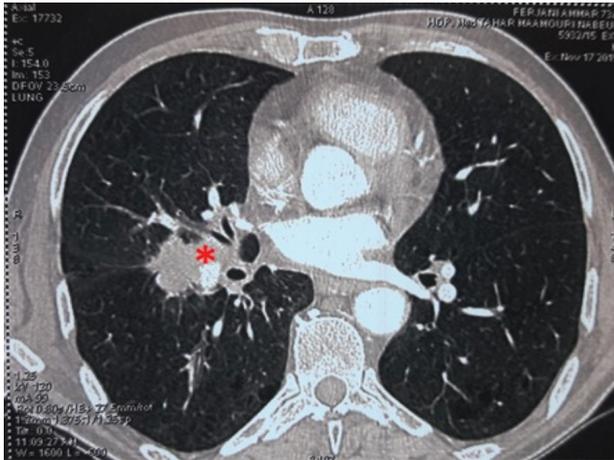


Figure 2 : TDM cérébro orbitaire du patient montrant un processus expansif orbitaire droit avec envahissement des 2 muscles et lyse osseuse du toit de l'orbite.

Une TDM thoraco-abdomino-pelvienne a été ensuite réalisée à la recherche de la primitive. Elle a objectivé un processus trilobaire pulmonaire droit (figure 3) avec une extension ganglionnaire (médiastinale et lomboaortique), surrénalienne, osseuse et musculaire. Le patient a été ensuite adressé au service de pneumologie où une biopsie bronchique a été pratiquée. L'examen anatomopathologique a conclu à un carcinome bronchique à petites cellules. Devant la présentation clinique et radiologique, le diagnostic de métastase orbitaire d'un carcinome bronchique a été fortement suspecté même sans recours à la biopsie orbitaire. Cette biopsie ainsi qu'une chimiothérapie ont été envisagées

mais le patient a été décédé six semaines après sa première consultation.



**Figure 3** : TDM thoracique du patient montrant un processus tissulaire parahilaire droit (localisation primitive pulmonaire).

## DISCUSSION

Les métastases orbitaires sont rares et concernent des patients âgés en moyenne de 40 à 60 ans [2]. Elles représentent approximativement 4% des tumeurs orbitaires mais cette fréquence est variable dans la littérature estimée entre 2% et 9% [3,4].

Elles arrivent en troisième position par ordre de fréquence après les lésions lymphomateuses (28%) et les lésions inflammatoires [5].

La plupart des métastases orbitaires de l'adulte sont secondaires à des adénocarcinomes. Le sein, le poumon et le naso pharynx sont les sites les plus fréquents [6]. Elles sont révélatrices dans 20% des cas [7].

L'origine du cancer primitif reste inconnue dans plus d'un tiers des cas [8].

Une métastase orbitaire est retrouvée chez 0,7 à 12 % des patients atteints de cancer bronchique [9]. Par contre, Une métastase orbitaire révélatrice d'un cancer bronchique est exceptionnelle [10].

Seulement quelques cas isolés similaires ont été rapportés dans la littérature [2,7] Dans notre cas, la plainte fonctionnelle ophtalmologique était au premier plan et a conduit au diagnostic d'un cancer bronchique méconnu.

Elles sont le plus souvent unilatérales mais peuvent être bilatérales [11]. La distribution orbitaire bilatérale est plus élevée pour les métastases d'origine mammaire (20%) que pour les autres origines (4%) [5].

Elles peuvent intéresser aussi bien les parois de l'orbite (atteinte osseuse) que le contenu orbitaire. Dans notre cas, les deux atteintes sont présentes.

Le signe clinique le plus fréquent est l'exophtalmie,

d'apparition rapide, souvent discrète (66% des cas) [5]. La diplopie est aussi un symptôme fréquent [7]. Un ptosis associé à une diplopie signe une atteinte musculaire comme c'est le cas pour notre patient.

D'autres anomalies à l'examen ophtalmologique peuvent se voir : ophtalmoplégie, baisse de l'acuité visuelle, douleur orbitaire, œdème papillaire et un nodule palpébral [5,7,12].

Dans notre cas, l'exophtalmie et le ptosis étaient les motifs de consultation sans plaintes fonctionnelles respiratoires. L'extension intra crânienne étaient également restée silencieuse

cliniquement et c'est la symptomatologie ophtalmique qui était révélatrice du cancer bronchique.

La TDM est le meilleur examen pour étudier les lésions des parois orbitaires ou les rapports d'une lésion intra orbitaire avec les parois [2].

Le diagnostic de certitude est basé sur la biopsie de la lésion guidée par l'imagerie avec une étude immuno-histo-chimique [13]. Dans notre cas, la biopsie orbitaire n'a pas été réalisée car l'aspect radiologique de la lésion avec l'extension intra cérébrale étaient évocateurs de l'origine secondaire de la tumeur et le diagnostic de néoplasie primitive pulmonaire était fait grâce à la TDM thoraco-abdominale confirmé histologiquement par une biopsie bronchique.

Le traitement nécessite une équipe multidisciplinaire associant l'ophtalmologiste, le pneumologue et l'oncologiste.

Le traitement chirurgical est réservé aux tumeurs uniques, bien circonscrites, n'envahissant pas les muscles extra oculaires et ne s'étendant pas vers l'apex. Le traitement de référence est la radiothérapie. La dose délivrée est de 20 à 40 Gy sur deux semaines permettant une régression de la tumeur orbitaire dans la plupart des cas [14].

Pour notre patient, le traitement envisagé était palliatif vu les métastases multiples (chimiothérapie).

Le pronostic des métastases orbitaires est réservé malgré le traitement systémique. La survie est moins de 1 an. Seulement 27% des patients survivent plus que deux ans [15].

## CONCLUSION

Du fait de l'augmentation de l'incidence des néoplasies et des traitements qui augmentent la survie des patients, le diagnostic de métastase orbitaire doit être évoqué chez tout sujet âgé qui présente une symptomatologie ophtalmologique en rapport avec une atteinte orbitaire.

L'examen ophtalmologique a été révélateur d'une métastase d'un cancer bronchique au stade avancé jusqu'au là méconnu chez notre patient.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

## REFERENCES

1. «Spraker M B, Francis C E, Korde L, et al. (June 28, 2017) Solitary Orbital Metastasis 35 Years after a Diagnosis of Lobular Carcinoma in Situ. *Cureus* 9(6): e1404. DOI 10.7759/cureus.1404.».
2. «Liangchao Sun et al. Orbital metastasis as the initial presentation of lung adenocarcinoma: a case report. *OncoTargets and Therapy* 2016;9 2743–2748».
3. «Shields JA, Shields CL, Scartozzi R. Survey of 1264 patients with orbital tumors and simulating lesions. The 2002 Montgomery lecture, part 1. *Ophthalmology* 2004 ; 111 : 997-1008.».
4. «Kagan Tun, Turgay Bulut. Triple orbital metastases from prostate cancer. *Neurologia neurochirurgia polska* 2016 ; 50 : 392-394.».
5. «F Cornelis, M Mejdoubi, V Dousset. Extension orbitaire bilatérale de métastases d'un carcinome mammaire. *J Radiol* 2007 ; 88 : 684-6.».
6. «Ray A, Aich RK, Das C , Sen P, Bhattacharaya J. Proptosis may be the only presenting feature of small cell lung cancer : a case report. *J Indian Med Assoc* 2013 ; 111 (3) : 198-9.».
7. «Munakomi S, Chaudhary S, Chaudhary P et al. Case Report: Orbital metastasis as the presenting feature of lung cancer [version 1; referees: 2 approved, 1 approved with reservations] *F1000Research* 2017, 6:430 (doi: 10.12688/f1000research.11247.1)».
8. «M. Lucereau- Barbier, S. El Falah, M. Desouter. Un adénocarcinome mammaire découvert par une métastase orbitaire : à propos d'un cas et revue de la littérature. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction* 2012 ; 41 : 96-99».
9. «Obuchowska I, Pawluczuk B, Mariak Z. Exophtalmos as a first manifestation of small cell lung cancer : a long term follow up. *Klin Oczna* 2013 ; 115 (2) :135-40».
10. «. Chaudhuri T, Yadava K. Orbital and infratemporal fossa metastasis : an unusual initial presentation of adenocarcinoma of lung. *Indian J Med Paediah Oncol* 2013 ; 34 (2) : 132-3».
11. «Tezcan Y. Bilateral orbital metastases from small cell lung cancer : a case report. *Acta Clin Belg* 2013 ; 68 (1) ; 59-61.».
12. «Mehdi Tavakoli et al. A very rare case of eyelid metastasis originating from lung adenocarcinoma. *Int Ophthalmol* 2016.».
13. «Yarovoy AA, Bulgakova ES, Shatskikh AV, Uzunyan DG, Kleyankina SS, Golubeva OV. CORE needle biopsy of orbital tumors. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*. 2013;251(8):2057–2061.».
14. «Kika ada H, Shimzu S, Uno M. An elderly case of lung cancer presenting with symptoms of orbital metastases. *Nihon Ronen Igakkai Zasshi* 2001 ; 38 (4) : 560-3.».
15. «Mori H, Maekawa N, Satoda N, et al.: [A case of primary lung cancer with initial symptoms due to orbital metastases]. *Nihon Kogyuki Gakkai Zasshi*. 2003; 41(1):19-24».