

# Association naevus et papillome de la caroncule

## À propos d'une observation anatomo-clinique

F. D'Hermies (1), A. Meyer (1), X. Morel (1), M. Halhal (1), A. Vu (1), C. Elmaleh (1), J.M. Bourgade (1), B. Cisneros (1), F. Behar-Cohen (1), H. Parent de Curzon (2), G. Renard (1)

(1) Service d'Ophtalmologie (Pr. Renard), Hotel Dieu, 1, place du Parvis-Notre-Dame, F-75181 Paris Cedex 04.

(2) Service d'Ophtalmologie (Pr. Gaudric), Hôpital Lariboisière, 2, rue Ambroise Paré, F-75475 Paris Cedex 10.

Correspondance : F. D'Hermies, à l'adresse ci-dessus.

Reçu le 26 mai 2000. Accepté le 21 septembre 2000.

### Papillomatous and nevus of the caruncle

F. D'Hermies, A. Meyer, X. Morel, M. Halhal, A. Vu, C. Elmaleh, J.M. Bourgade, B. Cisneros, F. Behar-Cohen, H. Parent de Curzon, G. Renard

*J. Fr. Ophthalmol., 2001; 24, 2: 209-212*

A 63-year-old male patient was operated of a single conjunctival papillomatous lesion located on the left caruncle. The curative tumoral excision was followed by its histological analysis. Histologically, the tumor associated an epithelial squamous papilloma with a subepithelial nevus, confirming a combination of two different lesions.

**Key-words:** Squamous papilloma, nevus, conjunctiva, caruncle, conjunctival neoplasms.

### Association naevus et papillome de la caroncule

Un patient de 63 ans présentait une néoformation papillomateuse de la caroncule gauche. L'exérèse chirurgicale a permis à la fois d'obtenir le diagnostic et de traiter définitivement le patient. Histologiquement, à un papillome malpighien épithélial expliquant bien l'apparence clinique s'associaient des thèques naeviques dans le chorion sous-jacent permettant d'affirmer un authentique naevus sous-épithélial, l'ensemble réalisant une combinaison de deux lésions distinctes naevique et papillomateuse caronculaires.

**Mots-clés :** Papillome malpighien, naevus, tumeurs de la conjonctive, caroncule.

### INTRODUCTION

Les tumeurs de la caroncule forment un groupe particulier parmi les tumeurs de la conjonctive. Beaucoup de tumeurs sont communes aux 2 sites, mais certaines ne s'observent que presque exclusivement sur la caroncule, comme les tumeurs sébacées, bénignes ou malignes ou encore les oncocytomes.

L'apparence clinique peut être évocatrice de la nature histologique de la tumeur ou bien être trompeuse et alors seule l'analyse histopathologique permet d'établir avec certitude le diagnostic. Une telle situation était réalisée chez un patient dont nous rapportons l'observation anatomo-clinique.

### HISTOIRE CLINIQUE

En avril 91, Monsieur P.L.M., 63 ans, vint consulter pour une tumeur caronculaire gauche, ayant augmenté récemment de volume. À l'examen, on retrouvait en effet une tuméfaction pédiculée, rosée, mais très légèrement pigmentée et polylobée de la caroncule gauche (*fig. 1*). Elle était entourée d'une conjonctive hyperhémique sans autres anomalies. Il n'y avait pas d'antécédents généraux notables. L'acuité visuelle corrigée était mesurée à 06/10<sup>es</sup>, Parinaud 2 des deux côtés. Le reste de l'examen ophtalmologique ne montrait pas



**Figure 1** : Aspect clinique de la lésion caronculeuse gauche. On aperçoit facilement la lésion saillante, pédiculée, à contour irrégulier et d'allure papillomateuse.

d'anomalies tant à droite qu'à gauche. L'aspect de la lésion était celle d'une néoformation papillomateuse débordant l'aire de la fente palpébrale et prise en tenaille à chaque clignement par les paupières.

Devant cet aspect clinique, compte tenu de la taille de la lésion et son caractère évolutif, il était proposé au patient une exérèse chirurgicale dans un délai relativement rapide.

L'exérèse fut réalisée sous microscope opératoire, de façon complète et sous anesthésie locale en sectionnant le pédicule au ras de son implantation caronculeuse tout en s'efforçant de réséquer une petite collerette tissulaire autour de la zone d'implantation.

Les suites opératoires furent tout à fait satisfaisantes, sans la moindre complication dans les suites immédiates.

Le patient a été perdu de vue depuis.

## ÉTUDE ANATOMOPATHOLOGIQUE

À faible grossissement, la lésion était presque entièrement visible sur la lame (*fig. 2*), où elle apparaissait comme une masse tumorale comportant de nombreux replis épithéliaux qui en formaient la bordure. Elle réalisait ainsi une véritable tumeur papillomateuse constituée en périphérie d'un épithélium hyperplasique d'architecture papillomateuse (*fig. 3*). L'épithélium constitutif était un épithélium conjonctival prenant un aspect proche de celui de l'épiderme, du fait d'une kératinisation superficielle avec parakératose. Cette partie de la lésion avait toutes les caractéristiques d'un papillome malpighien conjonctival.

À côté de cette composante épithéliale, il existait également une composante naevique plus profonde avec

de véritables thèques dans le chorion mais sans aucune composante jonctionnelle (*fig. 4*). Ces thèques se regroupaient dans le chorion sous-épithélial (*fig. 5*). On ne put constater aucune anomalie inquiétante tant cytotologique qu'architecturale. En immunocytochimie, les cellules épithéliales du papillome exprimaient leur immunoréactivité positive à la cytokératine, protéine de leur cytosquelette (*fig. 6*). Il n'a pas été possible de reconnaître de cellules à noyaux densifiés pouvant suggérer un papillome d'origine virale (*Papillomavirus*).

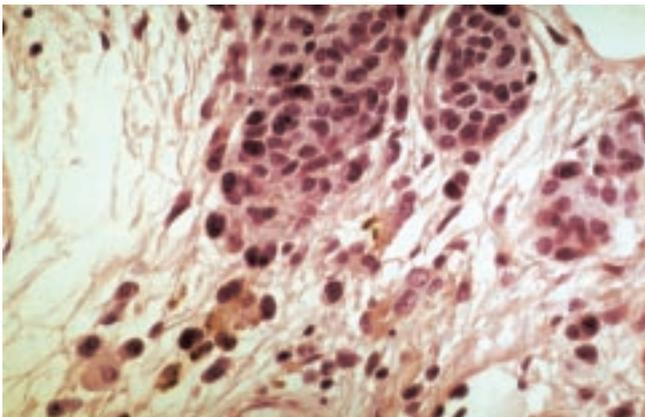
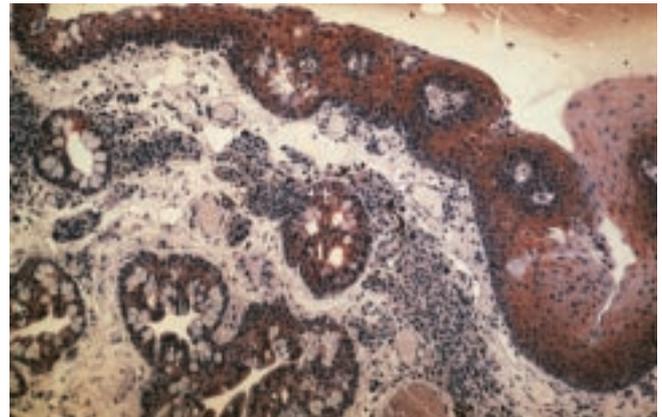
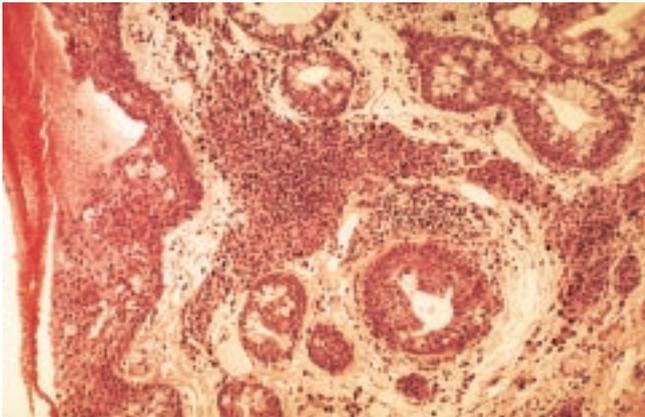
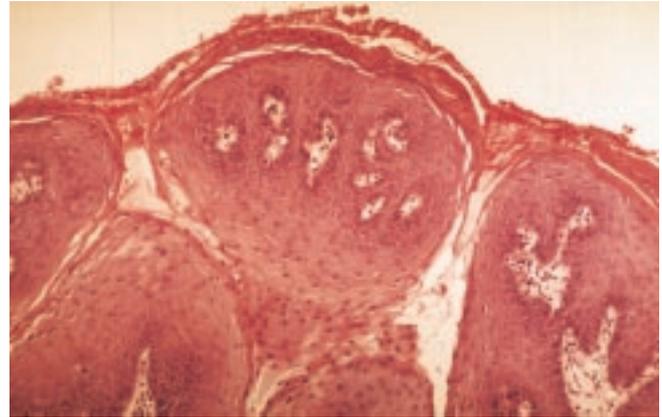
Au total, l'étude histologique a ainsi permis d'identifier un nævus sous-épithélial de la caroncule s'accompagnant d'un papillome malpighien de l'épithélium sus-jacent. On a donc ainsi pu constater l'association de proximité de deux lésions différentes.

## DISCUSSION

Site particulier du point de vue de sa constitution tissulaire, la caroncule peut être le siège de nombre de proliférations tumorales similaires à celles de la conjonctive, auxquelles s'ajoutent certaines tumeurs particulières. Au sein de la grande variété de tumeurs pouvant affecter la conjonctive, le papillome représente sans doute le prototype de la tumeur épithéliale bénigne (OMS, [1]). Ceci s'applique également à la caroncule où les papillomes s'observent volontiers. C'est une lésion assez fréquente [2, 3], dont la traduction clinique est pratiquement toujours la même. Il s'agit d'une petite arborescence en relief sur le plan sous-jacent. Le papillome épithélial bénin comporte une fine vascularisation intratumorale perceptible à travers la transparence de l'épithélium. Cet aspect est déjà en lui-même rassurant, mais le caractère purement papillomateux n'est pas en soi suffisant pour affirmer la nature purement épithéliale de ce type de lésion. En effet, si l'aspect arborescent peut et doit évoquer un papillome en première intention, cette architecture ne répond pas nécessairement à ce diagnostic unique.

Cette architecture papillomateuse peut également s'observer dans d'autres lésions comme les carcinomes in situ qui sont souvent plus denses et plus charnus, prenant une forme hémisphérique. Ils sont en règle situés au niveau du limbe, ils peuvent parfois prendre un aspect papillomateux trompeur qui peut effectivement prêter à confusion.

Cliniquement, les nævi de la conjonctive et même de la caroncule sont assez facilement reconnus lorsqu'ils sont pigmentés, bien circonscrits et connus depuis longtemps [4]. Ce diagnostic est moins facile dans les nævi achromes, où les hypothèses diagnostiques sont plus nombreuses. Chez notre patient, le nævus était inaccessible car masqué dans la base de la lésion caronculeuse épithéliale et n'a pu être décelé que par l'étude anatomo-pathologique.



2	3
4	5
6	

**Figure 2** : À faible grandissement, l'image de la tumeur superficielle (papillome) est très superposable à son apparence clinique, avec une partie large, faite de replis juxtaposés et bordée d'un épithélium épaissi (partie papillomateuse). La partie plus étroite contient avec quelques inclusions pseudokystiques dans un chorion contenant aussi des amas de cellules naeviques (lésion tumorale profonde). (X 6.25, HES).

**Figure 3** : À moyen grandissement, le papillome est bien visible. Les replis de l'épithélium sont typiques de l'architecture papillomateuse. Une kératinisation s'ébauche sous forme de parakératose en surface. (X 31, HES).

**Figure 4** : À moyen grandissement, le naevus sous-épithélial s'observe à la base de la lésion, l'épithélium est riche en cellules à mucus, moins épais et sans kératinisation. Entre les inclusions épithéliales dans le chorion s'observe un amas de cellules naeviques. (X 31, HES).

**Figure 5** : À moyen grandissement, l'étude immunohistochimique de la cytokératine (anticorps à large spectre) dans le cytoplasme des cellules épithéliales permet de retrouver la présence de cette protéine du cytosquelette dans l'épithélium de surface et de ses inclusions, sans être décelables dans les cellules naeviques. (X 31, KL1, Immunotech®).

**Figure 6** : À fort grandissement, à la base du prélèvement dans la partie naevique, les thèques naeviques sont bien dessinées. (X 62, HES).

Dans la lésion observée chez notre patient, il y a association de deux lésions différentes et immédiatement voisines. La question est donc de savoir s'il s'agit d'une vraie association de 2 lésions différentes ou d'une seule et même lésion, variante particulière anatomoclinique d'une lésion plus ordinaire. L'hypothèse la plus vraisemblable est dualiste. En effet, il est peu vraisemblable que le nævus sous-épithélial, équivalent muqueux d'un nævus dermique, puisse s'accompagner, comme parfois celui-ci [5, 6], d'une hyperplasie papillomateuse (« verruqueuse ») de l'épithélium (épiderme dans la lésion cutanée) qui le recouvre. Cette situation n'a d'ailleurs jamais été rapportée antérieurement. Certes, dans un papillome conjonctival habituel il existe un caractère vasculaire arborescent marqué typique, moins net dans notre observation. Mais le caractère saillant a probablement épaissi l'épithélium et rendu celui-ci moins transparent aux vaisseaux. Le nævus papillomateux dermo-épidermique intrique davantage les éléments naeviques cloisonnés par les travées épidermiques que ce nævus sous-épithélial chapeauté par un papillome. La situation caronculaire est également particulière, la couverture palpébrale y est courte et dès qu'une lésion atteint une certaine taille, elle dépasse les capacités de couverture palpébrale et perd de ce fait son environnement muqueux normal. L'association de deux lésions différentes mais très proches répond donc au mieux au diagnostic dans le cas que nous rapportons.

## CONCLUSION

La caroncule est un site où peuvent s'observer à la fois les papillomes et les nævi naevocellulaires. La coexistence de ces deux anomalies (papillome et nævus) au sein d'une même pièce d'exérèse souligne bien la possibilité de pouvoir observer des lésions distinctes cohabitant un même organe. Le caractère clinique trompeur et l'intérêt majeur de l'analyse histopathologique dans la compréhension de la nature des lésions en cause affirme une fois de plus que l'histopathologie est le partenaire incontournable de l'oncologie ophtalmologique.

## RÉFÉRENCES

1. Zimmerman LE, Sobin LH, (éd.). Types histologiques des tumeurs de l'œil et de ses annexes. OMS Genève. 1980;25-36.
2. Grossniklaus HE, Green WR, Luchenbach M, Chao chan C. Conjunctival lesions in adults. A clinical and histologic review. *Cornea*, 1987;6:78-116.
3. Char DH. Conjunctival malignancies: diagnosis and treatment in Char D.H. ed. *Clinical Ocular Oncology*. Churchill Livingstone, New-York. 1989;63-87.
4. D'Hermies F, Morel X, Meyer A, Dighiero P, Elmaleh C, Pouliquen Y, Renard G. Association naevus et kératite herpétique séquellaire. À propos d'une observation anatomoclinique. *J Fr Ophthalmol*, 1999;22,1:106.
5. Bentley-Phillips CB, Marks R. The epidermal component of melanocytic nevi. *Cutan Pathol*, 1976;3:190-4.
6. Lever WF, Schaumburg-Lever G. *Histopathology of the skin* (6<sup>e</sup> édition). Philadelphie, Lippincott, 1983, 848p.