

# Usurpation d'identité clinique : Carcinome spinocellulaire de la paupière diagnostiqué antérieurement comme une bosse oculaire

**Sanjeet Kaur Virk**

**D.O., F.A.A.O.**

Clinique externe communautaire  
Ocala West, North Florida/  
South Georgia Veteran Health  
Administration, Ocala, Florida

**April J. Stursma D.O.**

Clinique externe communautaire  
Ocala West, North Florida/  
South Georgia Veteran Health  
Administration, Ocala, Florida

**Brian D. Fisher D.O.**

The Villages VA  
Outpatient Clinic,  
North Florida/South Georgia  
Veteran Health Administration,  
The Villages, Florida

**Alexis Rodriguez D.O.**

Gainesville VA  
Optometry Clinic,  
North Florida/South Georgia  
Veteran Health Administration,  
Gainesville, Florida

## Résumé

Les tumeurs malignes de la paupière sont souvent difficiles à diagnostiquer à un stade précoce et peuvent poser un défi sur le plan clinique. En raison de la prévalence élevée des cancers de la peau périoculaire, les cliniciens doivent être très attentifs dans leur évaluation des lésions cutanées. Un homme de 83 ans sans aucun antécédent de tumeur maligne présentait une lésion non cicatrisante et en croissance rapide de la paupière inférieure gauche. Après une référence en oculoplastique, on a diagnostiqué chez le patient un carcinome spinocellulaire sans métastase ni invasion des tissus de la couche profonde. La prise en charge a nécessité une exentération orbitaire gauche, suivie d'une radiothérapie.

Ce cas illustre l'évolution clinique et la nature invasive du carcinome spinocellulaire périoculaire. Bien que ce carcinome puisse se présenter sous diverses formes, la plupart sont des lésions hyperkératosiques indolores qui évoluent et deviennent progressivement ulcéreuses. Il est essentiel d'avoir des antécédents détaillés et de procéder à un examen clinique minutieux pour détecter la malignité en temps opportun.

## MOTS CLÉS

néoplasme oculaire, carcinome spinocellulaire, métastase, radiothérapie, oculoplastie

## INTRODUCTION

Les cancers de la peau périoculaire représentent plus de 90 % de l'ensemble des tumeurs ophtalmiques.<sup>1,2</sup> Les tumeurs malignes périoculaires de la paupière posent des défis uniques aux cliniciens car elles sont souvent difficiles à reconnaître et à diagnostiquer au début de la présentation.<sup>3</sup> En particulier, le carcinome spinocellulaire peut se présenter sous différentes formes, mais le plus souvent comme des lésions hyperkératosiques indolores qui évoluent et deviennent progressivement ulcéreuses.<sup>3</sup> Dans le diagnostic du carcinome spinocellulaire, une indentation ou érosion du bord palpébral ou un nodule squameux peut s'observer.<sup>4</sup> Les autres symptômes comprennent une madarose, une télangiectasie, une ulcération, une distorsion du bord palpébral, une augmentation de la pigmentation et un ectropion secondaire ou une rétraction.<sup>1</sup> Ces lésions malignes de la paupière sont plus souvent présentes sur la paupière inférieure que dans les régions canthales supérieures, médiales ou latérales.<sup>3</sup> Les cliniciens doivent connaître ces indications cliniques du carcinome spinocellulaire car il peut acquérir un potentiel malin métastatique et constitue la deuxième malignité palpébrale la plus courante. Il représente de 5 à 10 % de toutes les tumeurs malignes de la paupière, avec une incidence de 0,09 à 2,42 cas par 100 000.<sup>5</sup> Il est impératif de poser un diagnostic rapide, car les lésions malignes peuvent créer une invasion et se métastaser rapidement par l'infiltration des ganglions lym-

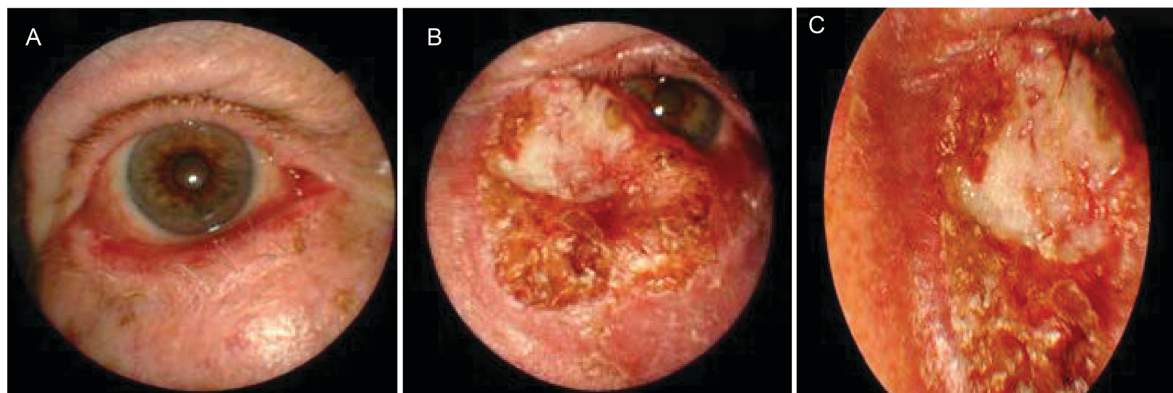
phatiques périneuraux et régionaux. Les taux de métastase vont de 10 % jusqu'à 20-25 %.<sup>6</sup> Le carcinome spinocellulaire, en tant que tumeur neurotrophique, peut envahir l'espace périneural de la région périoculaire - on parle d'invasion périneurale.<sup>2</sup> Cette région abrite de fortes densités de nerfs moteurs et sensoriels, qui permettent ainsi au carcinome spinocellulaire de se propager à l'orbite et à la cavité intracrânienne par les branches du trijumeau et des nerfs moteurs faciaux et extraoculaires.<sup>5,7,8</sup>

#### RAPPORT DE CAS

Un homme blanc de 83 ans a présenté à son fournisseur de soins primaires une nouvelle lésion non cicatrisante sur sa paupière inférieure gauche. Il l'a décrite comme ayant commencé comme une bosse qui a évolué et s'est élargie en l'espace de plusieurs mois. Le fournisseur de soins primaires a prescrit des antibiotiques oraux pour traiter une cellulite oculaire présumée. Après quelques jours, en l'absence d'amélioration clinique, le patient a été référé à notre clinique optométrique. Ses antécédents médicaux étaient positifs pour la myasthénie gravis (plus de 20 ans), l'hyperglycémie, l'ostéoartrite chronique, l'hypertension et la maladie pulmonaire obstructive chronique. Ses antécédents oculaires étaient positifs pour la myasthénie oculaire, l'ectropion cicatriciel et les cataractes liées à l'âge.

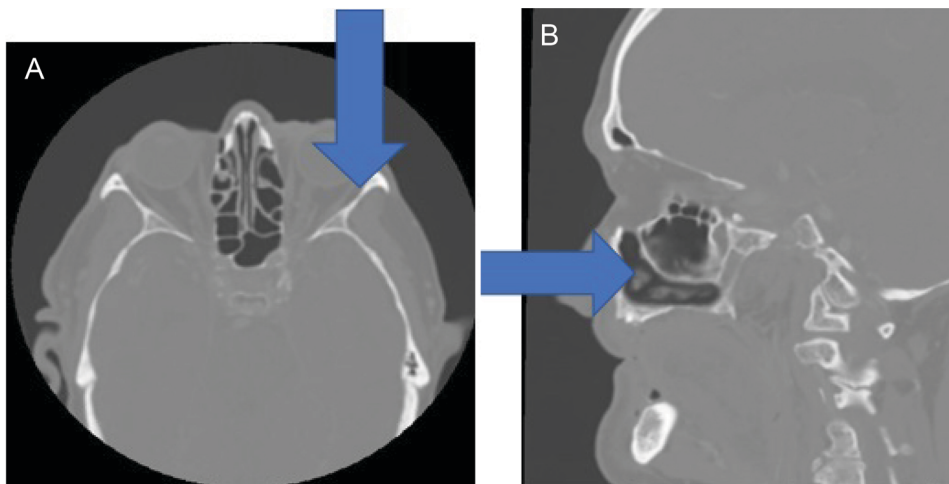
Lors de la première présentation, le patient a signalé que la lésion de la paupière s'était agrandie au cours des dernières semaines et avait commencé à suinter depuis qu'il avait vu son fournisseur de soins primaires. L'examen clinique a révélé une légère réduction de l'acuité visuelle la mieux corrigée à 20/30 pour O.D. et à 20/25 pour O.L. en raison des cataractes liées à l'âge. La périmétrie par confrontation au doigt n'a révélé aucune anomalie pour O.D. et a montré une constriction nasale grave pour O.S. Les pupilles et les muscles extraoculaires étaient normaux pour O.U. L'examen biomicroscopique (à la lampe à fente) externe de O.D. a révélé un ectropion cicatriciel, mais autrement, il était normal pour l'âge (fig. 1A). L'examen biomicroscopique externe de O.L. a montré une grande masse ulcéreuse dans la paupière inférieure (2,0 cm x 2,1 cm) avec un léger écoulement mucoïde blanc et des bordures bien définies (figs. 1 B, C). Cette masse correspondait à la constriction dans le champ de vision. La conjonctive était blanche et calme dans O.D. Le point lacrymal inférieur O.L. n'était pas visible, et on a soupçonné que la lésion avait envahi le point lacrymal supérieur et le fornix inférieur. Le fond d'œil sous pupille dilatée était normal pour l'âge O.U.

**Figure 1 :** (A) Annexes externes O.D. présentant un ectropion cicatriciel. (B) Annexes externes O.L. présentant une masse ulcéreuse (2,0 cm x 2,1 cm) avec un léger écoulement mucoïde blanc et des bordures bien définies. (C) Vue agrandie de la masse ulcéreuse en (B).



Le patient a immédiatement été référé à un chirurgien oculoplastique pour évaluation. Une biopsie excisionnelle et une TDM des orbites ont été prescrites pour le patient. Après l'examen du rapport de pathologie, on a diagnostiqué chez le patient un carcinome spinocellulaire malin de la paupière inférieure gauche. De plus, la TDM des orbites a montré une grande masse de tissus mous amplifiée et mal définie provenant du canthus médial gauche, infiltrant la paupière inférieure gauche et s'étendant dans l'orbite inférieure gauche (figs. 2 A, B).

**Figure 2 :** (A et B) Les résultats de la TDM montrent une grande masse de tissus mous amplifiée et mal définie provenant du canthus médial gauche, infiltrant la paupière inférieure gauche et s'étendant dans l'orbite inférieure gauche. La masse mesure 3,3 cm x 1,4 cm sur ses plus grands axes. Il n'y a pas de plan adipeux distinct entre la masse et l'aspect inférieur du globe gauche antérieur qui indiquerait une éventuelle invasion du globe. Il n'y a pas de signe d'infiltration des muscles extraoculaires ou du nerf optique. Il y a une légère amplification asymétrique de la glande lacrymale gauche, qui peut être réactive, mais il n'est pas possible d'exclure totalement l'infiltration de cette glande. La masse des tissus mous s'étend le long de la voûte nasale gauche. Il y a un recouvrement de la veine faciale gauche près du canthus médial gauche, difficile à distinguer de la masse amplifiée. La veine faciale gauche est congestionnée par rapport à la veine droite et semble se drainer par des voies collatérales dans les conduits submandibulaires. Le nerf infraorbitaire gauche n'est pas encastré. Il n'y a pas de signe d'érosion osseuse. Les ganglions lymphatiques du visage sont de taille normale. Les veines ophtalmiques bilatérales et faciales droites sont bien opacifiées. L'orbite droite est normale.



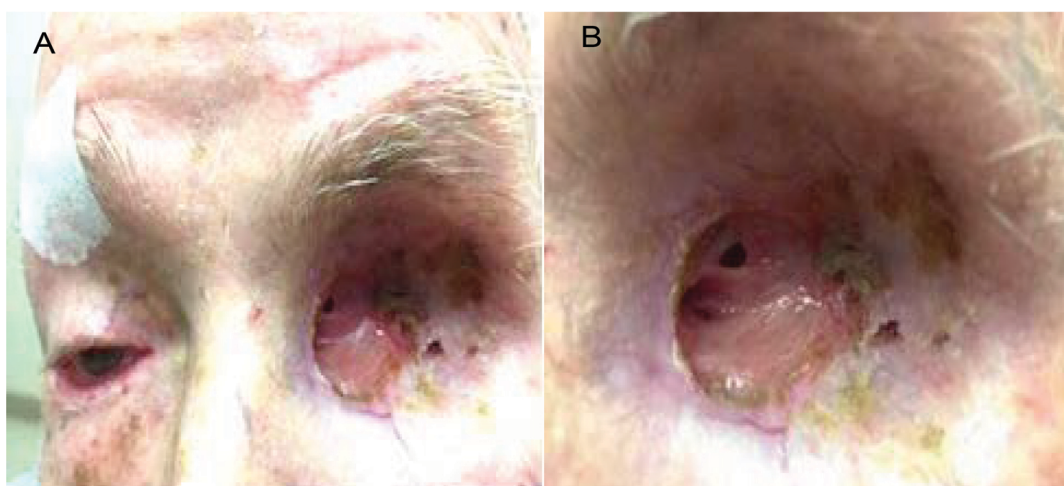
Le patient et le chirurgien oculoplastique ont discuté des options de prise en charge et ont décidé de procéder à l'exentération de l'orbite gauche, suivie d'une radiothérapie (XRT). La chirurgie a été effectuée avec succès. Au cours d'un examen de suivi effectué deux semaines après l'intervention chirurgicale, l'œil gauche cicatrisait bien et présentait des marges exemptes de tumeur sans aucun signe d'érosion osseuse. Au cours du suivi postopératoire d'un mois, on a déterminé que le patient maintenait des marges exemptes de tumeur. Après quelques autres visites de suivi postopératoires de routine, le patient a été renvoyé à notre clinique optométrique car son état demeurait stable. Pendant qu'il s'adaptait à la perte de son œil gauche, le patient a signalé une mauvaise perception de la profondeur. Cela lui posait des difficultés dans les activités de la vie quotidienne. Il avait de la difficulté à exécuter les tâches de près, à manger et souffrait d'une perte de sensibilité du côté gauche. Le patient a ensuite été vu dans notre clinique ophtalmologique et évalué par notre ergothérapeute de soins primaires à domicile. On lui a remis des loupes portatives pour l'aider à lire et des filtres pour contrôler l'éblouissement et améliorer le contraste.

Cinq mois après l'intervention chirurgicale, le patient se portait bien et s'adaptait à la vie courante. Il a continué de consulter l'oculoplasticien tous les six mois et n'a signalé aucune autre récurrence. Des photos externes ont été prises à ce moment (figs. 3 A, B) et ont montré une apparence stable et la cicatrisation des plaies. De plus, le patient a signalé une sensation accrue dans la région faciale gauche. La thérapie de soins primaires à domicile a permis d'améliorer considérablement sa capacité d'accomplir des tâches quotidiennes comme faire sa toilette et manger. Au suivi d'un an, le patient se débrouillait bien avec sa perte de vision et pouvait effectuer des activités de la vie quotidienne de façon autonome. L'examen biomicroscopique a révélé une orbite stable en voie de cicatrisation (figs. 4 A, B). D'autres rendez-vous ont été pris en charge conjointement avec l'oculoplasticien. On a conseillé au patient d'utiliser une pommade à l'érythromycine au besoin. Selon l'oculoplasticien, le patient pourra recevoir un œil prothétique dans 16 mois.

**Figure 3 :** (A) Photo externe 5 mois après l'exentération O.L. Une réaction mucoïde chronique a été traitée à la bacitracine. (B) Cavité orbitaire O.L. montrant la réaction mucoïde.



**Figure 4 :** (A) Photo externe 12 mois après l'exentération O.L. (B) Vue agrandie de la cavité orbitaire bien cicatrisée après l'exentération.



## DISCUSSION

### Comparaison du cas avec la documentation

Comme il a été mentionné précédemment, notre patient a subi une lésion progressive de la paupière avec obstruction de l'axe visuel et hémorragie ulcéreuse. Au départ, la lésion était croûteuse et ulcéreuse et mesurait 2,0 cm x 2,2 cm. Des analyses microscopiques et histopathologiques réalisées à partir de la biopsie de l'orbite médiale-inférieure et de la paupière gauches ont permis de confirmer une masse de carcinome spinocellulaire infiltrant. Il était évident, d'après ces résultats, que la tumeur était diffuse et profonde et qu'une exentération était nécessaire pour pouvoir la retirer complètement. Une exentération orbitaire gauche a été réalisée, suivie d'une radiothérapie (XRT). Le patient n'avait plus de tumeur après le traitement et il fait actuellement l'objet d'un suivi étroit pour dépister toute récurrence.

Arora et coll. ont signalé un cas de carcinome spinocellulaire de la paupière inférieure, où ils ont trouvé une lésion exophytique et ulcérée de 6,0 cm x 5,0 cm.<sup>3</sup> La lésion, qui était au départ très petite, s'est transformée en lésion ulcéreuse en deux ans avant d'être finalement évaluée. La biopsie incisionnelle et l'analyse histopathologique ont confirmé un carcinome spinocellulaire. Étant donné que la lésion s'était étendue au globe et au contenu rétrobulbaire, comme le montre la TDM, on a procédé à une excision locale et à une exentération orbitaire. L'histopathologie post-chirurgicale de la lésion a confirmé que les marges chirurgicales étaient exemptes de tumeur<sup>3</sup>.



Vreck et coll. ont décrit une masse non résorbante dans la paupière qui s'est élargie en six semaines.<sup>8</sup> La masse a d'abord été diagnostiquée comme un chalazion qui ne s'est pas amélioré après un traitement oral de triméthoprime et de sulfaméthoxazole pendant 10 jours. Le patient a ensuite été référé pour une évaluation plus approfondie. La masse mesurait 2,0 cm x 2,3 cm avec un écoulement mucoïde et un amincissement de la peau sus-jacente.<sup>8</sup> Elle a ensuite été traitée par injection intralésionnelle de 0,5 ml d'acétonide de triamcinolone injectable à 10 mg/ml. Bien que sa taille ait diminué, la lésion est demeurée et a alors fait l'objet d'une biopsie. Les résultats histopathologiques ont révélé un carcinome spinocellulaire cutané avec une invasion profonde, une hyperkératose et une parakératose avec toutes les marges positives pour la tumeur. L'examen métastatique médical du patient était négatif. Le patient a subi une chirurgie de Mohs avec réparation oculoplastique. À la fin de la chirurgie de Mohs, les marges chirurgicales étaient négatives pour la tumeur et le défaut mesurait 3,0 cm x 1,5 cm.<sup>8</sup>

La prise en charge dans notre cas était très semblable à celle décrite par Arora et coll. en ce sens que les deux cas nécessitaient une exentération orbitaire pour obtenir des marges chirurgicales exemptes de tumeur en raison de la nature avancée de la tumeur. Pour leur part, Vreck et coll. ont effectué une chirurgie de Mohs avec réparation oculoplastique et ont obtenu des marges sans tumeur. Malgré les différences dans la prise en charge de ces cas, les deux modalités de traitement ont été des options efficaces pour assurer des marges exemptes de tumeur.

### Propagation et métastase

Le carcinome spinocellulaire peut engager le pronostic vital. La lésion doit être retirée avant l'invasion péri-neurale et la métastase. Bien que le carcinome spinocellulaire périoculaire soit moins prévalent que le carcinome basocellulaire, il présente un risque plus élevé d'invasion orbitaire. L'invasion orbitaire a été documentée et diagnostiquée dans jusqu'à 5,9 % des cas. Par ailleurs, le taux d'invasion orbitaire du carcinome basocellulaire est de 1,6 à 2,5 %<sup>5,9-13</sup>. Les facteurs de risque associés à l'invasion orbitaire comprennent, entre autres, les lésions ulcérées non traitées et négligées, une lésion ulcérée avec restriction d'un muscle extra-oculaire, un épiphora, une disesthésie, des antécédents de lésions récurrentes et un traitement par radiothérapie.<sup>5,13</sup> Outre la présentation clinique du carcinome spinocellulaire de la paupière avec infiltration orbitaire, le clinicien doit également éliminer l'infiltration des sinus paranasaux, qui est aussi une cause courante d'invasion orbitaire par le carcinome spinocellulaire.<sup>5,9-13</sup>

Le carcinome spinocellulaire pourrait encore se métastaser par propagation péri-neurale, c'est-à-dire la croissance tumorale dans et autour d'un nerf. Lorsqu'elle est présente, le pronostic est faible, avec un taux de mortalité élevé. Comme il a été mentionné précédemment, le carcinome spinocellulaire est une tumeur neurotrophique qui peut infiltrer l'orbite et la cavité intracrânienne le long des branches du trijumeau et des nerfs moteurs faciaux et extra-oculaires.<sup>5,14</sup> Une des principales raisons de diagnostiquer et d'évaluer toutes les lésions anormales de la paupière est que les patients atteints de carcinome spinocellulaire et d'invasion péri-neurale sont asymptomatiques dans 60 à 70 % des cas. D'autres peuvent présenter des symptômes d'anesthésie, de dysesthésie ou de paresthésie, ainsi que de douleur ou de faiblesse faciale causant une débilitation.<sup>2,14,15</sup> Sans traitement, le cours naturel du carcinome spinocellulaire périoculaire avec invasion péri-neurale se propage le long des nerfs supraorbitaire et infraorbitaire jusqu'à l'apex orbitaire. Il pourrait alors y avoir ptosis, ophtalmoplégie et perte de vision.<sup>5,16-19</sup> Une fois que la propagation dépasse l'apex orbitaire, le taux de mortalité est élevé si la maladie atteint le sinus caverneux, les méninges ou la fosse crânienne moyenne ou postérieure. Bien que les tumeurs du carcinome spinocellulaire périoculaire puissent se propager aux régions orbitaire et intracrânienne, cette propagation peut aussi être due à d'autres lésions cutanées de la tête et du cou, et parfois la lésion primaire n'est jamais décelée. Si l'on soupçonne une invasion péri-neurale, une thérapie d'appoint agressive avec radiothérapie est recommandée.<sup>5,16-18</sup> La propagation tardive du carcinome spinocellulaire et la métastase se produisent des ganglions lymphatiques régionaux vers des sites éloignés par le système lymphatique et le sang. Les taux de métastase avec le carcinome spinocellulaire peuvent varier considérablement.<sup>5</sup> Si la métastase se produit dans les systèmes lymphatique et hématogène, le pronostic est pire et le taux de mortalité plus élevé.

### Ablation tumorale

Après le diagnostic initial de carcinome spinocellulaire, il convient d'établir un plan de prise en charge tactique pour le patient. Étant donné que diverses options sont disponibles pour l'éradication de la lésion, il faut évaluer les facteurs de risque liés à la lésion pour choisir la meilleure méthode d'ablation. Les caractéristiques tumorales à prendre en compte sont le site, le grade, le sous-type histologique, l'invasion péri-neurale et la métastase. Pour élaborer un plan de traitement approprié, il faut aussi tenir compte de la meilleure technique pour éradiquer complètement la lésion, tout en préservant la fonction tissulaire et la cosmèse.<sup>5</sup> En présence de tumeurs à risque élevé ou de celles avec métastase et invasion péri-neurale, il faut entreprendre un traitement agressif. On se préoccupera

alors moins de la fonction et de la cosmèse dans ces cas puisque ces facteurs de risque s'accompagnent d'un risque de mortalité plus grand.<sup>5,20</sup> En outre, une fois la tumeur retirée, un suivi à long terme pendant au moins cinq ans est recommandé car 95 % des récurrences locales et des métastases se développeront à cet horizon.<sup>5,21</sup>

### **Ablation standard**

Compte tenu de la nature agressive du carcinome spinocellulaire, le traitement privilégié le plus souvent est un examen extemporané en coupe congelée ou une chirurgie micrographique de Mohs, une excision chirurgicale qui présente le taux de guérison le plus élevé et le taux de récurrence sur cinq ans le plus bas (1,9-3,9 %).<sup>5,22,23</sup> Ces techniques permettent de déceler et d'exciser les cellules tumorales au-delà des marges cliniques et d'examiner près de 100 % des marges périphériques et profondes de la tumeur.<sup>5</sup> Elles s'appuient sur une étude de Brodland et Zitelli, dans laquelle les auteurs indiquent avoir constaté qu'une excision chirurgicale avec des marges de 4 mm est nécessaire pour éliminer la tumeur dans plus de 95 % des cas.<sup>24</sup> En cas de lésions plus étendues, c'est-à-dire de 20 mm ou plus, ou présentant un risque plus élevé, une excision chirurgicale avec des marges de 6 mm est recommandée.<sup>5,24</sup> Lorsque les marges ne sont pas contrôlées pour l'ablation d'un carcinome spinocellulaire, le risque de récurrence sur cinq ans est plus grand, allant de 5 % à 18,7 % pour les tumeurs primaires dans tous les sites.<sup>5,25,26</sup> De plus, les examens extemporanés standards en coupe congelée verticale ne portent que sur moins de 1 % de ces marges périphériques et profondes.<sup>5,26</sup>

En présence d'invasion péri-neurale, on recommande la chirurgie micrographique de Mohs comme traitement de choix initial. La radiothérapie ou la chimiothérapie postopératoire est ensuite recommandée pour améliorer l'efficacité du traitement global et réduire la récurrence.<sup>5,18</sup> Une fois le stade de l'invasion orbitaire atteint, les options de traitement sont limitées en raison de la gravité et du stade avancé de la maladie. À ce point, c'est l'exentération avec analyse microscopique des marges périphériques et profondes qui est recommandée, car l'invasion orbitaire présente un risque plus grand de mortalité. En raison de la récurrence rare après l'exentération, cette intervention augmente le taux de survie des patients à ce stade du carcinome spinocellulaire.<sup>27</sup>

### **Autres modalités et limites**

La radiothérapie, lorsqu'elle est pratiquée en monothérapie, présente un taux de récurrence de 12,5 % sur cinq ans pour le carcinome spinocellulaire de la paupière, qui peut atteindre 50 % pour les lésions récurrentes ou avancées.<sup>26</sup> Il lui manque le contrôle histologique par rapport à la chirurgie de Mohs et le taux de complications périoculaires après le traitement est plus élevé. Outre les complications périoculaires après le traitement, la radiothérapie a un potentiel carcinogène et doit être employée avec prudence chez les jeunes patients.<sup>2,27</sup> C'est en tant que thérapie d'appoint dans les tumeurs à risque élevé qu'elle est la plus utile, ou dans les cas d'infiltration péri-neurale et de métastase.<sup>5,28</sup> Elle est utilisée lorsque des contrôles locaux et régionaux sont nécessaires, pour réduire le taux de mortalité, ou dans le contrôle palliatif des tumeurs avancées.<sup>5,29</sup>

Les agents chimiothérapeutiques se sont avérés très efficaces comme thérapie d'appoint dans les cas avancés, mais ils peuvent aussi être utilisés comme traitement primaire chez les patients qui ne tolèrent pas la chirurgie.<sup>5,30,31</sup> Des études ont montré une augmentation du taux de survie avec la chimioradiation. Les agents chimiothérapeutiques sont les plus utiles dans le traitement du carcinome spinocellulaire avancé de la tête et du cou.<sup>30,31</sup> On recourt souvent à la cryothérapie, au curetage, à la cautérisation et à divers rétinoïdes systémiques pour retirer de petites lésions à faible risque, mais ces traitements offrent un avantage minimal pour les lésions périoculaires du carcinome spinocellulaire agressif à risque élevé en raison de leur taux de guérison sous-optimal.<sup>5,32</sup>

### **Reconstruction et cosmèse de la paupière**

Un aperçu détaillé de la reconstruction de la paupière dépasse la portée de ce manuscrit. Nous fournirons plutôt une très brève explication de la reconstruction de la paupière. Après l'ablation d'une tumeur périoculaire envahissante, l'architecture orbitaire peut avoir été démantelée ou complètement retirée par l'exentération. Cela peut présenter au chirurgien reconstructeur plusieurs défis à relever pour rétablir la fonction et la cosmèse de la paupière.<sup>1</sup> Les petits défauts de la paupière sont refermés directement et on les laisse cicatriser, avec des résultats satisfaisants. Les défauts plus importants nécessitent généralement la reconstruction des lamelles à l'aide d'une greffe de peau ou d'un lambeau.<sup>1</sup> On préfère les lambeaux aux greffes de peau car ils ont un meilleur apport sanguin, se contractent moins, offrent une meilleure couleur cosmétique, ne nécessitent pas de prélèvement à un site donneur distant et peuvent être d'une épaisseur variable.<sup>1</sup> En cas d'exentération, un œil prothétique permettra au patient d'obtenir de bons résultats cosmétiques.

## CONCLUSION

Le carcinome spinocellulaire est un cancer de la peau agressif au taux de mortalité élevé en cas d'invasion péri-neurale, de métastase ou d'infiltration lymphatique. Un diagnostic et une biopsie rapides sont essentiels pour améliorer le pronostic et réduire le taux de mortalité. Le carcinome spinocellulaire pouvant être confondu avec d'autres néoplasmes de la peau, le praticien doit pouvoir en reconnaître les premiers signes. Il s'agit notamment d'une lésion hyperkératosique indolore qui évolue et devient progressivement ulcéreuse. Le clinicien doit également connaître d'autres signes, comme la madarose, la téléangiectasie, l'ulcération, la distorsion du bord palpébral, l'augmentation de la pigmentation et l'ectropion secondaire ou la rétraction. La norme de référence pour le traitement est l'examen extemporané en coupe congelée ou la chirurgie micrographique de Mohs. Si l'on soupçonne une tumeur avancée, l'exentération orbitaire est recommandée. À l'appui de ce protocole, notre cas a nécessité une exentération orbitaire suivie d'une radiothérapie d'appoint, Arora et coll. ont signalé une excision locale suivie d'une exentération orbitaire, tandis que Vreck et coll. ont présenté une chirurgie micrographique de Mohs avec réparation oculoplastique. Ces trois cas ont donné lieu à un pronostic favorable et à un faible taux de mortalité, puisque tous les patients n'avaient plus de tumeur après le traitement. Enfin, quelle que soit la modalité de traitement utilisée, les cliniciens doivent surveiller le patient pendant au moins cinq ans pour dépister toute récurrence, surtout lorsqu'une chirurgie micrographique de Mohs et une exentération orbitaire ne sont pas effectuées. ●

## REFERENCES

1. Rene C. Oculoplastic aspects of ocular oncology. *Eye* 2013;27:199-207.
2. Domonkos AN. Treatment of eyelid carcinoma. *Arch Dermatol* 1965; 91:364-70.
3. Arora RS, Bhattacharya A, Adwani D, et al. Massive periocular squamous cell carcinoma engulfing the globe: a rare case report. *Case Rep Oncol Med* 2014;2014:1-4.
4. Dailey JR, Kennedy RH, Flaherty PM, et al. Squamous cell carcinoma of the eyelid. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg* 1994;10:153-9.
5. Limawarut V, Leibovitch I, Franzco T, et al. Periocular squamous cell carcinoma. *Clin Exp Ophthalmol* 2007;2:174-85.
6. Thosani MK, Schneek G, Jones EC. Periocular squamous cell carcinoma. *Dermatol Surg* 2008;34:585-99.
7. Franzco, BO. Squamous cell carcinoma of the eyelids and periorbital areas. *Clin Exp Ophthalmol* 2007;35:111-2.
8. Vreck, I, Hogan, RN, Mancini R. Cutaneous squamous cell carcinoma of the eyelid masquerading as a chalazion. *Int Ophthalmol* 2015;35:131-4.
9. Donaldson MJ, Sullivan TJ, Whitehead KJ, Williamson RM. Squamous cell carcinoma of the eyelids. *Br J Ophthalmol* 2002;86:1161-5.
10. Reifler DM, Hornblass A. Squamous cell carcinoma of the eyelid. *Surv Ophthalmol* 1986;30: 349-65.
11. Leibovitch I, McNab A, Sullivan TJ, Davis G, Selva D. Orbital invasion by periocular basal cell carcinoma. *Ophthalmology* 2005;112:717-23.
12. Wong VA, Marshall J, Whitehead KJ, et al. Management of periocular basal cell carcinoma with modified enface frozen section controlled excision. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg* 2002;18:430-5.
13. Howard GR, Nerad JA, Carter KD, Whitaker DC. Clinical characteristics associated with orbital invasion of cutaneous basal cell and squamous cell tumors of the eyelid. *Am J Ophthalmol* 1992;113:123-33.
14. Cottle WI. Perineural invasion by squamous cell carcinoma. *J Dermatol Surg Oncol* 1982;8: 589-600.
15. Loeffler M, Hornblass A. Characteristics and behavior of eyelid carcinoma (basal cell, squamous cell sebaceous gland, and malignant melanoma). *Ophthalmic Surg* 1990;21:513-18.
16. Feasel AM, Brown TJ, Bogle MA, Tschen JA, Nelson BR. Perineural invasion of cutaneous malignancies. *Dermatol Surg* 2001;27:531-42.
17. McNab AA, Francis IC, Benger R, Crompton JL. Perineural spread of cutaneous squamous cell carcinoma via the orbit: clinical features and outcome in 21 cases. *Ophthalmology* 1997;104:1457-62.
18. Bowyer JD, Sullivan TJ, Whitehead KJ, Kelly LE, Allison RW. The management of perineural spread of squamous cell carcinoma to the ocular adnexae. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg* 2003;19:274-81.
19. Valenzuela AA, Whitehead KJ, Sullivan TJ. Ocular adnexal pseudocyst formation as a characteristic feature of perineural spread in squamous cell carcinoma. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg* 2006; 22:201-5.
20. National Health and Medical Research Council. Non-melanoma Skin Cancer: Guidelines for Treatment and Management in Australia. Canberra: NHMRC, 2002.
21. Rowe DE, Carroll RJ, Day CL Jr. Prognostic factors for local recurrence, metastasis, and survival rates in squamous cell carcinoma of the skin, ear, and lip. Implications for treatment modality selection. *J Am Acad Dermatol* 1992;26:976-90.
22. Malhotra R, James CL, Selva D, Huynh N, Huilgol SC. The Australian Mohs Database: periocular squamous intraepidermal carcinoma. *Ophthalmology* 2004;111:1925-9.
23. Mohs FE. Micrographic surgery for the microscopically controlled excision of eyelid cancers. *Arch Ophthalmol* 1986;104: 901-9.
24. Brodland DG, Zitelli JA. Surgical margins for excision of primary cutaneous squamous cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol* 1992; 27: 241-8.
25. Shulman J. Treatment of malignant tumors of the eyelids by plastic surgery. *Br J Plast Surg* 1962;15:37-47.
26. Abide JA, Nahai F, Bennett RG. The meaning of surgical margins. *Plast Reconstr Surg* 1984;73:492-7.
27. Rathbun JE, Beard C, Quickert MH. Evaluation of 48 cases of orbital exenteration. *Am J Ophthalmol* 1971;72:191-9.
28. Lederman M. Radiation treatment of cancer of the eyelids. *Br J Ophthalmol* 1976; 60:794- 805.
29. Veness MJ. Treatment recommendations in patients diagnosed with high-risk cutaneous squamous cell carcinoma. *Australas Radiol* 2005;49:365-76.
30. Luxenberg MN, Guthrie TH Jr. Chemotherapy of basal cell and squamous cell carcinoma of the eyelids and periorbital tissues. *Ophthalmology* 1986;93:504-10.
31. Budach W, Hehr T, Budach V, Belka C, Dietz K. A meta-analysis of hyperfractionated and accelerated radiotherapy and combined chemotherapy and radiotherapy regimens in unresected locally advanced squamous cell carcinoma of the head and neck. *BMC Cancer* 2006;6:28.
32. Sullivan TJ. Squamous cell carcinoma of eyelid, periocular, and periorbital skin. *Int Ophthalmol Clin* 2009 Fall;49(4):17-24.