

## I JIFRO – Pôle postérieur: imagerie



**S. TICK**  
CHNO des Quinze-Vingts,  
PARIS,  
Centre d'ophtalmologie  
Raspail, PARIS,  
Centre d'exploration de  
la vision,  
RUEIL-MALMAISON.

### Tumeur du pôle postérieur: quels examens demander, qu'en attendre ?

Devant une tumeur du pôle postérieur, la question qui nous vient tous à l'esprit est : s'agit-il d'une tumeur maligne ? Il est donc important de savoir hiérarchiser les examens afin de pouvoir répondre à cette question et orienter les patients rapidement quand une tumeur maligne est suspectée.

La première question à laquelle il est important de répondre est : de quelle couleur la lésion est-elle ? Pour y répondre, l'examen clinique est indispensable. La réalisation de photographies couleurs est nécessaire à la documentation et au suivi de la taille de la lésion. Il est important de rappeler que ces photographies doivent être prises en lumière blanche pour permettre de rechercher la présence de pigment ou de différencier une lésion orangée d'une lésion plutôt jaune.

Devant une lésion pigmentée suspecte, il est également important de savoir reconnaître les facteurs de risque de croissance sur ces rétinophotographies couleurs :

- la présence de pigment orange ;
- le contact au nerf optique ;
- un décollement séreux rétinien clinique ;
- l'absence de halo dépigmenté.

L'échographie en mode B est alors un examen indispensable au diagnostic et au suivi de la lésion. Cet examen permet d'évaluer l'échogénicité de la tumeur, de mesurer et de suivre l'épaisseur de celle-ci. L'examen peut également être couplé au Doppler en cas de doute sur la vascularisation de la lésion, par exemple en cas diagnostic différentiel difficile entre un mélanome nécrotique hémorragique et un hématome périphérique.

>>> Le mélanome choroïdien, hypoéchogène, peut présenter une excavation choroïdienne, et est fortement suspecté devant une lésion de plus de 2 mm d'épaisseur. Il peut également prendre la forme typique d'un "champignon" ou d'un "bouton de chemise" en cas de rupture de la membrane de Bruch. Il est important de rechercher également une extériorisation sclérale modifiant la prise en charge du mélanome.

>>> Les métastases choroïdiennes, pouvant être bilatérales et multiples sont d'échogénicité moyenne, d'épaisseur souvent moins importante que les mélanomes choroïdiens et aux contours variables.

>>> L'hémangiome choroïdien est quant à lui hyperéchogène, de forme lenticu-

laire et d'épaisseur variable, sans excavation choroïdienne.

>>> Les lésions calcifiées (ostéomes, calcifications scléro-choroïdiennes et hamartomes astrocytaires) sont elles, très hyperéchogènes.

L'OCT, au mieux en mode EDI, afin de mieux visualiser la choroïde et couplé à l'autofluorescence est également un examen d'une grande utilité.

Il permet de rechercher notamment :

- un décollement séreux rétinien OCT (potentiel facteur de risque de croissance sur une lésion pigmentée ou témoin d'une néovascularisation ou d'une pseudo CRSC sur nævus).
- L'autofluorescence pourra permettre de mettre en évidence des altérations dues au DSR chronique ;
- le pigment orange hyperréfléctif pré épithélial très hyper autofluorescent ;
- l'invasion choroïdienne et l'aspect typique "lumpy bumpy" des métastases choroïdiennes, à l'autofluorescence variable.

L'angiographie à la fluorescéine permettra de rechercher entre autres :

- les *pin points*, non spécifiques et pouvant se retrouver dans beaucoup de ces tumeurs mais qui sont un des facteurs de risque d'évolutivité devant une lésion pigmentée ;
- un remplissage inhomogène d'un hémangiome choroïdien ;
- des néovaisseaux choroïdiens compliquant un nævus ou un ostéome.

L'angiographie au vert d'indocyanine est elle spécifique dans plusieurs de ces lésions. Elle est d'une grande utilité en cas de doute diagnostique et lorsque :

Les tumeurs pigmentées sont les suivantes :	Les tumeurs non pigmentées sont les suivantes :
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Naevus</li> <li>- Mélanome choroïdien</li> <li>- Mélanocytome</li> <li>- Hypertrophie de l'épithélium pigmentaire</li> <li>- Hamartome combiné</li> <li>- Adénome de l'EP ou adénocarcinome</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Naevus ou mélanome achrome</li> <li>- Métastase choroïdienne &gt; rétinienne</li> <li>- Hémangiome choroïde</li> <li>- Angiome rétinien</li> <li>- Hamartome astrocytaire</li> <li>- Ostéome et calcifications scléro-choroïdiennes</li> </ul>

- les métastases choroïdiennes sont hypocyanescents tout au long de la séquence angiographique ;
- le *wash out* au temps tardif est spécifique des hémangiomes choroïdiens ;
- au sein des ostéomes choroïdiens hypocyanescents, de multiples points hyperfluorescents bien définis peuvent se voir et correspondre aux fins vaisseaux nourriciers perforants.

Devant une suspicion de tumeur du pôle postérieur, l'examen clinique est primordial, associé à la photographie couleur. L'échographie en mode B, l'OCT et l'autofluorescence sont des examens non invasifs permettant d'avancer dans la démarche diagnostique. Ils seront couplés à l'angiographie à la fluorescéine et au vert d'indocyanine en cas de doute diagnostique, de bilan

pré-thérapeutique ou de complication néovasculaire.

---

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

