

LOCALISATION CUTANÉE D'UN LYMPHOME B CHEZ UNE FEMME DE 50 ANS AU CHU DE BRAZZAVILLE

Cutaneous B-cell lymphoma of 50 years women in Brazzaville University Teaching Hospital

NTSIBA H 1, PEKO JF 2, MAKOSSO E 3, ELIRA-DOKEKIAS A 4

1. Services de Rhumatologie-Dermatologie ; Maître Assistant ; Enseignant d'Université
2. Laboratoire d'Anatomie Pathologique ; Maître Assistant ; Enseignant d'Université
3. Services d'Imagerie Médicale ; Maître Assistant ; Enseignant d'Université
4. Service d'Hématologie Clinique, Maître de Conférence Agrégé ; Enseignant d'Université

Correspondance à : NTSIBA H, Chef de Service de Rhumatologie-Dermatologie, CHU de Brazzaville, B.P. 32 CONGO E.mail : h.ntsiba@voila.fr

RESUME : Les auteurs rapportent l'observation d'un lymphome B cutané non épidermotrope d'évolution fulgurante survenu chez une patiente de 50 ans présentant de multiples lésions nodulaires cutanées, spléniques, intrapéritonéales et ophtalmologiques. Le diagnostic a été fait à l'occasion d'une arthrite septique du genou à staphylocoque doré.

Mots clés : lymphome B, cutané, Brazzaville

SUMMARY: The authors report one case of non epidermotropic cutaneous B-cell lymphoma on 50 years old female patient, with acute evolution, presenting cutaneous, spleen, peritonea and ophthalmologic multiple nodular lesions, diagnosed while a knee staphylococcus aureus septic arthritis.

Key words: lymphoma, B-cell, cutaneous, Brazzaville

INTRODUCTION

A cause des différents stades évolutifs des lymphocytes et la complexité du système immunitaire, les lymphomes malins représentent un groupe complexe d'affections. La classification de Kiel qui distinguait les lymphomes de haut grade de ceux de bas grade a été abandonnée au profit de celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (3, 4) qui distingue parmi les lymphomes non hodgkiniens :

les lymphomes B, les lymphomes T et les lymphomes NK. Il s'agit en général d'affection chronique d'évolution lente et progressive. Le pronostic dépend de la localisation et du type histologique. Nous rapportons ici l'observation d'un lymphome B cutané non épidermotrope d'évolution sévère, diagnostiqué à l'occasion d'une arthrite septique à *staphylocoque aureus* du genou.

OBSERVATION

Patiente de 50 ans, sans antécédent particulier en dehors d'une consommation alcoolotabagique modérée. Elle a été hospitalisée la première fois dans le service de Rhumatologie-Dermatologie du CHU de Brazzaville du 24 décembre 2002 au 03 février 2003 pour une arthrite suppurée à *staphylocoque aureus* du genou droit dans un contexte d'altération de l'état général avec fièvre à 39-40°C. On notait déjà la présence d'adénopathies inguinales droites, fermes, mobiles et indolores. Une bi-

antibiothérapie par quinolone de troisième génération et un macrolide pendant trois semaines, puis une association amoxicilline + acide clavulanique et aminoside n'avaient pas entraîné l'amélioration escomptée. La sortie de la patiente fut autorisée à J43 avec une immobilisation par genouillère plâtrée. Un mois après, la patiente a été de nouveau admise dans le service pour exophtalmie douloureuse droite (fig. 1), hémicrânie pulsatile, cécité, chémosis, ptosis, ophtalmoplégie complète et ischémie papillaire de l'œil droit. L'échographie oculaire mettait en évidence une masse tumorale irrégulière mesurant 11,7 X 11,2 millimètres comprimant le nerf optique (fig. 2).

L'examen clinique notait en plus la présence de nombreux nodules cutanés siégeant sur la face antérieure du thorax, les seins, la paroi abdominale, les bras, les avant-bras, les cuisses et les mollets (fig. 3). Les nodules étaient de taille variable, de consistance ferme ou dure, indolores et mobiles, sans modification de la peau en regard. On notait également une splénomégalie de type III sans hépatomégalie.

Sur le plan biologique, il existait un important syndrome inflammatoire avec une vitesse de sédimentation à 138 mm à la première heure, une anémie à 9,3 grammes d'hémoglobine et des plaquettes à 435000/mm³. La fonction rénale était légèrement altérée avec une créatininémie à 206 micromol/l.

L'échographie abdominale outre une splénomégalie homogène, retrouvait de multiples

nodules d'écho structure « musculaire » dont les uns étaient dans la paroi abdominale, les autres intra-péritonéaux.

L'étude histologique de biopsie d'un nodule thoracique était en faveur de la localisation cutanée d'un lymphome non hodgkinien. En effet, le derme profond et l'hypoderme étaient le siège d'une prolifération tumorale réalisant des nodules confluents (fig. 4), comportant des cellules rondes intermédiaires, au cytoplasme basophile ou éosinophile, aux noyaux irréguliers, mono ou multi-nucléolés avec une chromatine très hétérogène parfois en motte. L'étude immunohistochimique par immunomarquage concluait à un lymphome B cutané non épidermotrope (fig. 5). L'évolution a été fatale huit jours après son admission.

DISCUSSION

Les lymphomes B représentent environ 25% des lymphomes cutanés non hodgkiniens (2). Le lymphome B cutané primitif est rare avec peu de séries rapportées dans la littérature. Sa classification et son traitement sont controversés (6). On distingue en effet deux types de classification, celle de l'European Organisation for Research and Treatment of Cancer (2) (EORTC) et celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (WHO) (3, 4, 6), classification de consensus des tumeurs des tissus hématopoïétiques et lymphoïdes, basée sur la reconnaissance des entités des affections définies par des critères cliniques et histologiques. Celle-ci distingue les lymphomes à cellules B, les lymphomes T et NK et les lymphomes hodgkiniens. Les principales localisations sont ganglionnaires, extra ganglionnaires ou mixtes. Le diagnostic du lymphome B cutané primitif est posé par l'identification d'une population monoclonale de cellules B dans la peau (1). Cette identification se fait par immunohistochimie des biopsies cutanées utilisant les anticorps monoclonaux des chaînes lambda ou kappa ou par PCR, technique plus sensible (1, 7, 5). Parmi les lymphomes non hodgkiniens, 8% présentent une atteinte cutanée (7) dont 44% sont des lymphomes à cellule B et 23% à cellule T. La localisation cutanée peut être primitive, folliculaire à grands lymphocytes B ou secondaire (5). Le sexe ratio est de 2,7/1 en faveur de l'homme. Le pronostic et le traitement dépendent de la classification, du type des lésions histologiques et du stade évolutif. Le traitement bien que controversé comprend la radiothérapie, la polychimiothérapie seule ou associée à la radiothérapie et la chirurgie (3, 6).

CONCLUSION

Le lymphome B cutané est une affection maligne du tissu lymphoïde. La localisation cutanée rare, peut être primitive ou secondaire. L'évolution imprévisible et le pronostic dépendent du stade et du type de lésions histologiques.

REFERENCES

1. MENDES S, DRENO B. Diagnosis of primary cutaneous B-cell lymphoma by immunohistochemical and in situ hybridisation methods. *Acta Derm Venereol* 2003; **83** : 167-170.
2. PRINCE HM, YAP LM, BLUM R and MC CORMACK C. Primary cutaneous B-cell lymphomas. *Clinical and Experimental Dermatology* 2003; **28** : 8.
3. RUDIGER T, MULLER-HERMELINK HK. WHO-classification of malignant lymphomas. *Radiologe* 2002; **42** : 936-942.
4. SLATER DN. The new World Health Organization classification of haematopoietic and lymphoid tumors: a dermatopathological perspective. *Br J Dermatol* 2003; **142** : 385-387.
5. STORZ MN, VAN DE RIJN M, KIM YH, MRAZ-GERNHARD S, HOPPE RT, KOHLER S. Gene expression profiles of cutaneous B-cell lymphoma. *J Invest Dermatol* 2003; **120** : 865-870.
6. YAP LM, BLUM R, FOLEY P, MC CORMACK C, TURNER H, SEYMOUR JF, PRINCE HM. Clinical study of primary cutaneous B-cell lymphoma using by the European Organization for Research and Treatment of Cancer and World Health Organization classifications. *Australas J Dermatol* 2003; **44** : 110-115.
7. YAQOUB N, NOORALI S, NASIR MI, PERVEZ S. Non-hodgkin's lymphomas presenting as cutaneous lesions. *J Coll Physicians Surg Pak* 2003; **13** : 29-32.



Figure 1 : Exophtalmie tumorale droite et nodules sous cutanés (seins, tronc)



Figure 2 : Echographie oculaire montrant un nodule tumoral comprimant le nerf optique droit.

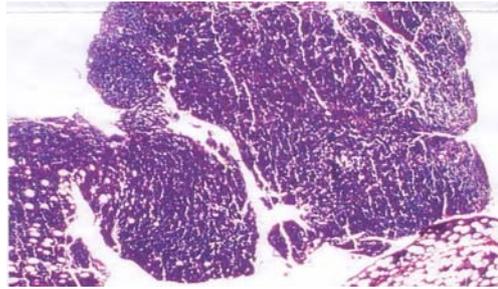


Figure 4 : GX 250 : Prolifération monomorphe nodulaire envahissant l'hypoderme

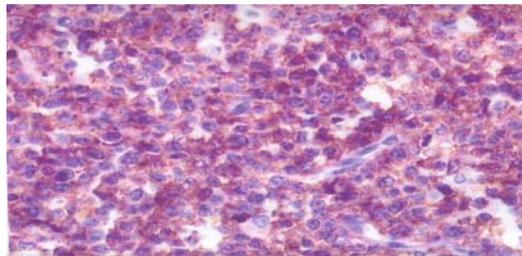


Figure 5 : GX 400 : Immunomarquage positif CD20, CD3