

LYMPHOME MALIN NON HODGKINIEN DE L'AMYGDALE : À PROPOS DE DEUX CAS

Auteurs : Nomenjanahary L., Andriambelo ZA., Randrianarimanarivo M., Randrianajafisamindrakotroka NS.

UPFR d'Anatomie et Cytologie Pathologiques de l'HU-JRA

Résumé

L'hypertrophie amygdalienne est une affection fréquemment rencontrée en ORL, d'étiologie variée. Souvent, il s'agit d'une inflammation non spécifique, due à la défense anti-microbienne de l'organisme. Parmi les étiologies néoplasiques, le lymphome amygdalien est rare. Dans cette étude, l'objectif est de déterminer les aspects cliniques et anatomocytopathologiques des lymphomes malins non hodgkiniens (LMNH) de l'amygdale. Nous avons étudié deux patientes âgées de 23 et 49ans, diagnostiquées à l'UPFR Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU-JRA. Le motif de consultation était une douleur de la gorge. L'examen objectivait respectivement une tuméfaction de l'amygdale palatine et une tumeur bourgeonnante oropharyngienne. Le reste de l'examen était sans particularité à part quelques adénopathies cervicales pour la plus âgée. Pour cette dernière, une tumeur de type carcinome n'était pas à négliger et pour la plus jeune, une amygdalite a été suspectée. Une biopsie pour un examen anatomopathologique est la clé du diagnostic. A l'examen histopathologique, l'épithélium était dépourvu d'atypies cytonucléaires et le chorion présentait une prolifération lymphocytaire de tailles différentes, diffus avec un tissu fibreux. L'immunohistochimie révélait un phénotype de type B des cellules tumorales. Dans les deux cas, le diagnostic retenu était un LMNH diffus de type B. Un bilan d'extension tumorale était effectué, mais sans résultats pertinents. Les stades étaient IE et IIE selon la classification de Ann Arbor. Le LMNH de la cavité buccale est rare. Cliniquement, il faudra d'abord éliminer les pathologies d'origine inflammatoire de la gorge. Une biopsie pour un examen anatomopathologique est toujours de rigueur pour confirmer le diagnostic.

Mots-clés : biopsie, examen anatomopathologique, LMNH

Abstract

Tonsil hypertrophy is a condition frequently encountered in ORL, with various etiology. Often, it is a non-specific inflammation due to the body's anti-microbial defense. Among the neoplastic etiologies, tonsillar lymphoma is rare. In this study, the objective is to determine the clinical and anatomic-cytopathological aspects of malignant non-Hodgkin's lymphomas of the tonsil. We studied two patients aged 23 and 49 years old, diagnosed at the UPFR Anatomy and Cytology Pathology Department of the CHU-JRA. The reason for consultation was throat pain. The examination objected respectively to a swelling of the palatine amygdala and an oropharyngeal budding tumor. The rest of the examination was unremarkable except for some cervical adenopathies for the older patient. For the latter, a tumour of the carcinoma type was not to be neglected and for the youngest, tonsillitis was suspected. A biopsy for an anatomopathological examination is the key to diagnosis. On histopathological examination, the epithelium

was devoid of cytonuclear atypia and the chorion showed lymphocyte proliferation of different sizes, diffuse with fibrous tissue. Immunohistochemistry revealed a B-type phenotype of the tumor cells. In both cases, the diagnosis was diffuse NHL type B. A tumor extension assessment was performed, but without relevant results. The stages were IE and IIE according to the Ann Arbor classification. NHL of the oral cavity is rare. Clinically, pathologies of inflammatory origin of the throat must first be eliminated. A biopsy for an anatomopathological examination is always required to confirm the diagnosis.

Keywords: *biopsy, pathological examination, NHL*

INTRODUCTION

Les lymphomes malins non hodgkiniens (LMNH) sont des hémopathies lymphoïdes caractérisées par une infiltration par des cellules lymphoïdes malignes et monoclonales issues de la lignée B ou de la lignée T.

Les lymphomes non hodgkiniens (LMNH) de la région tête et cou sont des affections rares : ils représentent 5 % de l'ensemble des tumeurs malignes de la tête et du cou [1]. Leurs localisations sont essentiellement ganglionnaires mais tous les organes peuvent être touchés.

L'anneau de Waldeyer, incluant l'amygdale, représente la deuxième localisation extra ganglionnaire des lymphomes non hodgkiniens [1]. En général, l'augmentation de volume de l'amygdale peut être inflammatoire ou tumorale. Le LMNH de l'amygdale n'est pas toujours systématiquement suspecté du fait de sa rareté.

Dans cette étude, nous rapportons deux cas de lymphome amygdalien, et discutons les caractéristiques épidémiologiques, clinique, et histopathologique de ce cancer.

OBSERVATION

Cas 1

Il s'agissait d'une jeune femme de 23 ans, qui consultait pour douleur de la gorge trainante et rebelle au traitement. L'examen de la gorge objectivait une tuméfaction de l'amygdale palatine. Les autres examens physiques étaient normaux. Une amygdalite non spécifique a été suspectée. D'où le médecin réalisait une amygdalectomie et la pièce a été

envoyée au laboratoire d'anatomopathologie.

L'examen histologique montrait un tissu amygdalien, dont l'épithélium était de structure normale, dépourvu d'atypies cytonucléaires. Le chorion est fibreux et siège d'une prolifération de lymphocytes de petite et de moyenne taille, non clivés, d'architecture diffuse, disséquant le tissu

fibreux.

L'étude immunohistochimique montrait un phénotype de type B des cellules tumorales avec CD20 positif et CD30, CD3, CD4, CD5, CD8, CD10 négatifs.

Le diagnostic retenu était un lymphome diffus à petite et moyenne cellule, de type B.

Cas 2

Il s'agissait d'une femme de 49 ans, présentant une douleur de la gorge avec odynophagie. L'examen de la gorge montrait une tumeur bourgeonnante de l'oropharynx. Les autres examens physiques montraient des adénopathies cervicales. Une tumeur de type carcinome était suspectée par le médecin à cause de l'aspect clinico-épidémiologique. Ainsi, une biopsie- exérèse de la tumeur était réalisée pour confirmer le diagnostic.

A l'examen histologique, le prélèvement intéressait une muqueuse amygdalienne. L'épithélium était de structure normale dépourvu d'atypies cytonucléaires. Le chorion sous- jacent était le siège d'une prolifération tumorale, composée par des cellules arrondies lymphocytoïdes, de

Le bilan d'extension tumorale comportant une biopsie médullaire, une radiographie du thorax et un scanner thoraco-abdomino-pelvien, à la recherche d'adénopathies profondes, était négatif.

D'où le stade était IE selon la classification d'Ann Arbor.

moyenne et de grande taille, non clivées, disposées en nappes diffus, dans un stroma fibreux.

L'examen immunohistochimique montrait un phénotype de type B, des cellules tumorales avec CD20 positif et CD30, CD3, CD4, CD5, CD8, CD10 négatifs.

Le diagnostic retenu était un lymphome malin non hodgkinien diffus à grande cellule B.

La biopsie médullaire, la radiographie du thorax et l'échographie abdomino-pelvienne n'ont pas objectivé d'adénopathies profondes. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien n'a pas été réalisé.

Selon la classification de Ann Arbor, la tumeur était de stade IIE.

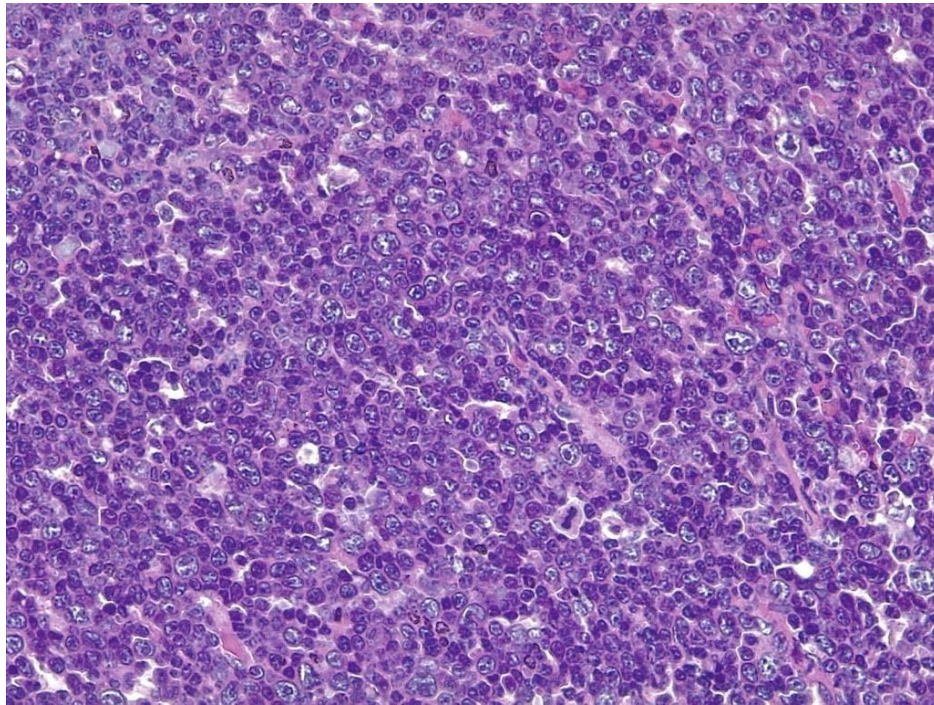


Figure 1: Cas n°1. Microphotographie de la tumeur amygdalienne, montrant une prolifération de lymphocytes atypiques de moyenne et de grande taille. Grossissement X400. Coloration HE

Source : UPFR Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU-JRA

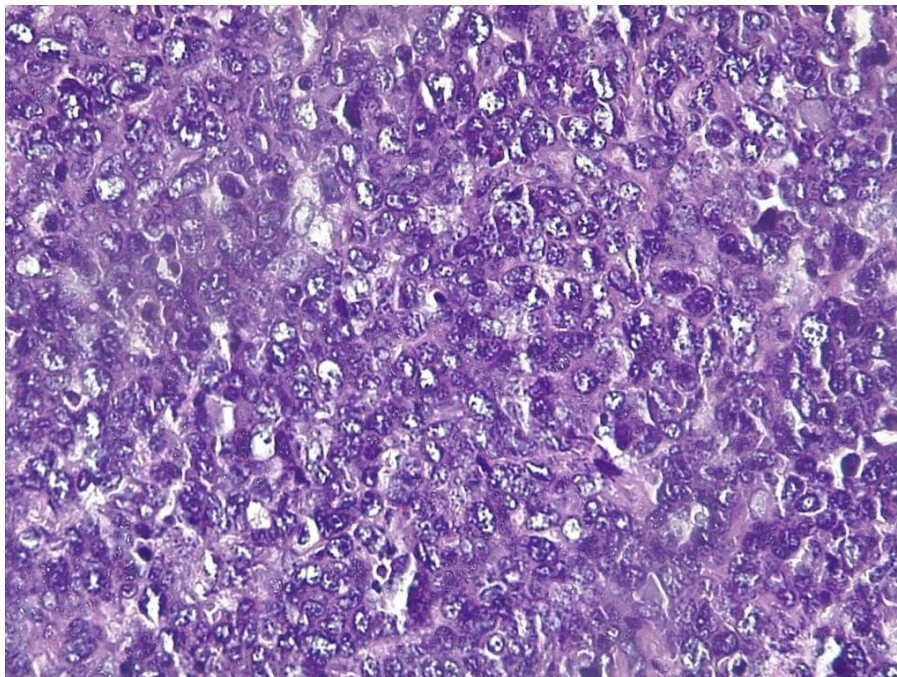


Figure 2: Cas n°2. Microphotographie de la tumeur amygdalienne, montrant une prolifération de lymphocytes atypiques de grande taille. Grossissement X400. Coloration HE

Source : UPFR Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU-JRA

DISCUSSION

Le LMNH représente un petit pourcentage des cancers de la cavité orale. L'anneau de Waldeyer, incluant l'amygdale, le nasopharynx et la base de la langue, est le site extra ganglionnaire le plus fréquemment observé. Sa rareté implique que dans la littérature, les études publiées soient des petites séries de cas. Nous rapportons deux cas.

Il s'agissait de deux femmes de 23 ans et 49 ans. Dans les séries publiées, le pic d'incidence a été entre la sixième et septième décennie. Parvaneh [2] et Vasilakaki [3] rapportaient des cas de femmes de 72 ans et 64 ans et d'autres auteurs ont rapporté une prédominance masculine [4]. Mais des cas pédiatriques ont aussi été rapportés [5, 6].

Cliniquement, nos deux cas présentaient des douleurs de la gorge avec parfois odynophagie. C'étaient aussi les cas des patients rapportés par Parvaneh [2] et Vasilakaki [3]. Les signes cliniques pouvaient être aussi une sensation de satiété dans la gorge, de dysphagie, d'otalgie, ou de ronflement [4]. Ils ne sont pas spécifiques et soulèvent des diagnostics différentiels avec d'autres maladies de la gorge surtout d'origine inflammatoire qui sont les plus fréquemment rencontrées.

L'examen physique porte essentiellement

sur l'inspection de la cavité buccale et du fond de la gorge, et la palpation des aires ganglionnaires cervicales. L'augmentation du volume de l'amygdale et l'aspect bourgeonnant observés chez nos deux patients ne permettaient pas de suspecter un LMNH. Devant ces signes, ce sont plutôt l'amygdalite infectieuse et le carcinome épidermoïde qui sont les plus suspectés et ce d'autant plus que ces pathologies sont les plus souvent observées dans cette région.

En biologie, le Lactate Déshydrogénase (LDH), marqueur tumoral du lymphome, n'était pas toujours réalisé à cause de l'erreur dans la suspicion de diagnostic. C'était le cas de nos patientes, et de ceux de la plupart des études rapportées dans la littérature. Toutefois, des auteurs mentionnaient des taux sériques de LDH normaux [7].

La biopsie en vue d'un examen anatomopathologique est la clé de diagnostic.

L'examen standard avec la coloration à l'Hématéine éosine fournit la base du diagnostic de LMNH, et permet aussi une classification morphologique de cette tumeur avec une sensibilité et une spécificité élevée [8]. En microscopie, on observe une prolifération tumorale d'architecture diffuse, composée par des

lymphocytes de petite et de grande taille. L'examen immunohistochimique permet d'étudier la clonalité et le phénotype des cellules tumorales. Il confirme le diagnostic et permet la classification moléculaire du LMNH.

Pour nos patients, il s'agissait de lymphome diffus à grandes cellules B. C'est le type de lymphome le plus rencontré au niveau amygdalien. Le constat de plusieurs auteurs allait aussi dans ce sens [2, 3, 5, 6]. Sa fréquence varie de 67% à 96 % chez l'adulte [3, 9]. Cependant chez les enfants, il tient la seconde place, après le lymphome de Burkitt qui représente plus de la moitié des cas [5]. D'autres types histologiques ont été rarement rapportés par des auteurs : le lymphome de MALT, le lymphome du manteau, le lymphome folliculaire [10]. Les autres types histologiques sont exceptionnels.

Selon le stade de la tumeur, la majorité des patients sont diagnostiqués à un stade localisé (Stade I ou II de Ann Arbor) [9], c'était aussi le cas de nos patientes. En effet, l'affection de l'amygdale induit une manifestation clinique bruyante, amenant le patient à consulter dès le début de la maladie.

Le traitement de choix pour le LMNH amygdalien est une association de chimiothérapie, en particulier le schéma CHOP (cyclophosphamide, doxorubicine,

vincristine et prednisone). Elle est considérée comme le traitement initial standard [11]. Selon la littérature, le régime CHOP donnait en moyenne 78% de rémission complète de la maladie, 17% rechute et seulement 5% en meurent [11]. La radiothérapie peut être utilisée seule ou en association avec la chimiothérapie selon le cas [4, 9]. L'immunothérapie anti-CD20 améliore le pronostic du malade [12]. La chirurgie n'a pas sa place dans le traitement de LMNH de l'amygdale. Toutefois, certains auteurs soutiennent l'idée d'effectuer une amygdalectomie même sans amélioration statistiquement prouvée du taux de survie [11].

Cette étude met en exergue l'existence de LMNH de l'amygdale, même si celui-ci est rare, et souvent méconnu et oublié dans les suspicions de diagnostic lors de la tuméfaction amygdalienne.

CONCLUSION

Le LMNH de l'amygdale est une maladie rare. Les manifestations cliniques et les examens physiques sont non spécifiques et présentent un certain nombre de diagnostics différentiels avec d'autres maladies inflammatoires et tumorales de l'amygdale.

La biopsie en vue d'un examen anatomopathologique est la clé de diagnostic, afin de pouvoir mener une prise en charge correcte pour un meilleur pronostic.

RÉFÉRENCES

- 1- Ben Salaha H, Ghorbela I, Ghorbela L et al. Traitement des lymphomes localisés de l'anneau de Waldeyer. *Cancer/ Radiothérapie* 2006 ;10 :506-35.
- 2- Parvaneh D, Samaneh K. Non-Hodgkin Lymphoma Presenting as Unilateral Tonsillar Hypertrophy: Case Report. *Acta Med Iran* 2018 ;56(9) :617-9.
- 3- Vasilakaki T, Myoteri D, Tsavari A, Skafida E, Arkoumani E, Koulia K, et al. Localised extranodal non-Hodgkin's lymphoma of the tonsil: report of a rare case. *OA Case Reports* 2013 Sep 10 ;2(11) :101.
- 4- Mohammadianpanah M, Daneshbod Y, Ramzi M, Hamidizadeh N, Dehghani SJ, Bidouei F, et al. Primary tonsillar lymphomas according to the new World Health Organization classification: to report 87 cases and literature review and analysis. *Ann Hematol* 2010 ;89 : 993-1001.
- 5- Carvalho GM, Pauna HF, Crespo AN, Gusmão RJ, Guimarães AC. Tonsillar Lymphoma in Children According to Age Group: A Systematic Review. *Iran J of Otorhinolaryngol*, mar 2018; 30(2), 69-75.
- 6- Guimarães AC, Carvalho GM, Gusmão RJ. Tonsillar lymphoma in children with unilateral tonsillar enlargement. *Rev Paul Pediatr* 2012;30(2):288-91.
- 7- López-Guillermo A, Colomo L, Jiménez M et al. Diffuse large B-cell lymphoma: clinical and biological characterization and outcome according to the nodal or extranodal primary origin. *J Clin Oncol* 2005 ;23(12):2797-804.
- 8- Şalplahta D, Comanescu MV, Anghelina F, Ionita E, Mogoanta CA, Anghelin L. Non- Hodgkin lymphomas of Waldeyer's ring. *Rom J MorpholEmbryol* 2012, 53(4):1057–1060.
- 9- Laskar S, Bahl G, Muckaden MA, Nair R, Gupta S, Bakshi A, et al. Primary diffuse large B-cell lymphoma of the tonsil: is a higher radiotherapy dose required? *Cancer*; 2007 Aug;110(4):816–23.
- 10- Tan LHC. Lymphomas involving Waldeyer's ring: placement, paradigms, peculiarities, pitfalls, patterns and postulates. *Annals Academy of Medicine*, July 2004 ; 33 (4) : 15 - 26.
- 11- Zappelini CEM, Kim C, Takara TFM, Guimaraes AC, Ferraz MJB, Yazawa F. Primary lymphoma of the palatine tonsil. *ORL journal*. 2013 ; 3(2) : 9-10.
- 12- Gaulard P. Lymphomes B diffus à grandes cellules : de la morphologie à la biologie. *Ann Pathol* 2006 ; HS1 :1S28-1S32