

# RÉTICULOPATHIES MALIGNES

## A LOCALISATION PANCRÉATIQUE

### ( à propos de deux cas )

J-F. BLANC, A. HERVÉ, V. BAQUE et B. CONSTANTIN

Il s'agit de la moins rare des macropolyadénopathies chroniques, la lymphogranulomatose maligne, qui se caractérise avant tout par un syndrome ganglionnaire à prédominance cervicomédiastinale peut revêtir des formes cliniques beaucoup moins caractérisées, qui sont des découvertes d'intervention, voire des surprises anatomo-pathologiques.

C'est dans un tel propos que nous commenterons deux observations de Maladie de Hodgkin à localisation pancréatique.

#### OBSERVATIONS

**OBS. n° 1** — *Malgache de 16 ans, hospitalisé en avril 1963 à Tuléar pour tumeur de l'hypochondre gauche à évolution fébrile. La V.S.H. est très accélérée à 126-130, l'anémie marquée à 3.700.000, sans éosinophilie. La recherche d'hématocytaires est négative, le taux de prothrombine est bas.*

*L'intervention chirurgicale pratiquée le 14-5-63 (Dr FESQUET) montre une tumeur régulière de la queue du pancréas, très fixée à la paroi postérieure avec une très importante réaction ganglionnaire. Le corps du pancréas lui-même présente de multiples nodosités. L'exérèse de cette tumeur d'aspect malin s'avérant impossible, elle est laissée en place. Les ganglions prélevés montrent des images histologiques d'Hodgkin typique. Ce malade est ensuite évacué sur Tananarive où il reçoit 32 mg de Caryolysine du 8 au 18 juin et un traitement radiothérapique (4.000 r/peau) du 24 au 29-7-63.*

*Son état général s'améliore nettement et l'examen systématique ne relève pas d'autre localisation Hodgkinienne. Il rejoint sa province d'origine et serait encore bien portant.*

**OBS. n° 2** — *Comorien de 40 ans, amabien connu, est admis dans le Service le 28 mars 1963, avec un ictère au 40<sup>e</sup> jour, et un amaigrissement récent de 7 kg. C'est un ictère cutanéomuqueux franc avec selles décolorées, apparu sans prodromes, sans épisode fébrile. Il n'y a pas de prurit.*

*Les testes hépatiques sont perturbés, le taux de prothrombine à 19 %, la V.S.H. à 1-3 m/m. On ne trouve pas trace de parasitose intestinale malgré une éosinophilie à 8 %.*

*A l'intervention = 15-4-63 (Prof. BLANC-Dr BAQUE) on découvre une volumineuse vésicule biliaire et un cholédoque très dilaté. La ponction de la vésicule ramène quelques calculs de la taille d'une tête d'épingle en verre. L'exploration montre qu'il existe au niveau de l'isthme du pancréas de multiples noyaux durs, de consistance ligneuse. La radiomanométrie montre un arrêt complet du passage, sans image calculeuse. La biopsie de la zone indurée est tentée mais on recule*

devant les dangers présentés par d'importantes ramifications vasculaires. On prélève un ganglion sus pylorique qui montrera des images d'Hodgkin au début. On termine par une cholecystectomie et une cholédoc-duodénostomie en 2 plans.

Les suites sont assez simples, le déjaunissement complet. Mais le malade se refuse à toute nouvelle investigation, à tout nouveau traitement et regagne les Comores.

Il en revient 3 mois plus tard, cachétique, épuisé, pour mourir dans le service. Les proches parents refusèrent l'autopsie. Ces descriptions entrent dans le cadre général des manifestations digestives de la Maladie de Hodgkin, qui sont des affections rares dans lesquelles il est classique de considérer les formes gastrique, duodénale, intestinale, rectale, oesophagienne, hépatique. La splénomégalie de règle dans la lymphogranulomatose, n'y est pas toujours associée.

## COMMENTAIRES

Les formes pancréatiques que nous avons observées présentent les caractères généraux des Hodgkin digestives. Ce sont des tumeurs isolées, découvertes à l'intervention chirurgicale, car rien dans le contexte clinique, ne permet d'orienter le diagnostic car on pense volontiers à une affection ulcéreuse ou néoplasique. Elles n'ont rien à voir avec les adénopathies rétropéritonéales abdominales. Ce sont des formes viscérales dans lesquelles l'atteinte ganglionnaire semble secondaire. Mais au contraire, des tumeurs hodgkiniennes du tube digestif, dont l'exérèse peut et doit être tentée, il est bien difficile, voire impossible, de vouloir tenter l'ablation d'une tumeur évoluant certes localement, mais depuis un certain temps déjà, non énucléable, retranchée derrière un lacis vasculaire fragile, hypertrophié en plein cadre duodénal. L'exérèse du foyer lymphogranulomateux qui est la règle dans la chirurgie des autres formes digestives de la maladie de Hodgkin et permet, fait paradoxal dans cette maladie, un nombre très appréciable de survies, semble donc être impossible à réaliser correctement au niveau du pancréas. L'évolution et le traitement de ces formes pancréatiques de la lymphogranulomatose maligne se ramènent donc aux éventualités des formes médicales, avec toutefois la possibilité d'assurer une survie non icterique par dérivation biliaire, comme nous l'avons fait pour notre deuxième malade, le problème se ramenant alors à celui d'une tumeur maligne de la tête du pancréas.

Il semble que l'association du traitement par la Caryolysine à la radiothérapie puisse assurer une survie qui dans le cas de notre premier malade dépasse déjà 6 mois.

En résumé, les localisations pancréatiques de la maladie de Hodgkin sont des découvertes d'intervention, elles posent au point de vue chirurgical le problème des tumeurs malignes du pancréas, mais il semble que, le diagnostic étant assuré par l'anatomopathologie, ces tumeurs soient peu évolutives et sensibles à l'association antimitotiques-radiothérapie.

Hôpital de Befelatanana  
et Hôpital Girard et Robic

## RÉSUMÉ

A propos de deux observations de localisation pancréatique de la maladie de Hodgkin les auteurs font une revue des formes digestives de cette affection. Les formes pancréatiques, découvertes d'intervention, posent au chirurgien le problème des tumeurs malignes du pancréas, mais semblent ultérieurement sensibles à l'association antimitotiques-radiothérapie.