



Cas clinique

Lymphome de la zone marginale splénique avec envahissement gastrique

Lymphoma of the splenic marginal zone with gastric invasion

Salam Ouedraogo*¹, I Savadogo², Souleymane Ouedraogo¹, JL Kambire¹, JP Wassom³, E Ouangre⁴, M Zida⁴

Résumé

Introduction : Les lymphomes de la zone marginale (LZM) comprennent trois entités, que sont : les LZM extraganglionnaires développés à partir du tissu lymphoïde associé aux muqueuses (MALT) rencontrés majoritairement (85%) au niveau de l'estomac, le LZM splénique (LZMS) et le LZM ganglionnaire. Nous rapportons un cas de LZMS avec extension à l'estomac traité dans le service de chirurgie du Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya (CHUR-OHG) au Burkina Faso.

Mots-clés : Lymphome de la zone marginale splénique, CHUR-OHG, Burkina Faso.

Abstract

Introduction: Marginal zone lymphomas (MZL) include three entities: extraganglionic MZL developed from mucosa-associated lymphoid tissue (MALT), mostly (85%) found in the stomach, splenic MZL and lymph node MZL. We report a case of LZMS with extension to the stomach treated in the surgical department of the Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya (CHUR-OHG) in Burkina Faso.

Keywords : Splenic marginal zone lymphoma, CHUR-OHG, Burkina Faso.

Introduction

Les étiologies d'une splénomégalie sont multiples. Elles peuvent être infectieuses, hématologiques, inflammatoires, tumorales ou de surcharge [1]. Les lymphomes sont une prolifération excessive des lymphocytes de la lignée B dans 85 % des cas et de la lignée T dans 15 % des cas. Cette prolifération peut se retrouver au niveau des ganglions lymphatiques, du foie, de la rate et plus rarement dans d'autres organes [2]. L'immunohistochimie reste un examen indispensable pour le typage de ces lymphoproliférations [3]. Les lymphomes de la zone marginale (LZM), rare type de lymphome non hodgkinien à lymphocytes B comprennent trois entités, que sont : les LZM extraganglionnaires développés à partir du tissu lymphoïde associé aux muqueuses (MALT) rencontré majoritairement (85%) au niveau de l'estomac [4], le LZM splénique (LZMS) et le LZM ganglionnaire. Les LZMS peuvent être source de difficultés diagnostiques

et de prise en charge dans les formes agressives[5,6]. Nous rapportons un cas de LZMS, avec extension à l'estomac traité dans le service de chirurgie du Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya (CHUR-OHG) au Burkina Faso dans le but d'illustrer ces difficultés diagnostiques et de prise en charge dans notre contexte à ressources limitées.

Cas clinique

Un cultivateur de 50 ans, à revenu modeste, a été admis dans le service pour des douleurs abdominales localisées à l'hypochondre gauche voluant depuis trois mois. Cette douleur était d'intensité 6/10 sur l'échelle visuelle analogique, sans facteur calmant ni aggravant et sans irradiation. Le patient aurait consulté dans un centre médical où il a reçu du paracétamol en comprimés. L'évolution a été marquée par une accentuation de la douleur à 8/10. Il n'y avait pas de notion de trouble du transit. L'échographie abdominale a noté des signes en faveur d'un abcès splénique. Le patient a alors été évacué au CHUR-OHG pour une meilleure prise en charge. Il n'y avait pas de notion de drépanocytose ni de douleur épigastrique. A l'examen général, l'état général était classé stade III de l'OMS, les conjonctives étaient peu colorées et anictériques. Il n'y avait pas d'oedèmes des membres pelviens. La tension artérielle était à 120/90 mm Hg, la température à 37,5°C. A l'examen de l'abdomen, on palpait à l'hypochondre gauche, une masse douloureuse, élastique, à surface lisse et à contours mal limités. L'examen des autres appareils était normal.

Une splénomégalite de grade III de HACKETT douloureuse, non fébrile était retenue.

Il a été demandé un scanner abdominal avec injection, une numération formule sanguin (NFS), une électrophorèse de l'hémoglobine, une glycémie et un bilan rénal. Le scanner abdominal après injection avait mis en évidence une plage hypodense faisant évoquer un infarctus splénique.

La NFS avait objectivé une hyperleucocytose à 12.890 éléments/ μ L à prédominance neutrophile ;

une anémie microcytaire hypochrome à 5,3g/dl. Les plaquettes étaient normales à 280.000 éléments/ μ L. L'électrophorèse de l'hémoglobine était AA, la glycémie et le bilan rénal étaient normaux. Le diagnostic d'un infarctus splénique compliqué d'une anémie microcytaire hypochrome a été retenu et une splénectomie a été indiquée. Après une évaluation du risque anesthésique (ASAII, Malampati II et Altemeier III) et une réanimation pré-opératoire, une laparotomie médiane sus ombilicale a été pratiquée. L'exploration per opératoire avait retrouvé une splénomégalie avec des adhérences épiploïques. Après une adhésiolyse, et une extériorisation de la rate, nous avons procédé à une splénectomie (figure 1).

Nous avons noté une poche de liquide d'aspect bilieux avec quelques débris alimentaires et surtout la présence de la sonde naso-gastrique qui était spontanément visible. Nous avons évoqué une perforation gastrique bouchée par la rate (Figure 2).

Nous avons procédé à une gastrectomie atypique passant à deux centimètres des berges de la perforation gastrique. On avait noté par ailleurs des adénopathies le long des vaisseaux spléniques. Une gastrorraphie avait été réalisée avec sonde nasogastrique en place. La paroi abdominale avait été fermée en deux plans sur double drainage. Les deux pièces opératoires étaient envoyées pour un examen anatomopathologique.

L'évolution avait été favorable en cinq jours et le patient était sorti de l'hôpital.

L'examen histologique avait évoqué un lymphome splénique à petites cellules avec extension par contiguïté à l'estomac (figure 3 et 4).

Conclusion : lymphome splénique à petites cellules avec extension par contiguïté à l'estomac de l'extérieur vers l'intérieur. Les tranches de section chirurgicales étaient atteintes.

Le bilan étiologique avait été complété par l'immunohistochimie, la recherche des marqueurs viraux de l'hépatite B et C, la sérologie VIH. La recherche des β 2 microglobulines n'avait pas été faite car non réalisable au CHUR-OHG. Nous n'avions pas réalisé non plus de ponction de la moelle osseuse

pour examen anatomopathologique.

Les marqueurs de l'hépatite B et C étaient négatifs de même que la sérologie VIH.

Le patient avait été revu en consultation post-opératoire 21 jours après sa sortie et il ne formulait pas de plaintes. Une échographie abdominale avait été faite et avait noté de multiples adénopathies profondes. L'immunohistochimie non disponible au CHUR-OHG avait été réalisée 158 jours après la sortie du patient à Ouagadougou et a utilisé les marqueurs CD5, CD10, CD20, CD23, BCL6, Cycline D, Ki67. Elle avait conclu à une prolifération lymphoïde d'architecture diffuse, de profil immunohistochimique. CD20+, Bcl6+, CD5-, CD10-, CD23-, Bcl1- : évoquant un Lymphome splénique de la zone marginale (Figure 5).

Le patient était décédé cinq jours après l'obtention du résultat de l'immunohistochimie.

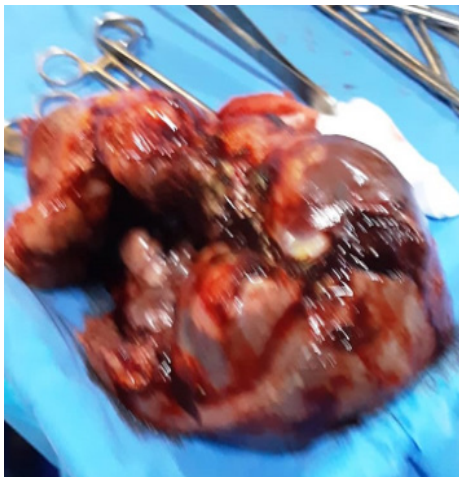


Figure 1 : Pièce de splénectomie totale

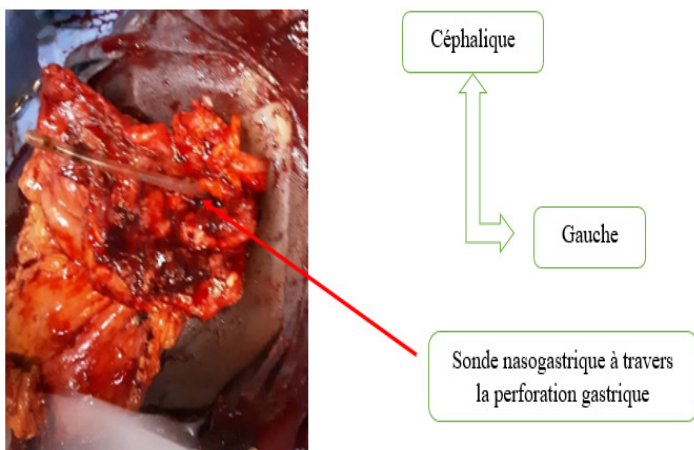


Figure 2 : Perforation gastrique avec la sonde nasogastrique visible

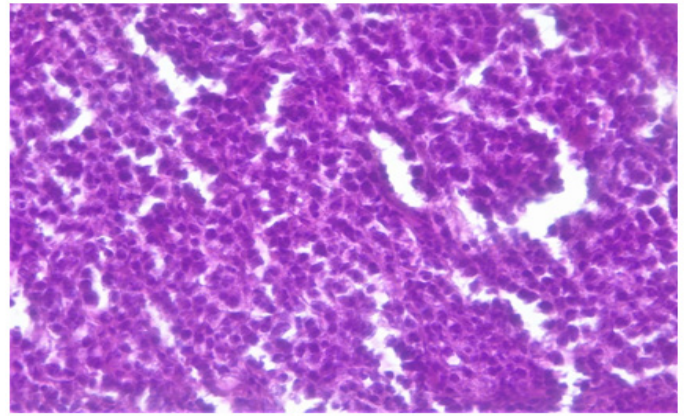


Figure 3 : Prolifération cellulaire diffuse, monotone faite de cellules lymphoïdes atypiques de petite taille de la rate

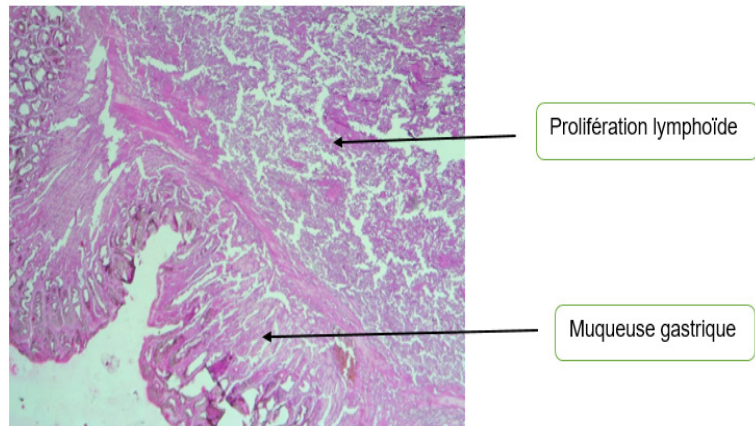


Figure 4 : Prolifération lymphoïde surmontée d'une muqueuse gastrique régulière
Coloration : hématoxyline-éosine ; faible grossissement.

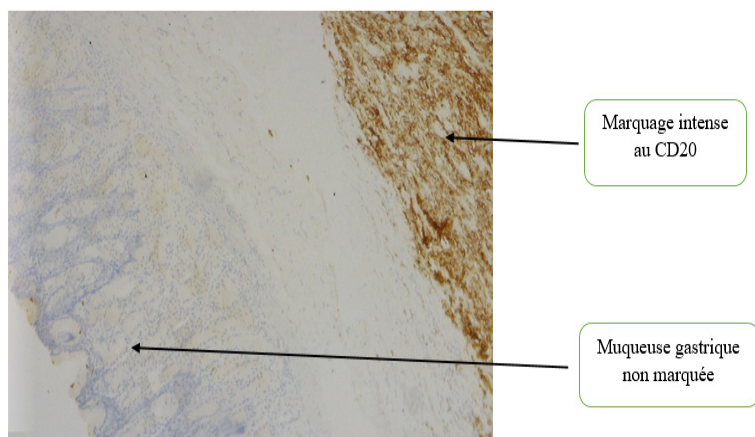


Figure 5 : Marquage par l'anticorps anti-CD20 évoquant un lymphome splénique de la zone marginale (faible grossissement).

Le patient était décédé cinq jours après l'obtention du résultat de l'immunohistochimie.

Discussion

La splénomégalie est presque toujours en rapport avec une perturbation d'une des fonctions de cet organe et les causes sont innombrables [7,8]. L'infarctus splénique survient habituellement sur une rate anormalement augmentée de volume, soit à la suite d'un syndrome myéloprolifératif, soit par occlusion vasculaire comme dans la drépanocytose, les thalassémies. La laparotomie pour infarctus splénique a permis de découvrir une splénomégalie et fortuitement une perforation gastrique bouchée par cette rate. L'examen anatomopathologique dans notre étude a conclu à un lymphome splénique primitif avec envahissement secondaire de l'estomac par des cellules homologues qui ont été responsables de la perforation gastrique en péritoine cloisoné. Dans la littérature, un cas simultané d'un lymphome diffus splénique à grandes cellules B et d'une tumeur gastro-intestinale stromale a été rapporté [9]. L'étude immunohistochimique a conclu à un lymphome splénique de la zone marginale. Sarkozy et col ont signalé la possibilité d'une extension à distance d'un lymphome du MALT [7]. Dans notre cas clinique, le LZMS serait le LNH primitif avec envahissement de l'estomac par les mêmes cellules retrouvées au niveau du LZMS. Il s'était agi donc d'une forme agressive avec l'extension à l'estomac et la présence d'adénopathies abdominales. L'indication thérapeutique aurait dû être comme celle d'un lymphome de la zone marginale ganglionnaire avec syndrome tumoral donc type « R-polychimiothérapie » comme le schéma R-CVP (Rituximab + Cyclophosphamide + vincristine et Prednisone) associée à une anthracycline avec l'existence de facteurs de mauvais pronostic [3]. Le patient est décédé cinq jours après l'obtention du résultat de l'immunohistochimie, donc avant la mise en route d'un traitement adéquat, qui du reste allait être honnête pour le patient.

Conclusion

Les lymphomes de la zone marginale splénique à

petites cellules avec colonisation de l'estomac sont rares et sont des formes agressives. Elles sont de mauvais pronostic dans notre contexte surtout marqué par un retard dans la consultation et dans l'obtention des résultats de l'immunohistochimie, seul examen pour le typage du lymphome.

*Correspondance

Salam Ouedraogo

Ouedraogo_salamdeta@outlook.fr

Disponible en ligne : 25 Janvier 2023

- 1 : Service de chirurgie général du centre hospitalier universitaire régional de Ouahigouya /Université de Ouahigouya
- 2 : Service d'anatomie et cytologie pathologiques du centre hospitalier universitaire régional de Ouahigouya /Université de Ouahigouya
- 3 : Service de chirurgie générale /pédiatrique au centre hospitalier universitaire régional de Ouahigouya
- 4 : Service de chirurgie général et digestive du centre hospitalier universitaire Yalgado Ouedraogo/Université JK-Zerbo

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2023

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Mohamed S. Lymphome à cellules de la zone marginale splénique. *Pan Afr Med J.* 1 mars 2017;26:111.
- [2] Marguet F, Fontanilles M, Bohers E, Derrey S, Langlois O, Veresezan L, et al. Lymphome de la zone marginale localisé à la dure-mère. In: *Annales de Pathologie.* Elsevier; 2020. p. 243-7.
- [3] Bonnet C, Lejeune M, Van Kemseke C, Bron D, Beguin Y. Prise en charge actuelle du lymphome de la zone marginale. *Rev Médicale Suisse.* 2015;11:1549-56.
- [4] Jamet P, Matysiak-Budnik T, Brichet L, Ruskoné-

- Fourmestreaux A. Les lymphomes gastro-intestinaux. *Oncologie*. 2018;20(5-6):107-16.
- [5] Baseggio L, Thieblemont C. Aspects biologiques et thérapeutiques des lymphomes de la zone marginale. *Rev Francoph Lab*. 2021;2021(532):56-63.
- [6] Bontoux C, Bruneau J, Molina TJ. Classification anatomopathologique des syndromes lymphoprolifératifs B chroniques. *Presse Médicale*. 2019;48(7-8):792-806.
- [7] Sarkozy C, Salles G. Actualités dans les lymphomes à petites cellules non folliculaires. *Presse Médicale*. 2019;48(7-8):859-70.
- [8] Marcombes C, Lafont E, Jullien V, Flamarion E, Dion J, Costedoat-Chalumeau N, et al. Complications du trait drépanocytaire: à propos d'une série de 6 cas. *Rev Médecine Interne*. 2020;41(9):583-90.
- [9] Chang J, Chen Q, Jian Y, Wei P, Yang GZ, Wang Y, et al. Simultaneous occurrence of splenic diffuse large B cell lymphoma and gastrointestinal stromal tumor in the stomach: a case report. *Diagn Pathol*. 25 août 2018;13(1):61.

Pour citer cet article :

Salam Ouedraogo, I Savadogo, Souleymane Ouedraogo, JL Kambire, JP Wassom, E Ouangre et al. Lymphome de la zone marginale splénique avec envahissement gastrique. *Jaccr Africa 2023; 7(1): 126-130*