



LOCALISATION RAE D'UN LYMPHOME NON HODGKINIEN TYPE B

Z. Sayad** (Dr), B. Dani* (Dr), S. Benazzou* (Pr), M. Boulaadas* (Pr)

SERVICE DE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE, HOPITAL DES SPECIALITES DE RABAT.

zahra.sayad999@gmail.com

Introduction :

Les lymphomes représentent un groupe des néoplasies hétérogènes issus des lymphocytes ou de leurs précurseurs. Ils sont dominés par les lymphomes non hodgkiniens. C'est la tumeur maligne la plus fréquente de l'extrémité cervico-céphalique, après le carcinome épidermoïde, toutefois les lymphomes non hodgkiniens (LNH) restent des tumeurs rares des maxillaires [1].

L'atteinte maxillo-faciale notamment aux cavités aériennes pose des difficultés diagnostiques vu sa rareté et son polymorphisme clinique, faisant appel aux techniques d'imagerie par tomodensitométrie. Sur le plan histologique, les formes diffuses à grandes cellules B sont prédominantes dans les localisations paranasales et, en particulier dans le sinus maxillaire [3].

Observation :

Une femme de 60 ans, sans antécédent médicochirurgical particulier, consultait pour une tuméfaction jugale droite d'allure inflammatoire évoluant depuis trois mois.

L'examen endobuccal a mis en évidence une voussure au niveau de l'arcade alvéolaire, allant de la dent 14 jusqu'à la tubérosité du maxillaire, et qui déborde sur le palais adjacent, sans pour autant combler le vestibule avec une mobilité dentaire très importante. La palpation retrouvait une masse de consistance ferme faisant corps au maxillaire, très sensible.

Le cliché panoramique dentaire a révélé une image radioclaire diffuse dans la région maxillaire droite, sans limite nette, avec disparition de la limite du bas fond sinusien homolatéral.

Le scanner mis en évidence un volumineux processus tissulaire agressif centré sur le sinus maxillaire droit, entraînant une ostéolyse de ses parois osseuses et du palais osseux homolatéral, de la paroi latérale de la fosse nasale qui est comblée avec infiltration des parties molles en regard, notamment les muscles ptérygoidiens (figure 2, 3).

Ces éléments cliniques et radiologiques ont été en faveur d'un processus tumoral. Dans cette optique une biopsie a été réalisée, et l'examen histologique a montré : Une muqueuse malpigiennne non kératinisée sous-tendant un chorion siège d'une prolifération tumorale d'architecture diffuse et d'allure lymphomateuse (figure 4). Un immunomarquage complémentaire (figure 4) a été réalisé, il a objectivé : un marquage positif des cellules tumorales par l'anti CD20, l'absence d'expression de l'anti CKA1/AE3, le Ki67 marque à peu près de 100% de cellules tumorales B à grandes cellules. L'ensemble de ces éléments immunohistochimiques est caractéristique d'un lymphome diffus à grandes cellules B, de haut grade de malignité selon la classification REAL.

Un bilan d'extension incluant une radiographie pulmonaire, une échographie cervicale et abdominale, et une TDM thoraco-abdominale a été réalisé et n'a pas objectivé de dissémination ni d'autres localisations. Donc on a conclu à un lymphome diffus type B de haut grade, primitif, localisé au sinus maxillaire droit et classé stade IV selon la classification de Ann Arbor.

La prise en charge thérapeutique a consisté à réaliser six cures de chimiothérapie polyvalente de type R-CHOP associée à une radiothérapie externe. La réponse au traitement a été très favorable avec une rémission complète. Un suivi oncologique a été instauré. Après deux ans, aucune récurrence ou extension n'a été observée.

Discussion :

Les lymphomes sont des proliférations malignes intéressant le tissu lymphoïde à différents stades de maturation. Ils sont classés en deux entités principales : les lymphomes hodgkiniens (LH) et les lymphomes non hodgkiniens (LNH), en fonction de leurs profils histologiques et de leur comportement clinique. Les LH ne représentent que 14 % environ des lymphomes, le reste étant des LNH [3].

Au niveau de l'extrémité cervico-faciale, les LMNH extra-ganglionnaires sont retrouvés dans 20 à 50% des cas, dont l'anneau lymphatique de Waldeyer est le siège le plus fréquemment atteint (70 %), viennent ensuite les glandes salivaires principales. Par contre l'atteinte maxillo-faciale est rare.

En revanche, les LNH des cavités aériennes de la face sont rares, les localisations dans le sinus maxillaire et dans la paroi externe des cavités nasales sont les plus habituelles.

La symptomatologie est fonction de la localisation, de l'extension du processus tumoral et de l'atteinte osseuse. Les signes d'appel peuvent être ceux d'un syndrome obstructif à type de sinusite maxillaire chronique ou d'un processus inflammatoire odontogène pour les lymphomes de bas grade.

Le caractère plus agressif des lymphomes de haut grade se traduit par une extension et un envahissement des structures osseuses de voisinage, responsables d'un syndrome tumoral nasosinusal avec l'apparition de signes neurologiques de type hypoesthésie douloureuse. Le diagnostic différentiel se pose essentiellement avec les autres tumeurs des maxillaires en particulier avec le carcinome épidermoïde [4].

L'examen tomodensitométrique est essentiel pour l'appréciation de l'envahissement osseux et pour l'estimation de la taille de la lésion en vue de sa Classification TNM [5]. Les lésions lymphomateuses sont habituellement d'aspect parenchymateux, isodense, avec envahissement des cavités de voisinage. Le diagnostic de certitude ne peut être établi que par la définition histologique de la prolifération tumorale et la caractérisation de son phénotype par étude immunohistochimique [3]. Ces critères immunohistochimiques sont indispensables à la prise en charge thérapeutique car ils constituent avec le stade de la maladie les deux principaux facteurs pronostiques [3, 10]. Le système de classification le plus utilisé pour la stadification du LNH est celui d'Ann Arbor, qui tient compte du nombre de sites tumoraux (ganglionnaires et extraganglionnaires) et de leur emplacement, ainsi que de la présence ou de l'absence de symptômes B [5, 2].

Le traitement de ces lymphomes est basé sur une chimiothérapie polyvalente isolée ou associée à une radiothérapie externe (30 à 50 Grays) dans les cas les plus avancés (T3, T4) [4]. Les formes cliniques isolées (stade IA E) sont habituellement de bon pronostic avec une survie allant de 70% à 100% à 5 ans [3, 4].

Bibliographie :

1. Sabani H, Fiqhi K, Allaoui M, El Khatib K. A rare case of a type B non hodgkin lymphoma of maxillary sinus © EDP Sciences | AOS 2017 | <https://doi.org/10.1051/aos/2017042>
2. Kemp S, Gallagher G, Kabani S, Noonan V, O'Hara C. Oral non-Hodgkin's lymphoma: review of the literature and World Health Organization classification with reference to 40 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2008;105(2):194-201. Epub 2007 Jun 29
3. Lu P. Staging and classification of lymphoma. *Semin Nud Med.* 2005;35(3):160-4.
4. Yasumoto M, Tsuras, Shibayashi, Hondam. Primary malignant lymphoma of the maxillary sinus: CT and MRI. *Neuroradiology* 2000; 42: 285-9.
5. Proulxgn, Caudra- Garcia, Ferruy, Harrisn, Greowor, Kayau, Chana, Wangcc. Lymphoma of the nasal cavity and paranasal sinuses: treatment and outcome of early-stage disease. *Am J Clin Oncol* 2003; 26: 6-11.



Figure 1: Aspect clinique
a) vue de face b) expression endo buccale



Figure 2: coupes axiale TDM massif facial (processus prenant le snus maxillaire droit et FN dte)

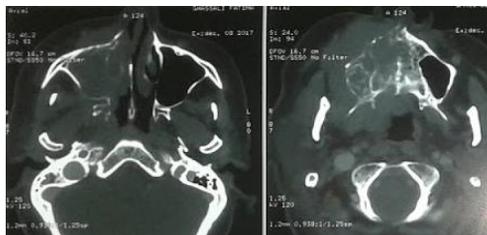


Figure 3: coupes axiale TDM massif facial (processus lytique)

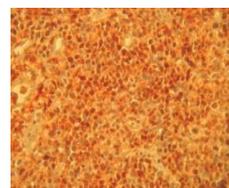
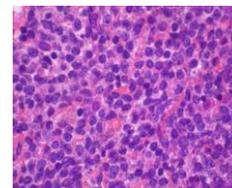


Figure 4: images histologique et immunohistochimique de LMNH