

# **4<sup>ème</sup> séminaire-atelier anatomo-clinique sur les lymphomes**



## **Cas clinique Présentation atypique d'un lymphome T**

R. Rjiba – L. Ben Yacoub Abid

Service de Médecine Carcinologique FH Sousse

Service d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques FH Sousse



# Terrain

---

- **Madame M.M**
- **Age : 56 ans**
- **Antécédents :**
  - Hépatectomie droite pour un kyste hydatique du foie il y a 20 ans**



# **Histoire de la maladie**

---

- **Octobre 2005**
- **Poly adénopathies cervicales bilatérales augmentant progressivement de taille**
- **Pas de fièvre**  
**Pas de sueurs nocturnes**  
**Pas d'amaigrissement**



# Examen initial

---

- OMS=0
  - Poids: 66 kg                      Taille: 159 cm
  - ADP jugulo carotidienne droite de 7 x 5 cm ferme, mobile et indolore
- ADP spinale droite de 4 x 2 cm de même aspect
- Pas d'ADP axillaires ou inguinales
  - Le reste de l'examen : RAS



**Biopsie ganglionnaire spinale**

(13/12/05)



# Histologie

---

- **Localisation ganglionnaire d'un lymphome hodgkinien de type cellularité mixte CD15 + , CD 30+**



# Bilan d'extension

---

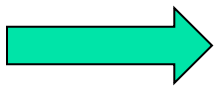
- **TDM thoraco-abdomino-pelvienne (27/12/05)**
  - ADP infracentimétriques latéro-trachéales droites ,dans la loge de Baréty et en sous carinaire
  - Plusieurs nodules sous pleuraux gauches de 3 à 5 mm
  - Foie dysmorphique en rapport avec une hépatectomie droite
- **Examen ORL:** normal
- **BOM :** normale



# Biologie

---

- **VS : 29/61**
- **LDH : 362 (N)**
- **NFS : GB=4300 (73% PNN , 17% lymphocytes)**  
**Hb=12,6 g/dl**  
**Plq=291000**
- **Reste du bilan biologique : normal**
- **Sérologie hépatite virale B+C : négative**
- **Sérologie HIV: négative**



**MDH stade IV pulmonaire**  
**Groupe V thérapeutique**



# Traitement-Evaluation

---

- Chimiothérapie type ABVD X 4 cycles du 17/01/06 au 08/05/06
- Bonne tolérance
- Évaluation :
  - clinique** : disparition des ADP cervicales
  - TDM** (3/06/06) : aspect stables des ADP médiastinales de taille infracentimétriques + disparition des nodules sous pleuraux





# Traitement-Evaluation

---

- Poursuite de la CT type ABVD X 04 cycles

du 10/6/06 au 09/10/06

- Évaluation :

→ **Clinique:** RAS

→ **TDM** (16/10/06) : absence de signe d'évolutivité

ou de récurrence. Persistance de ganglions

infracentimétriques de la chaîne médiastinale

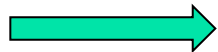
antérieure et de la loge de Baréty.



# Évolution

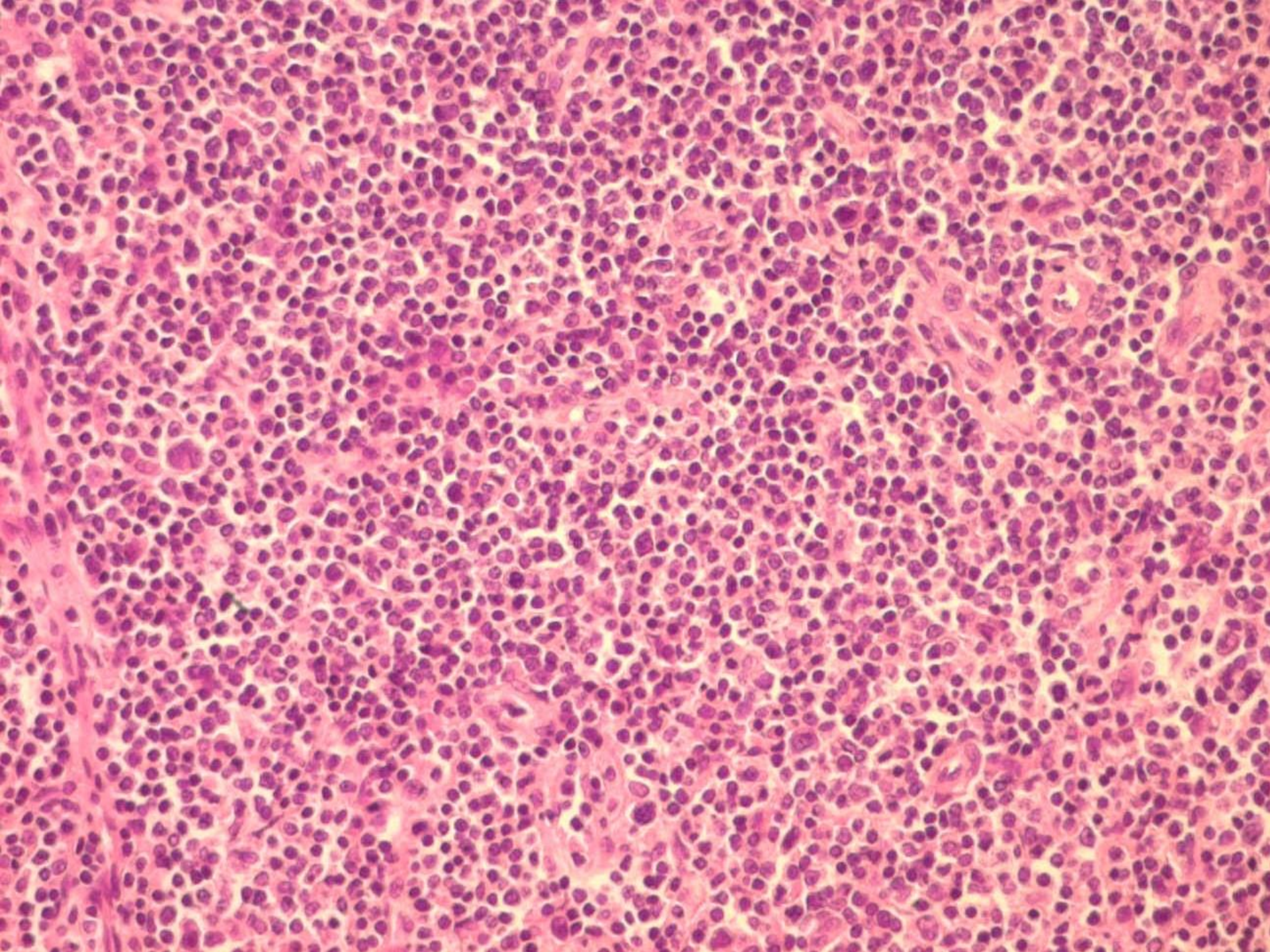
---

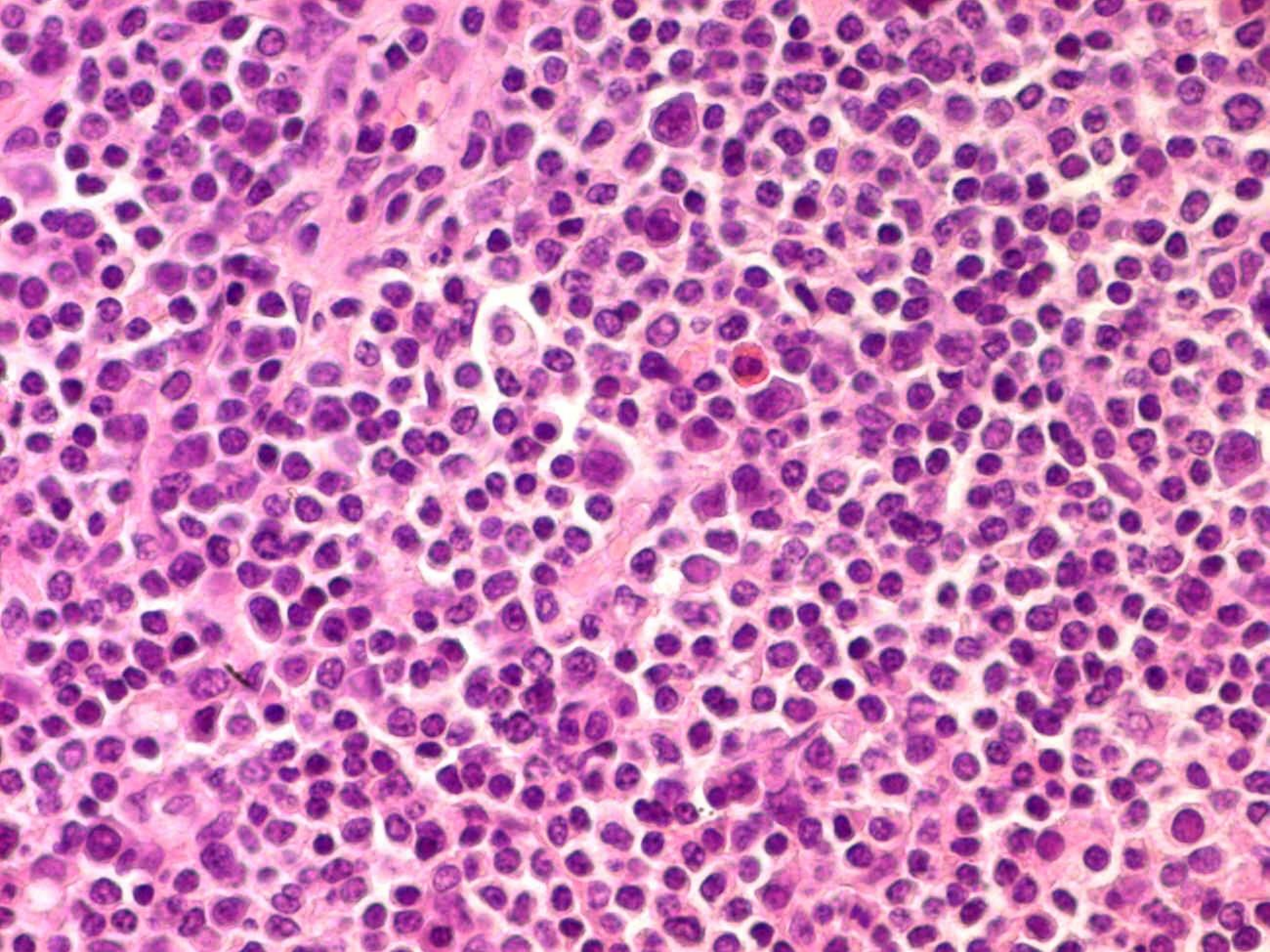
- **Décembre 2006 (= 2 mois de la fin du ttt):**
  - **ADP inguinale gauche de 04 cm ferme, mobile et indolore**
  - **Plusieurs ADP cervicales bilatérales de taille infra centimétriques**
  - **Le reste de l'examen : RAS**

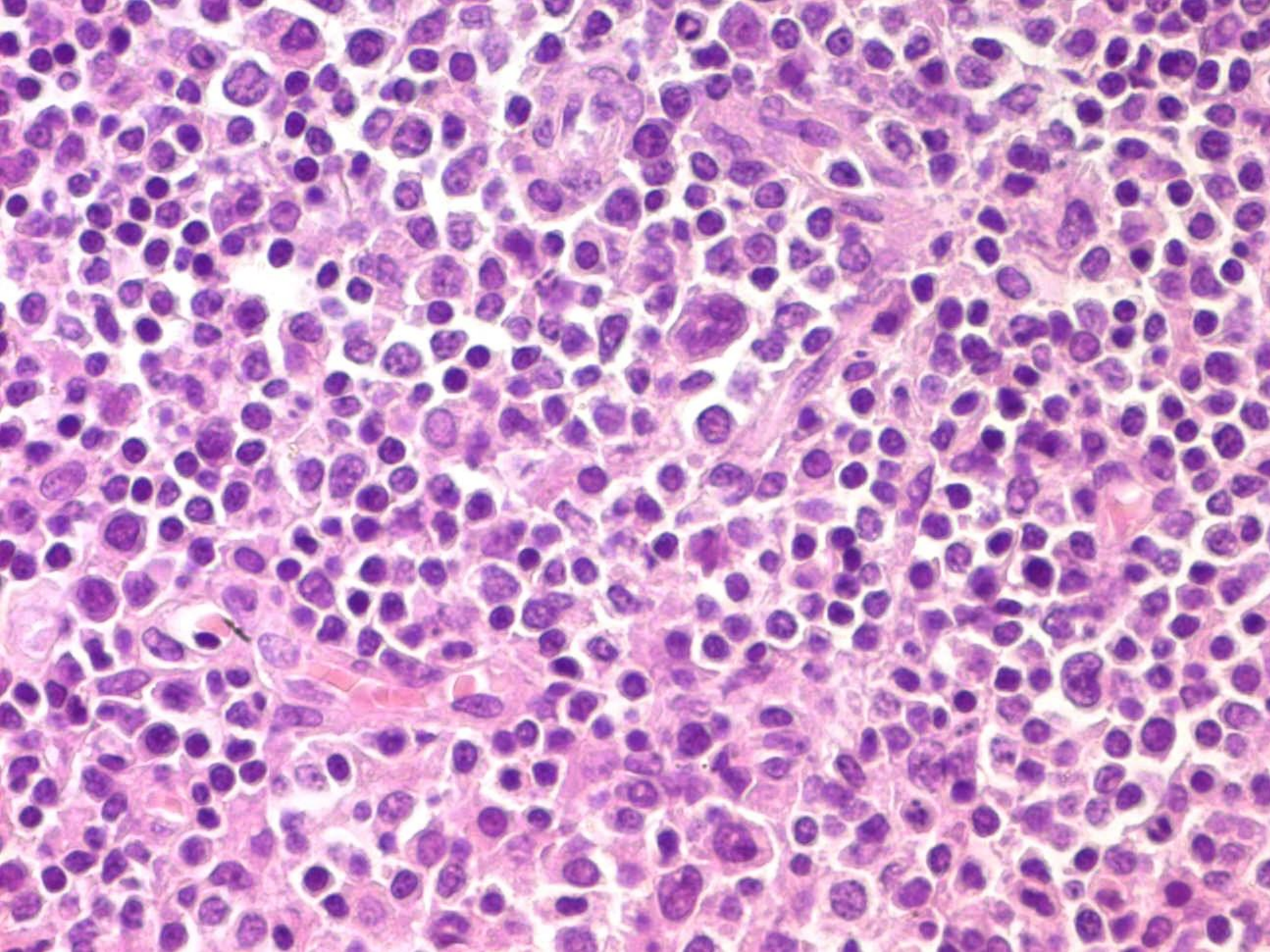


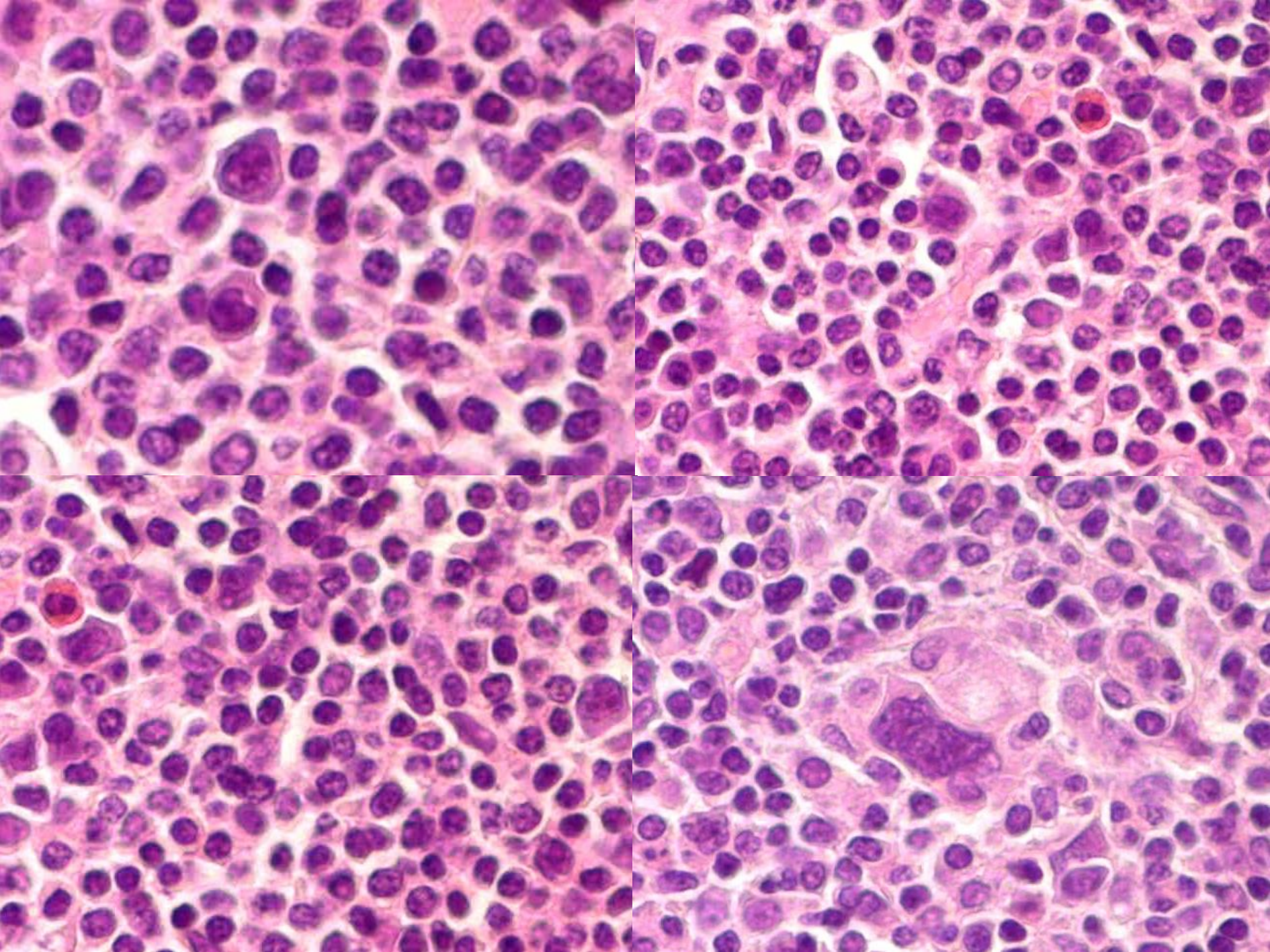
**Biopsie ganglionnaire inguinale**

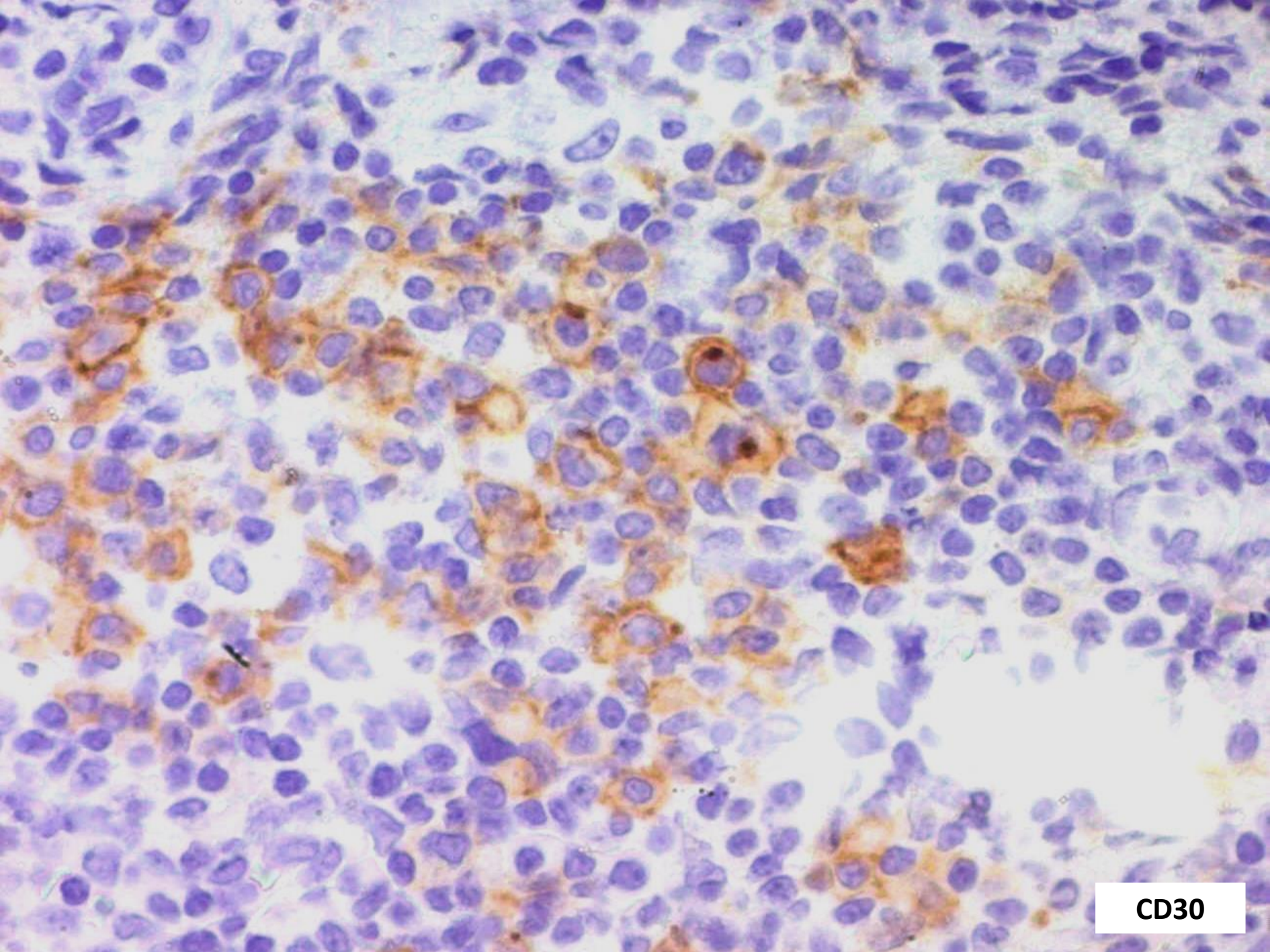
**(17/01/07)**



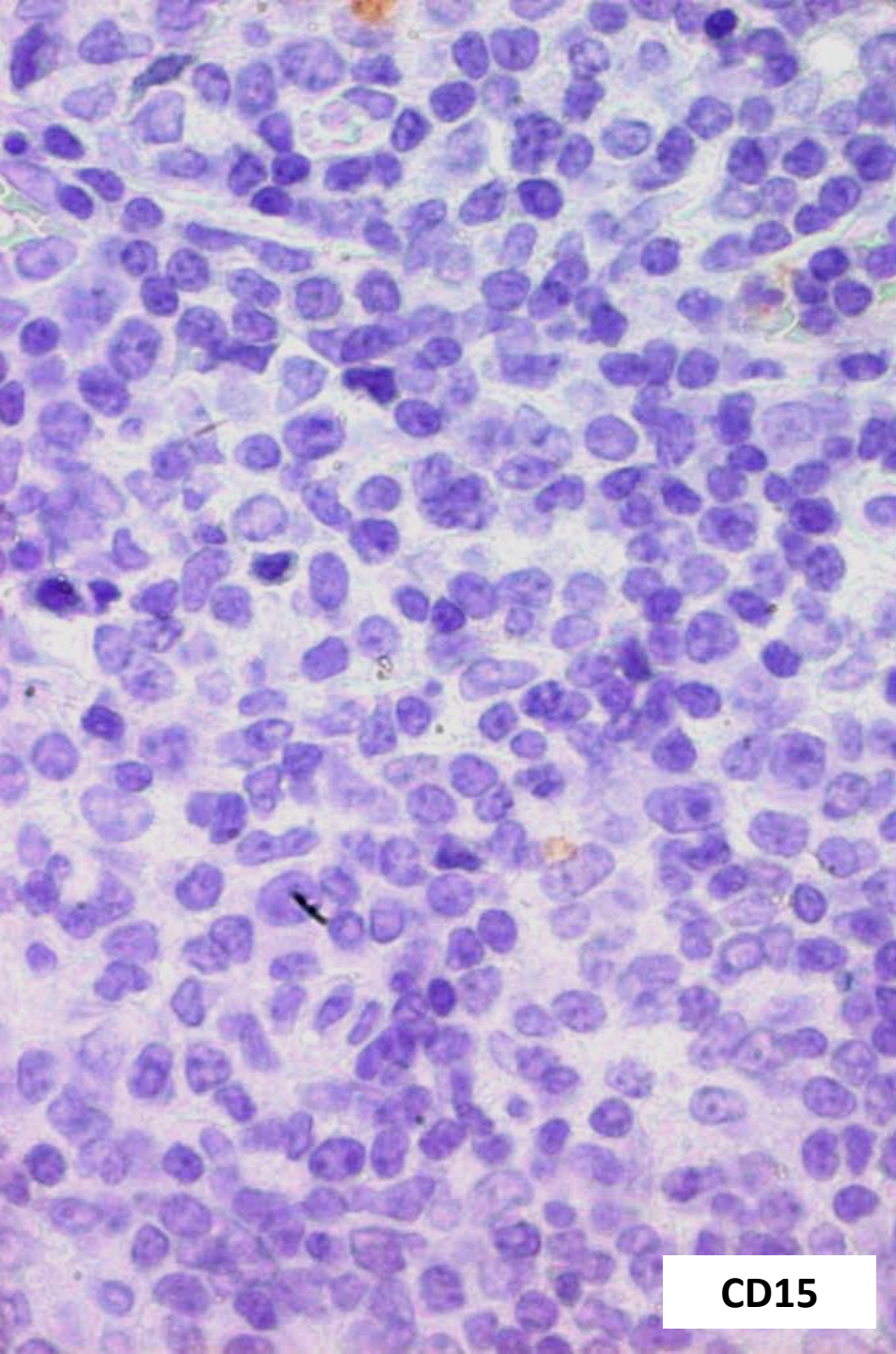




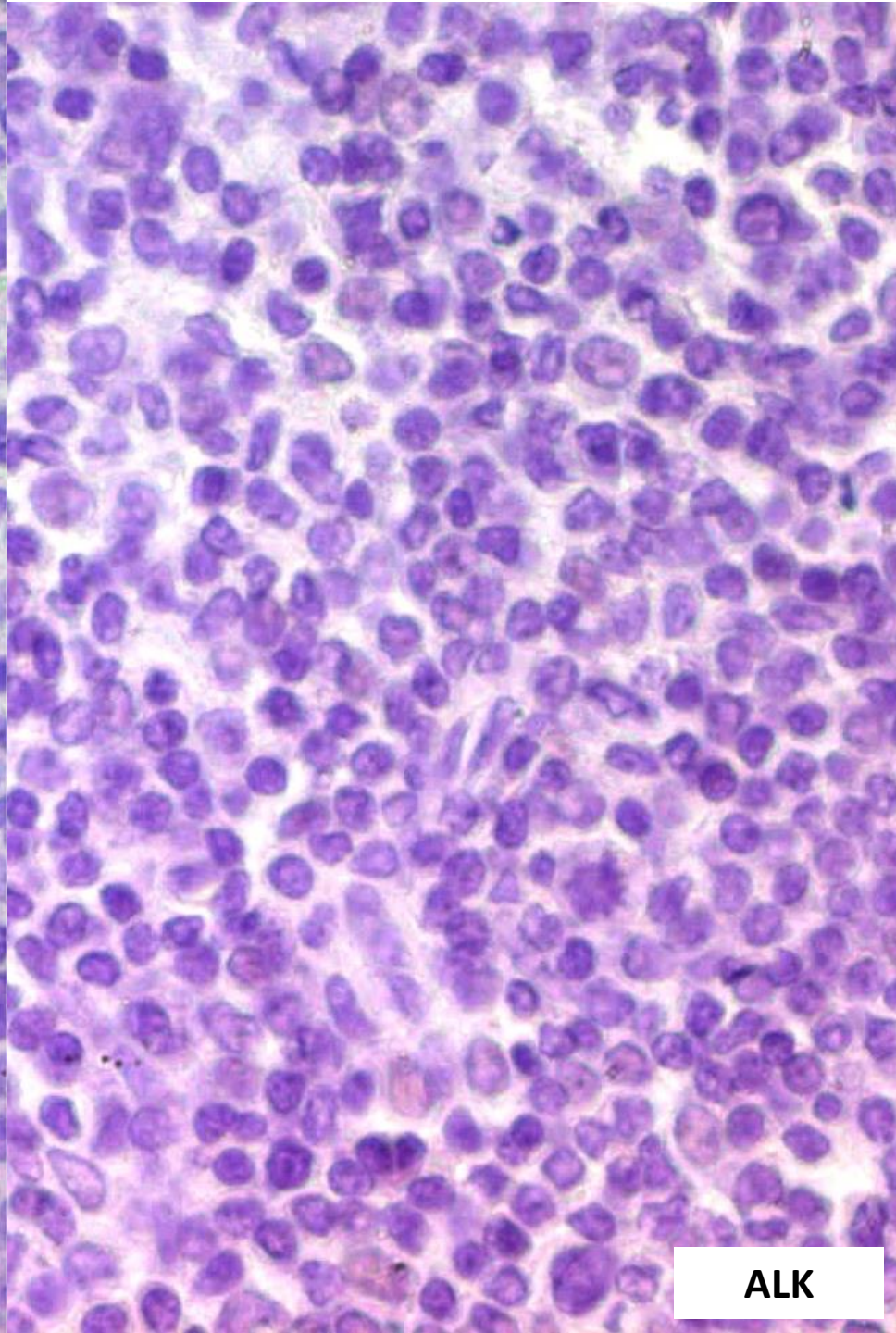




CD30

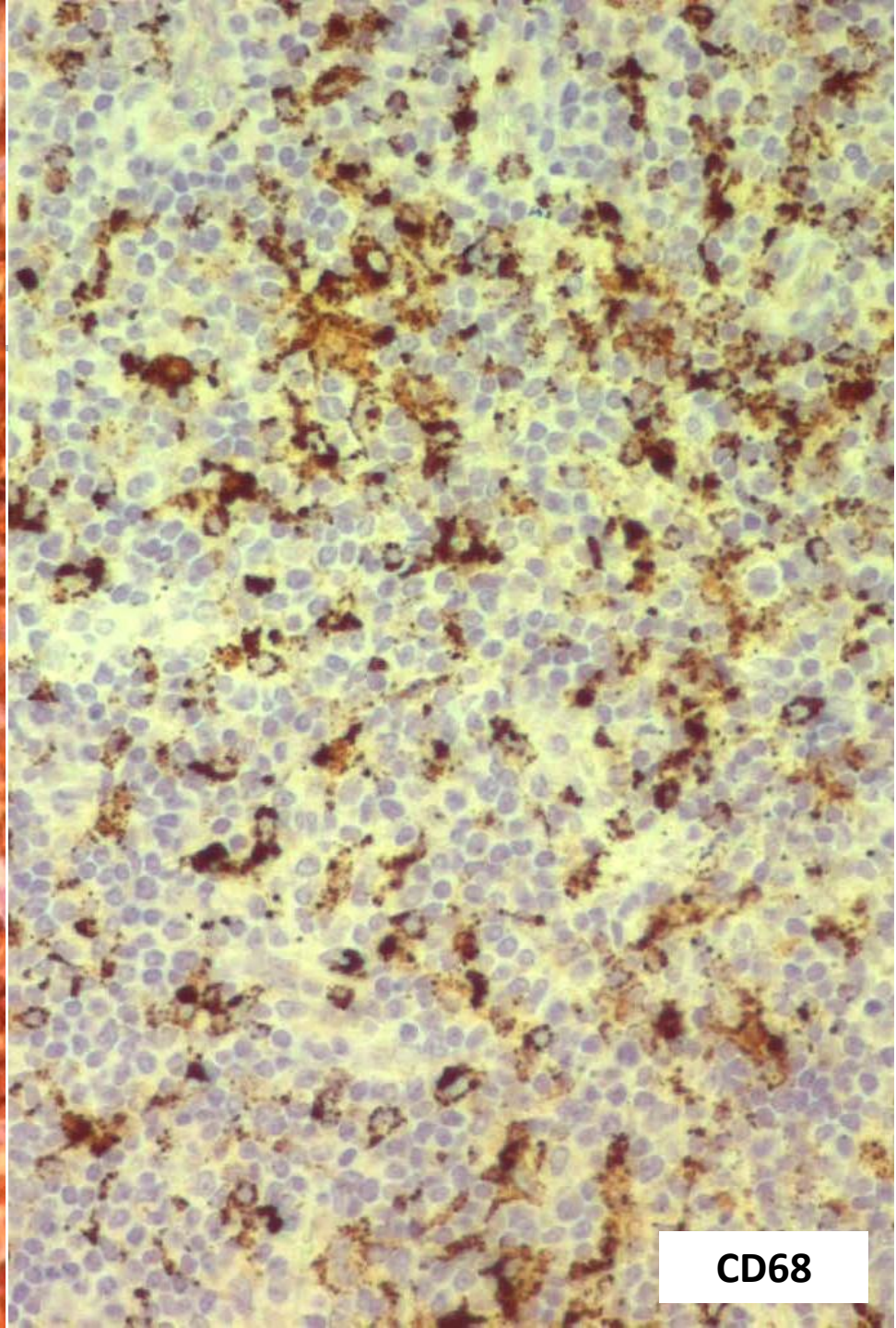
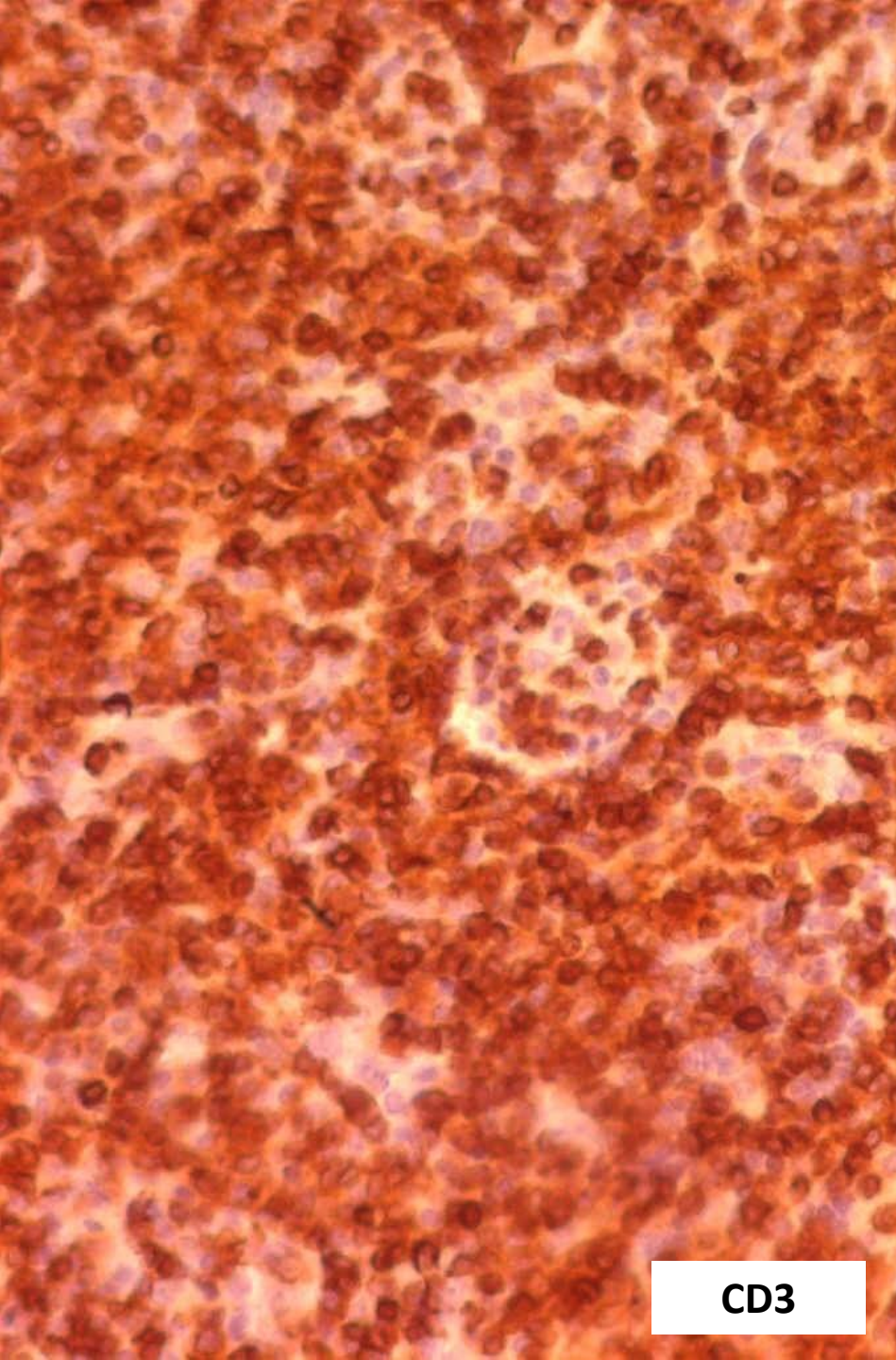


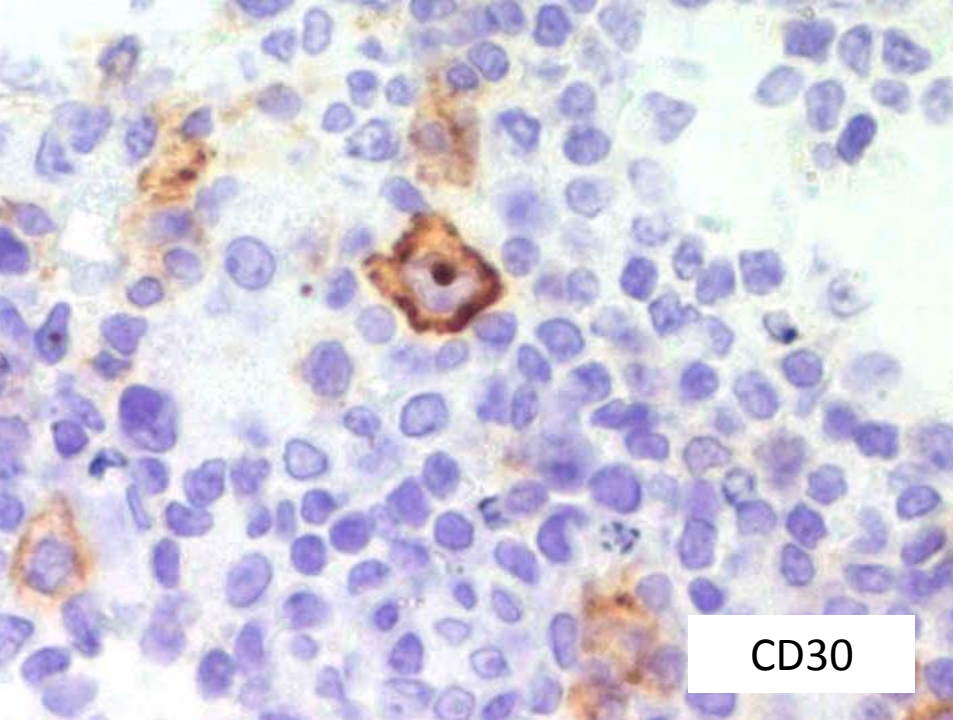
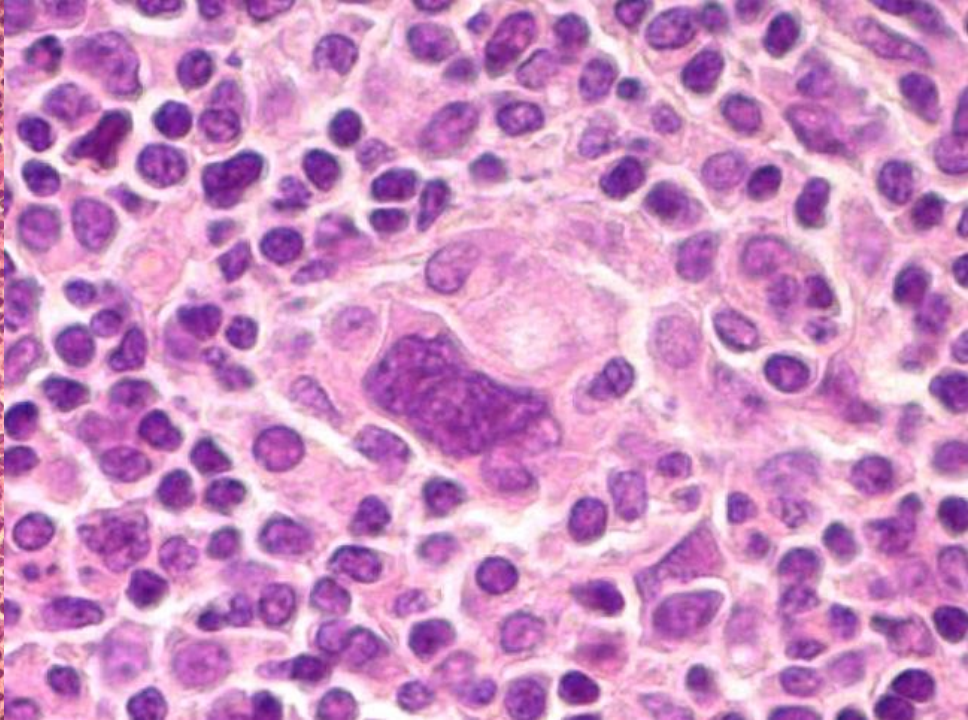
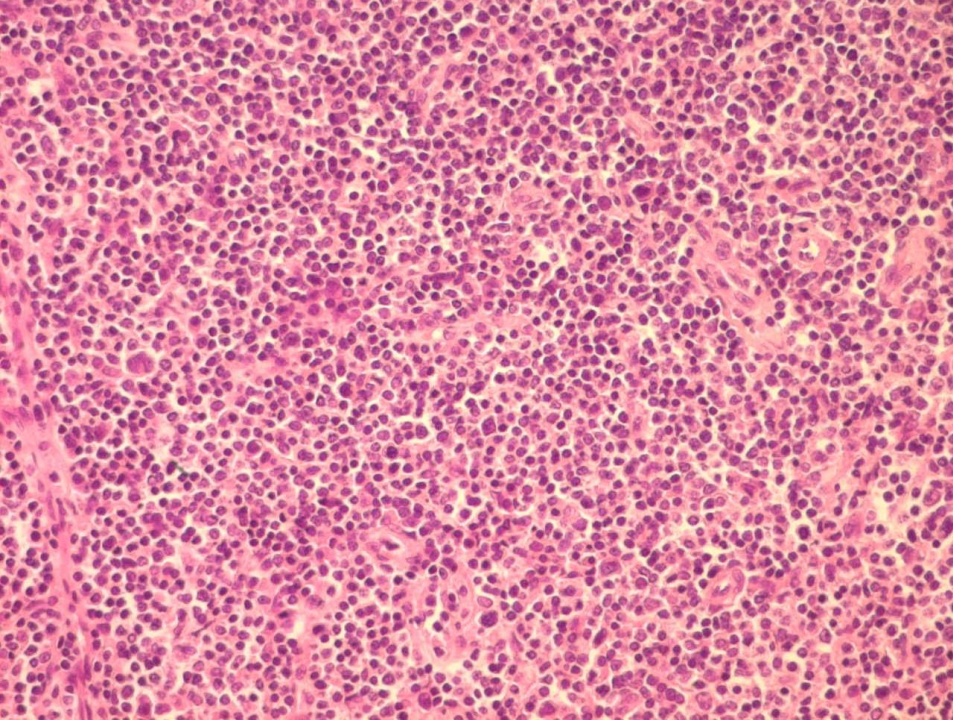
**CD15**



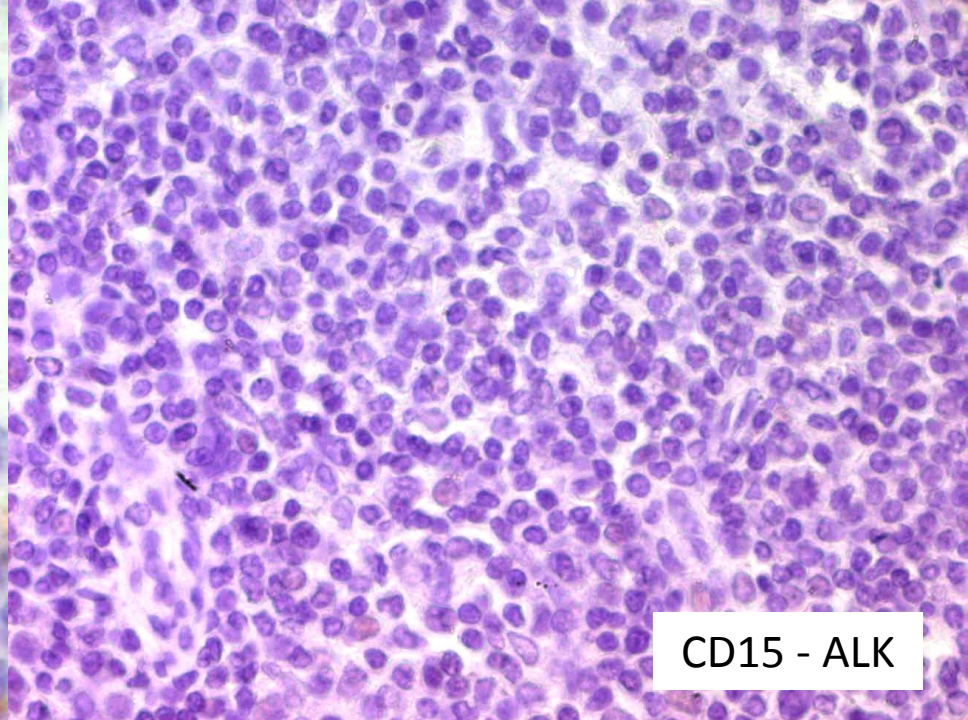
**ALK**







CD30



CD15 - ALK

- 
- 
- **Récidive ganglionnaire d'un lymphome hodgkinien de type cellularité mixte CD 30+ , CD15 -**



# Bilan d'extension

---

- **TDM thoraco-abdomino-pelviennne**  
(21/12/06)
  - Aspect stable des ADP médiastinales
  - Présence d'un micro nodule sous pleural du lobe moyen gauche
- **Ex ORL** : normal
- **BOM** : normale



# Bilan d'extension

---

- **FOGD** : muqueuse antrale pétéchiiale avec aspect micro nodulaire au niveau du fundus  
  
biopsie : gastrite antrale chronique HP+++  
  
absence de prolifération tumorale
- **Transit du grêle** : normal



# Traitement

---

- Chimiothérapie type ESHAP X 2 cycles
  - Bonne tolérance
  - Disparition des ADP cervicales
- Intensification thérapeutique avec autogreffe de CSP  
18/04/07
- Évaluation :
  - **Examen clinique**: RAS
  - **TDM** : aspect stable des ganglions médiastinaux et des micro nodules parenchymateux sous pleuraux gauches

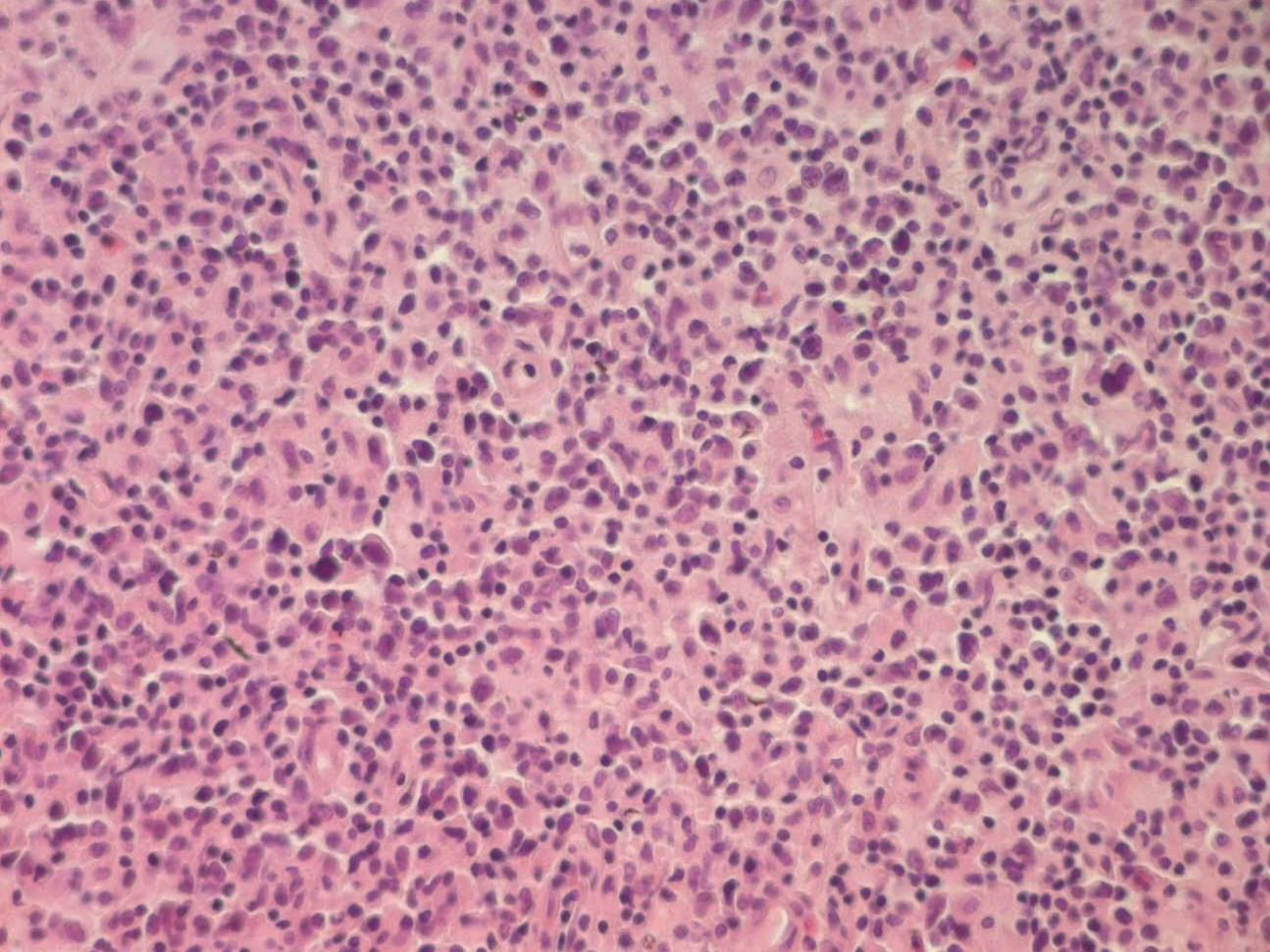


# Évolution

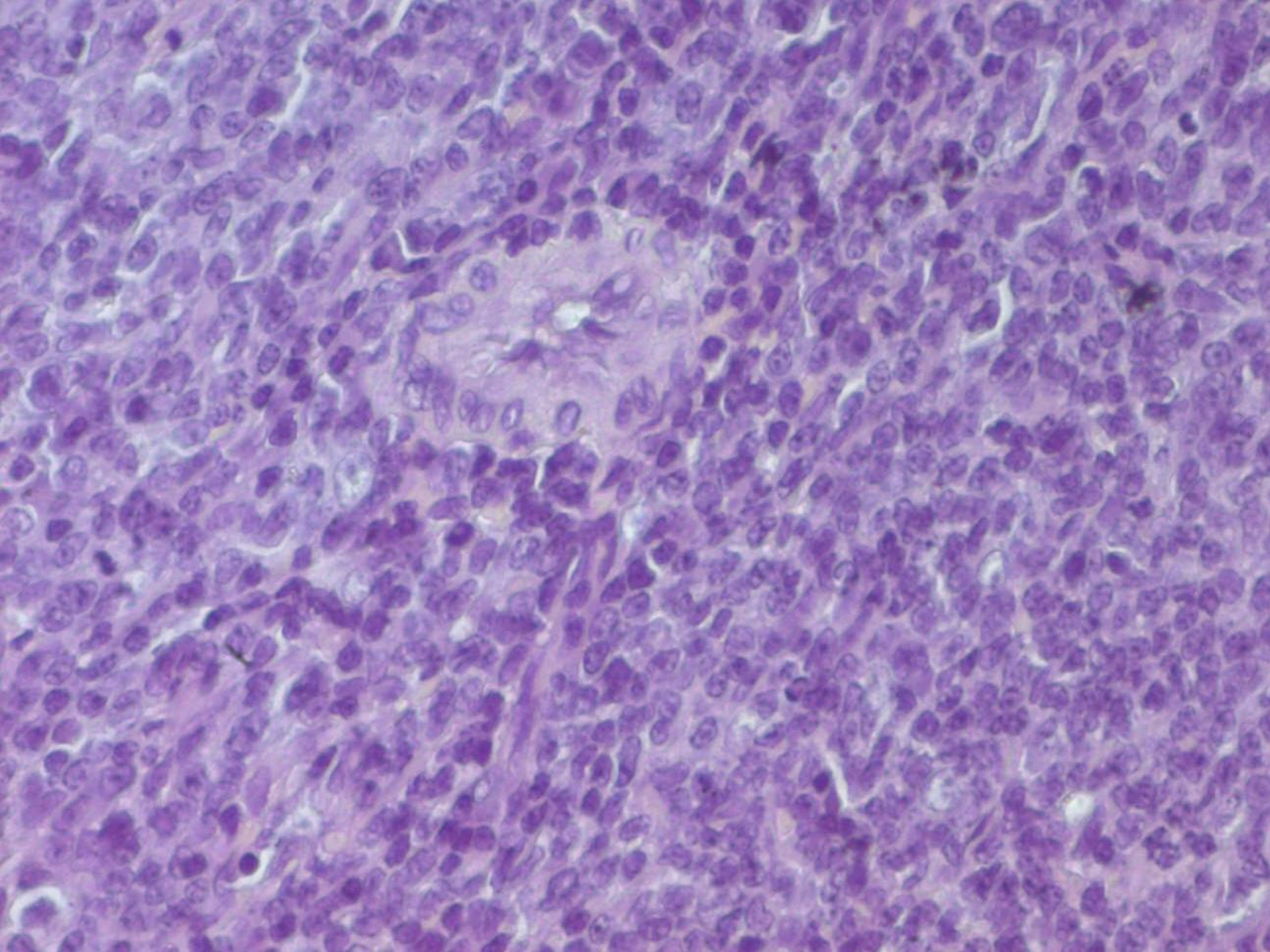
---

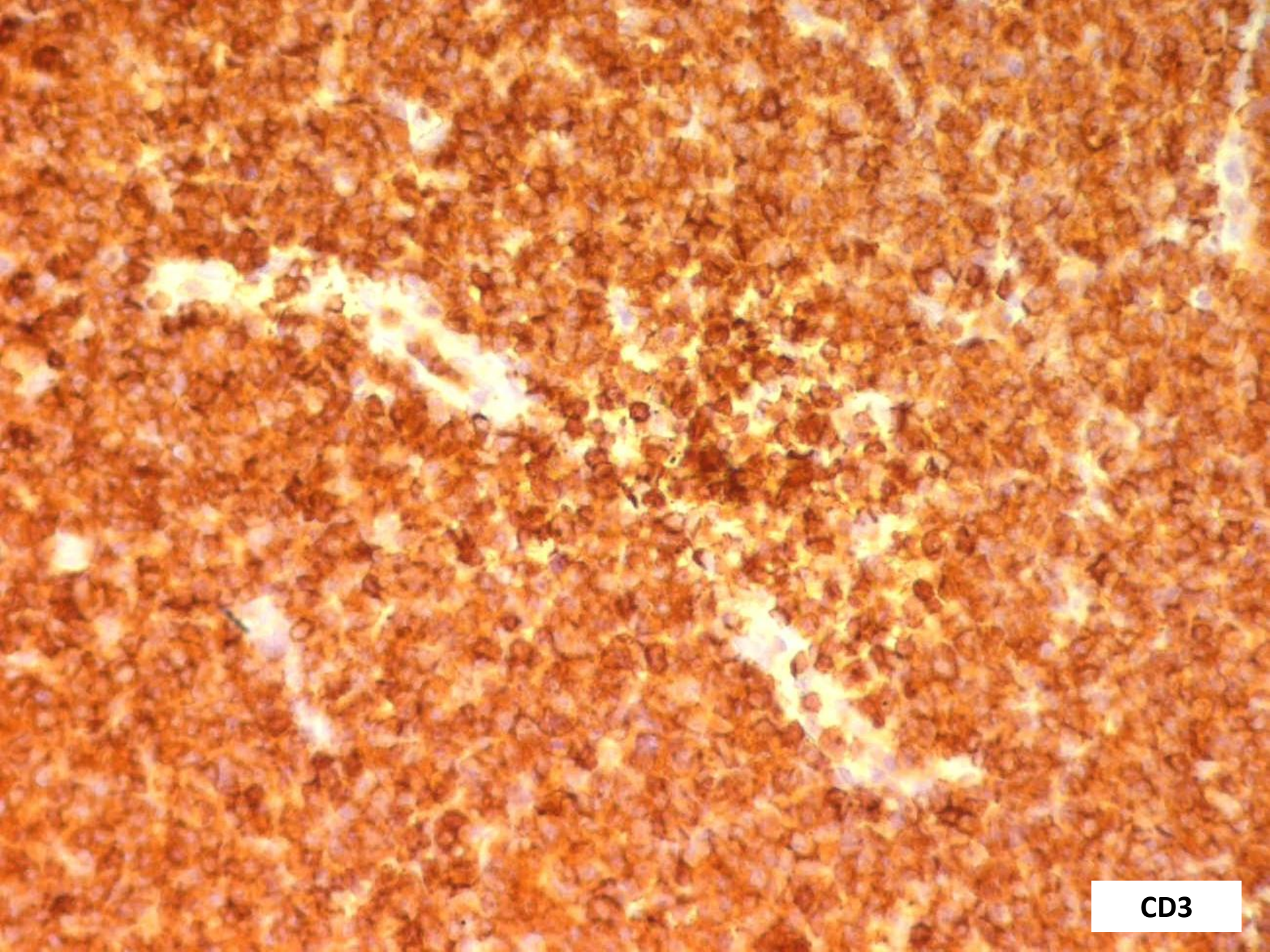
- **Thrombopénie  $\approx$  70000 – 80000 persistante**
- **Octobre 2007 (6 mois):**
  - **ADP sub-mandibulaire droite de 4x2,5 cm**
  - **ADP axillaire gauche de 2,5 cm**
  - **ADP inguinale droite de 1x1 cm**

 **Biopsie ganglionnaire sub-mandibulaire (21/11/07)**

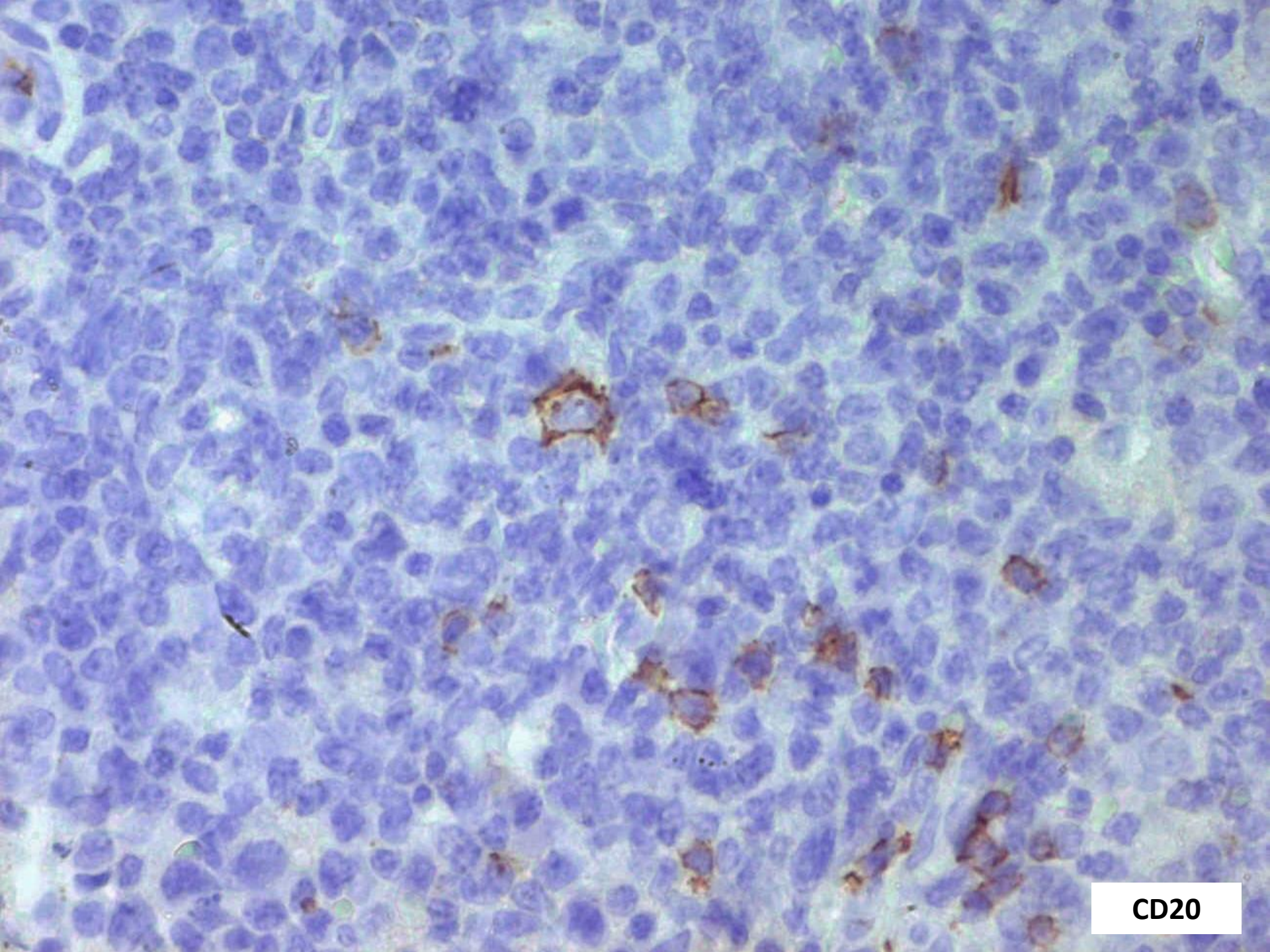




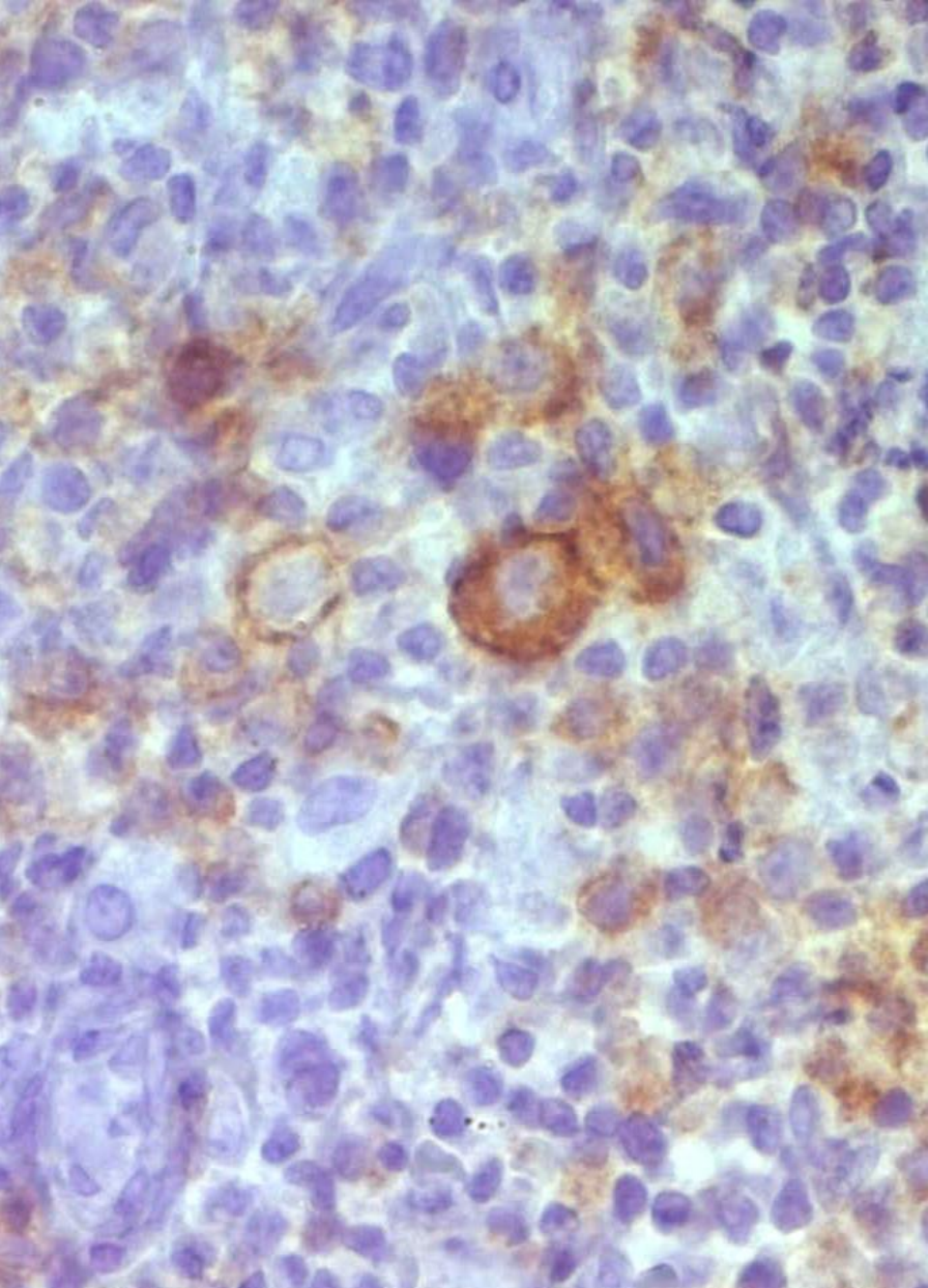




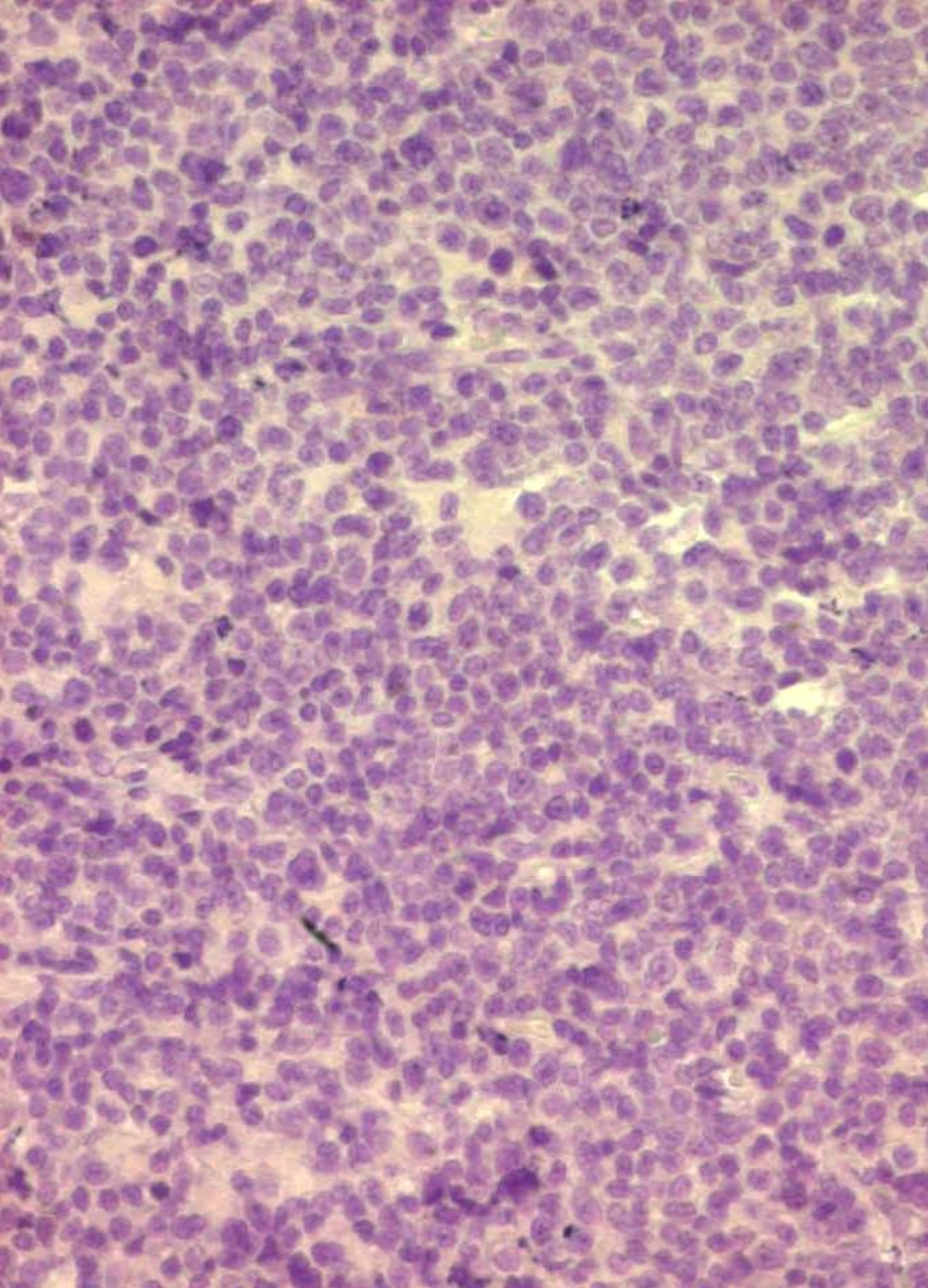
**CD3**



**CD20**



**CD30**



**CD15**

# PCR

BL M P C

16051/07

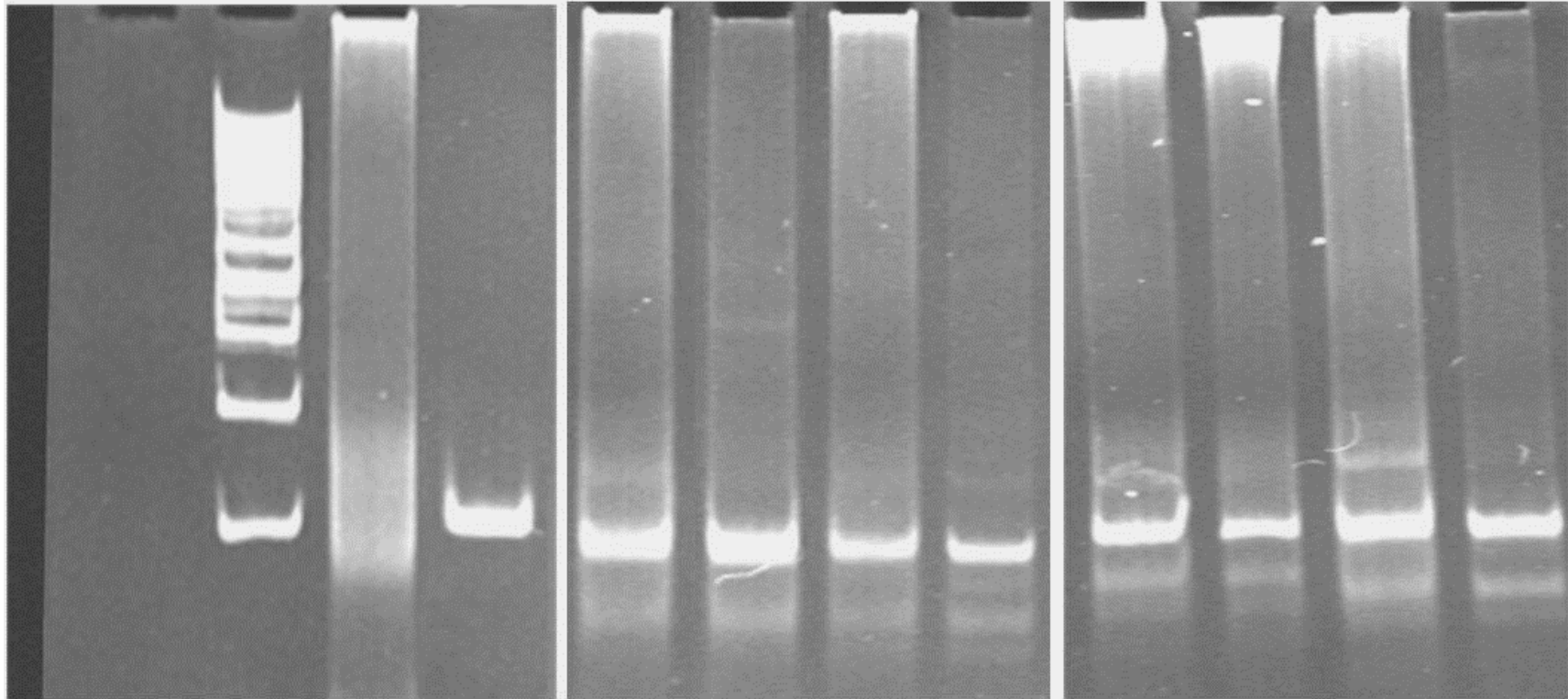
827/07

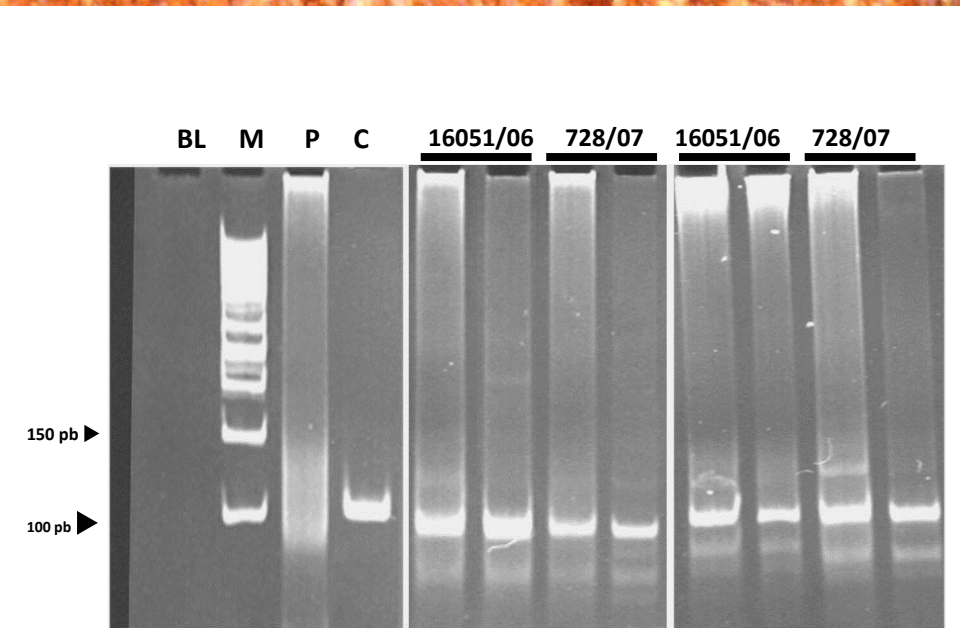
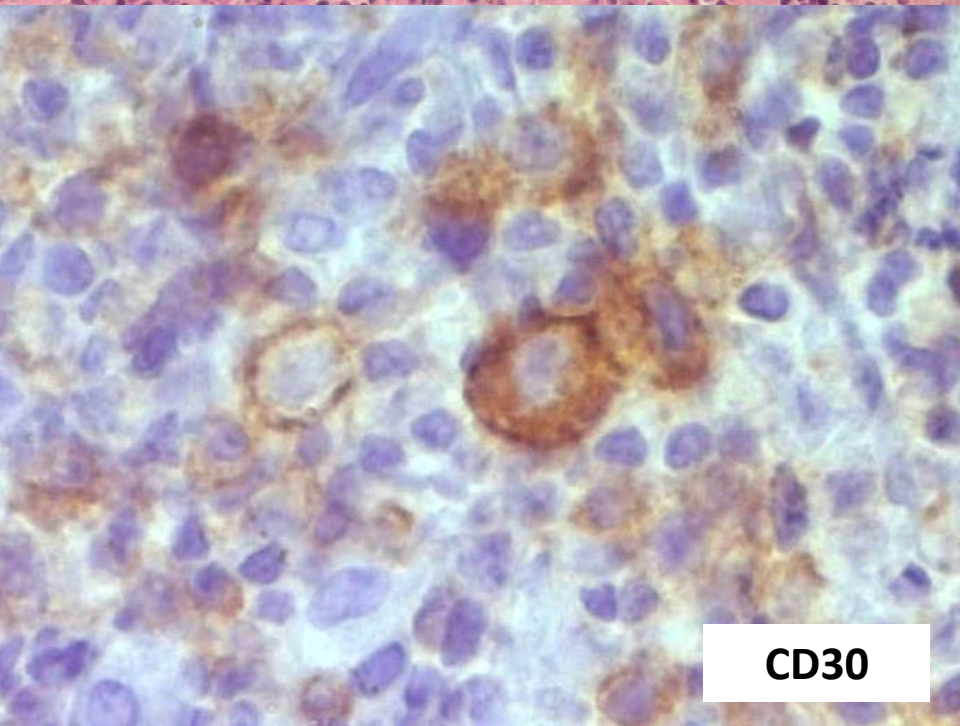
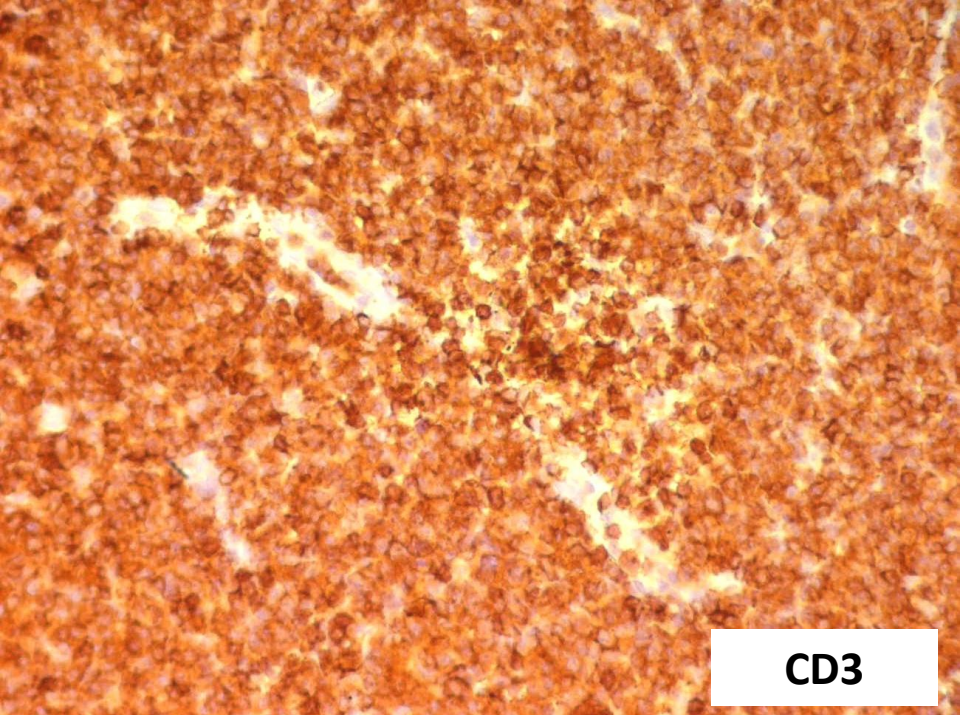
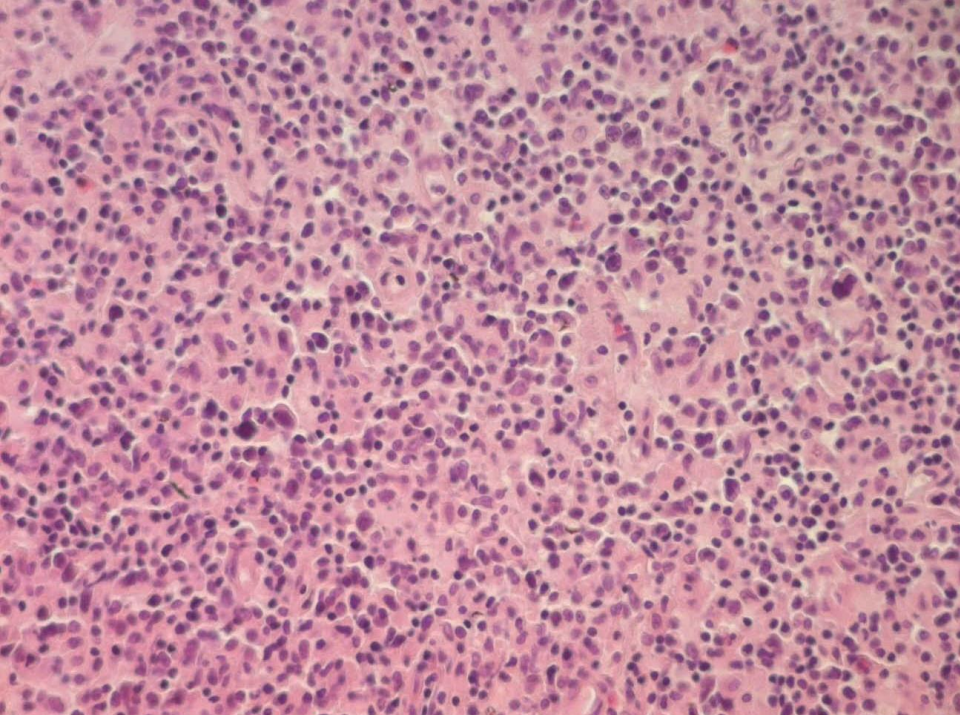
16051/07

827/07

150 pb ▶

100 pb ▶





- 
- 
- Lymphome T périphérique sans autre précision



# Bilan d'extension

---

- **TDM thoraco-abdomino-pelvienne** :
  - Aspect stable des ganglions médiastinaux et des micro nodules sous pleuraux gauches
  - ADP axillaires + inguinales bilatérales
- **BOM** : normale

## Biologie

- Thrombopénie persistante à 35000- 40000
- Le reste du bilan : nle





# Traitement

---

- Chimiothérapie type CHOP X 3 Cycles

 mal supportée sur le plan hématologique

(Aplasie médullaire persistante)

**Myélogramme:** Moelle de richesse moyenne

Mégacaryocytes rares

Discret retard de maturation nucléaire de la lignée granuleuse

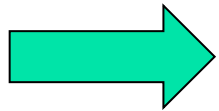
avec un pourcentage de blastes à la limite de la normale et des signes de dysgranulopoïèse

la lignée érythroblastique présente de nombreux signes de dysérythropoïèse



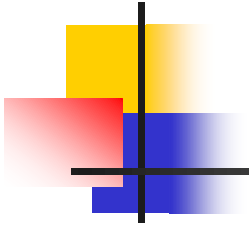
# Évolution

---



Progression tumorale

- Décédée en septembre 2008 ( 03 ans du diagnostic ) dans un tableau d'insuffisance médullaire sévère



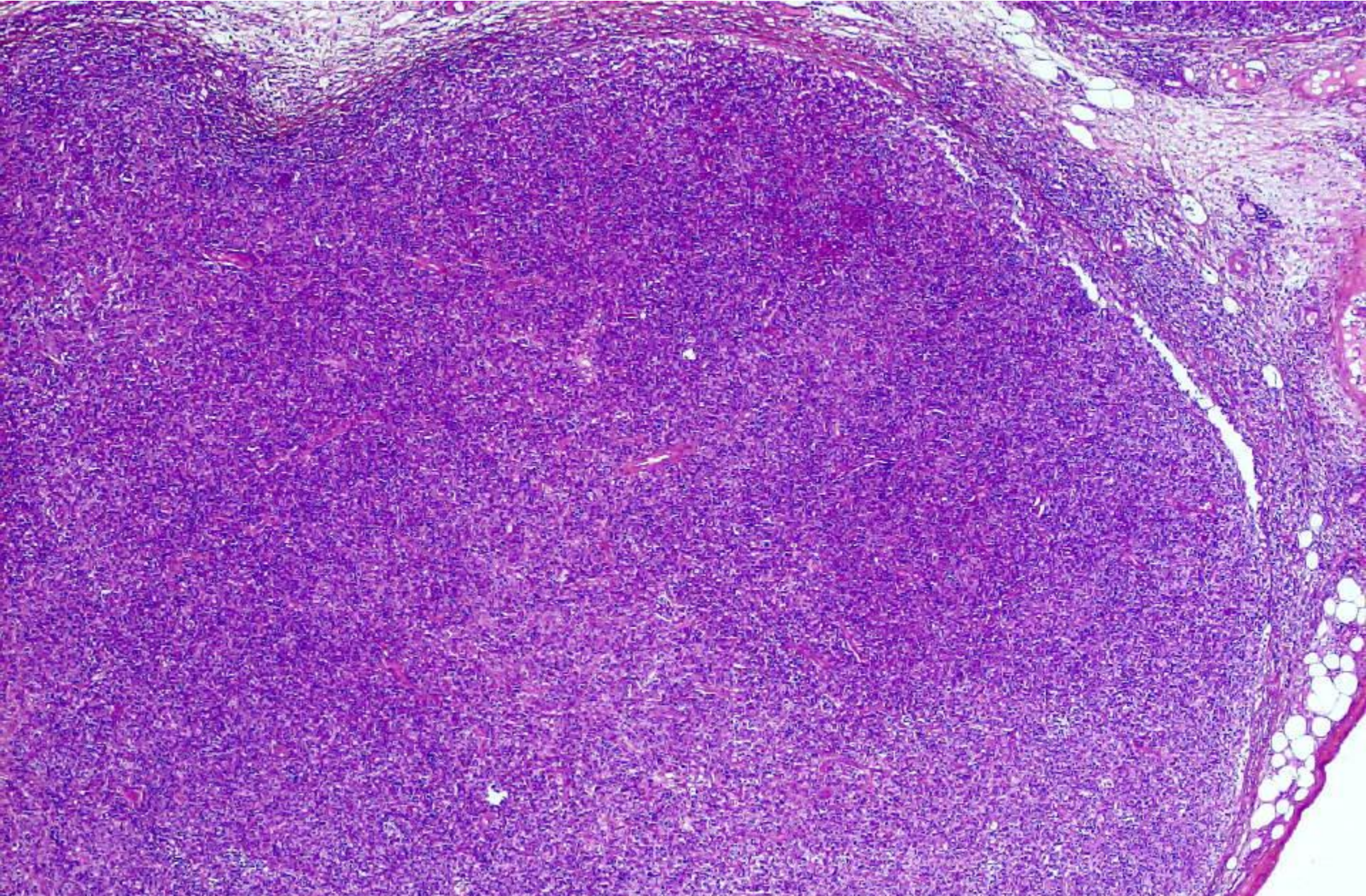


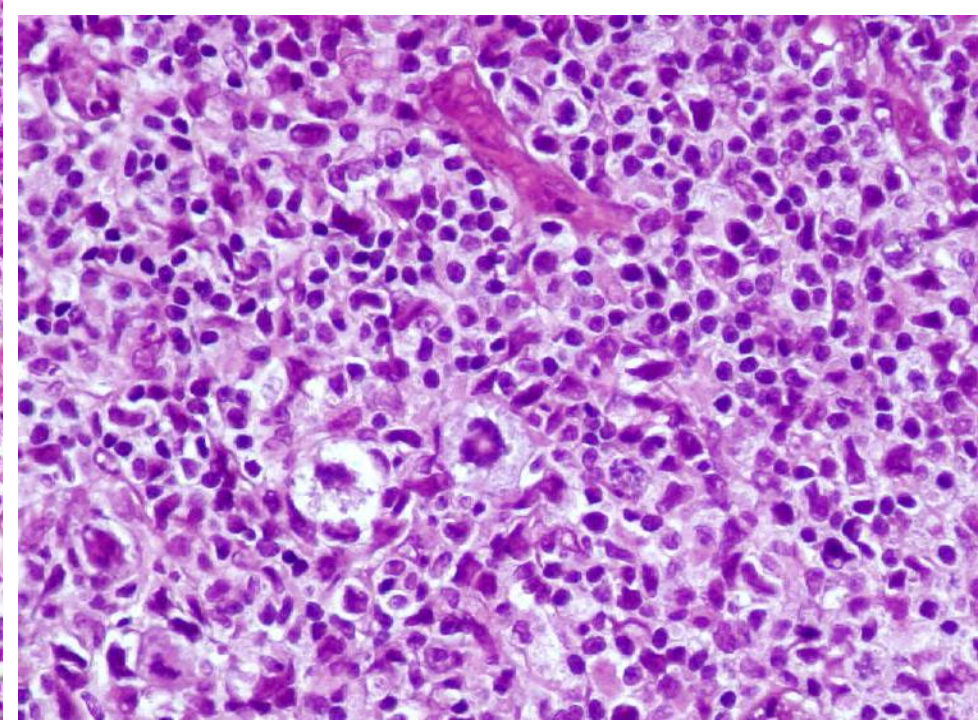
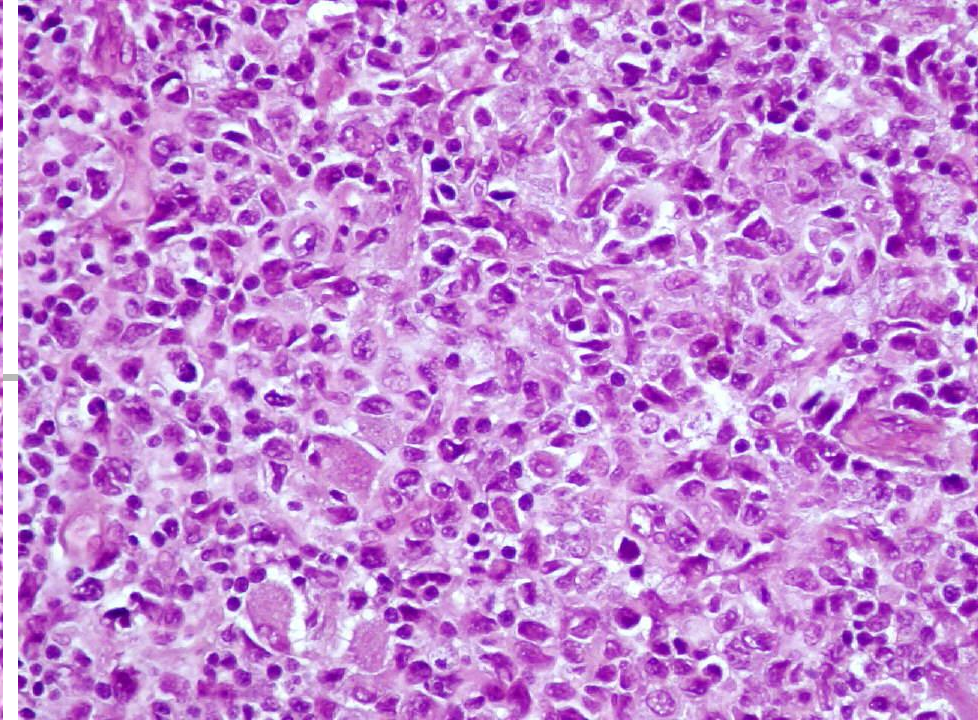
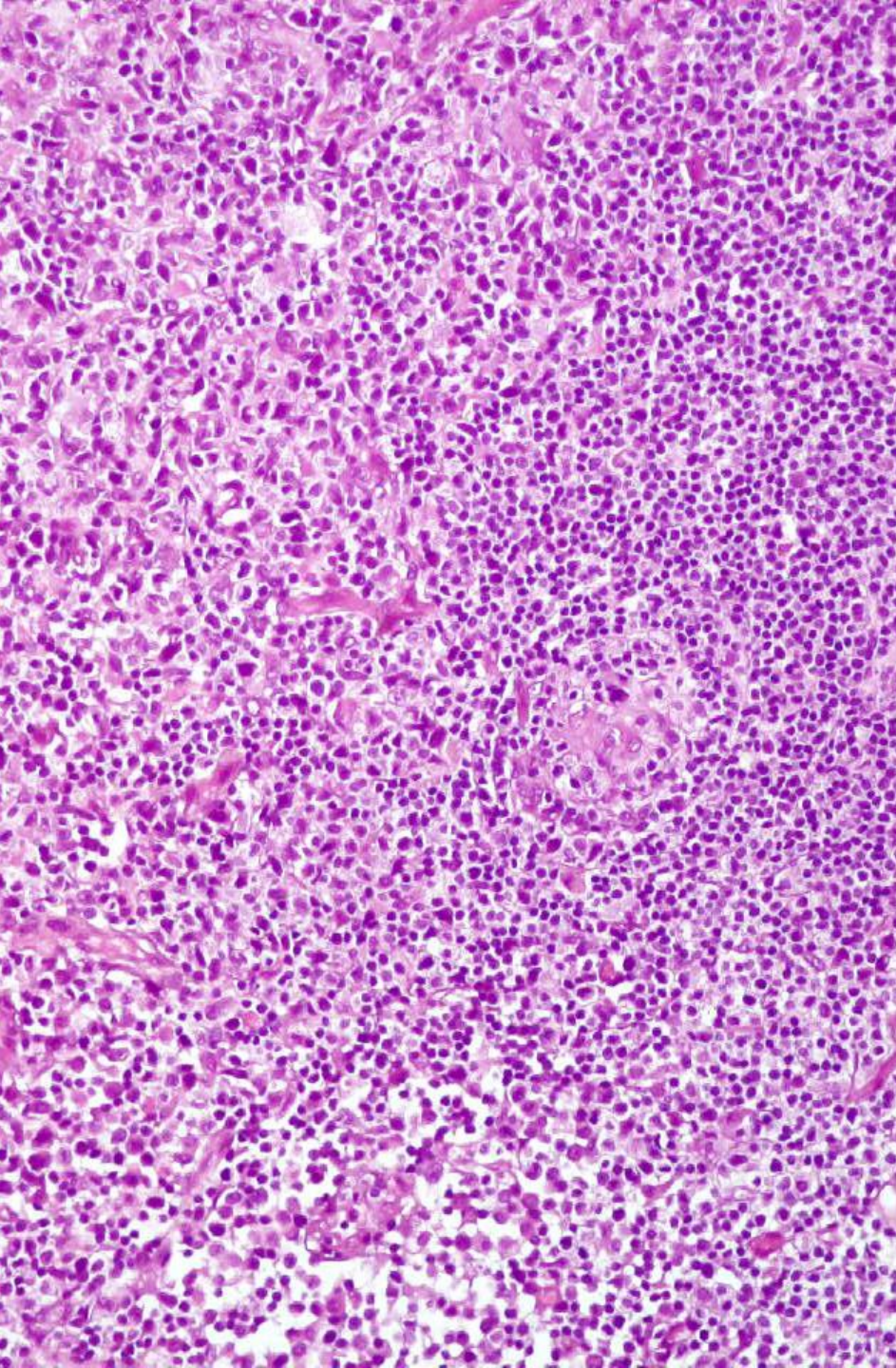
# Cas n° 1

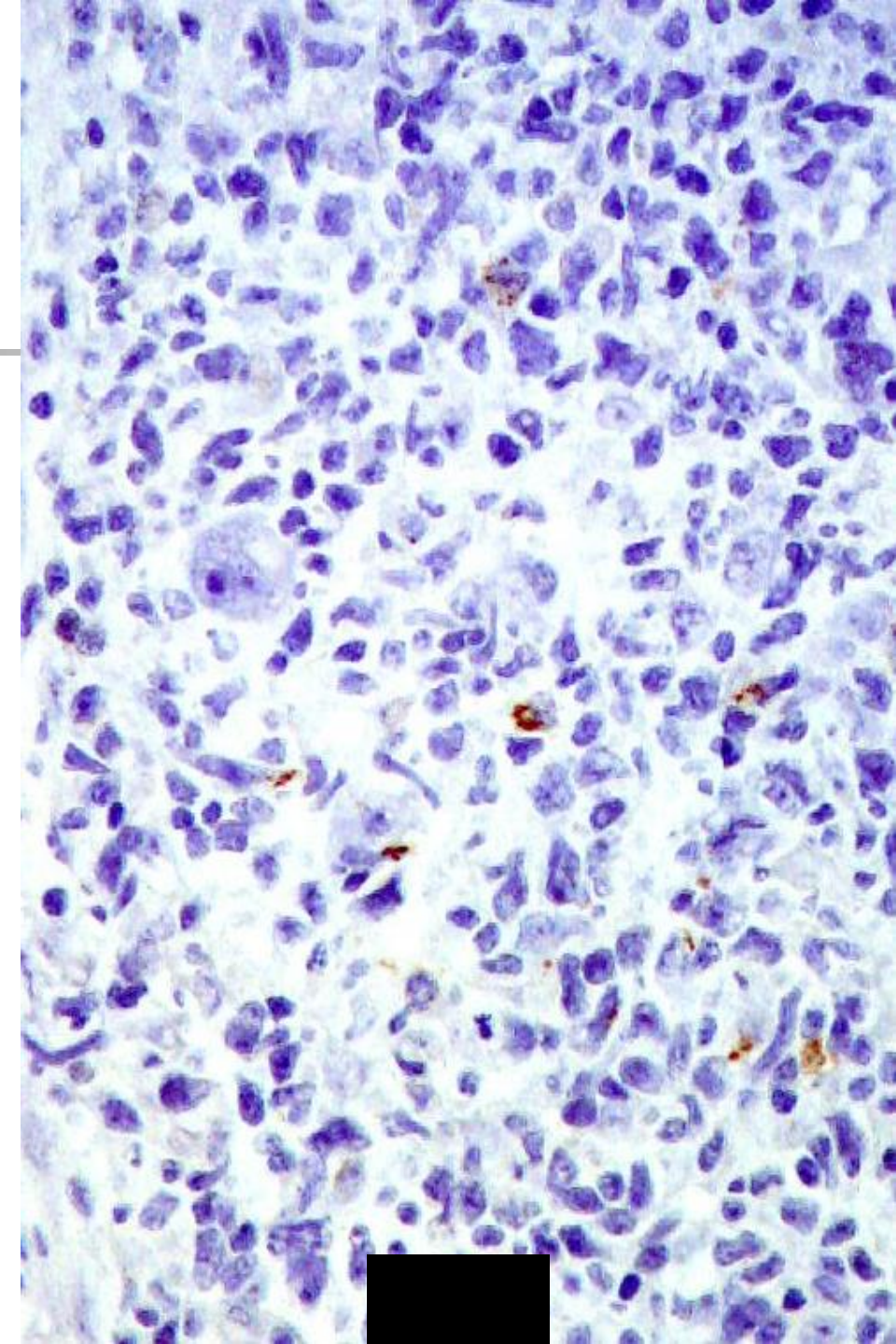
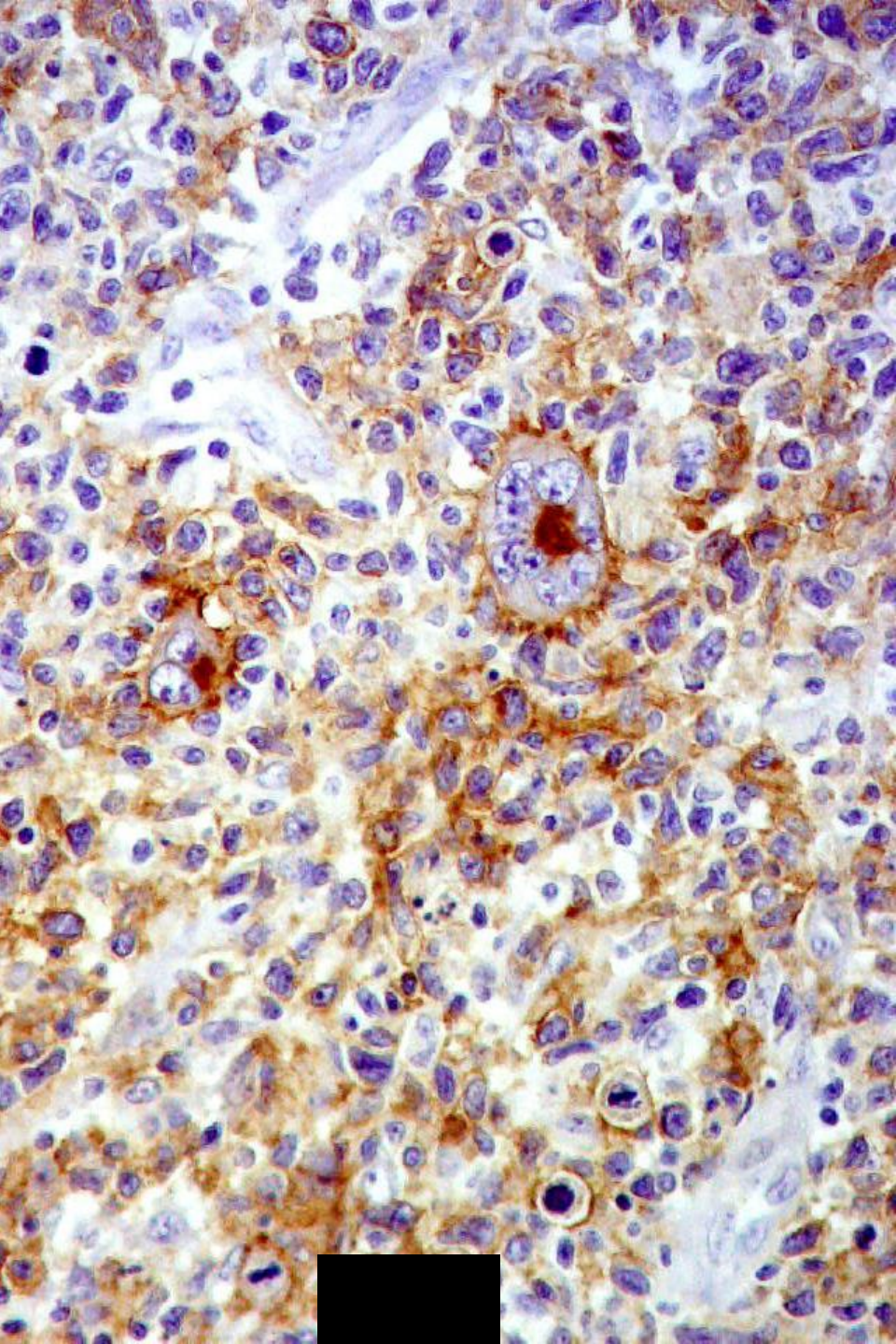
---

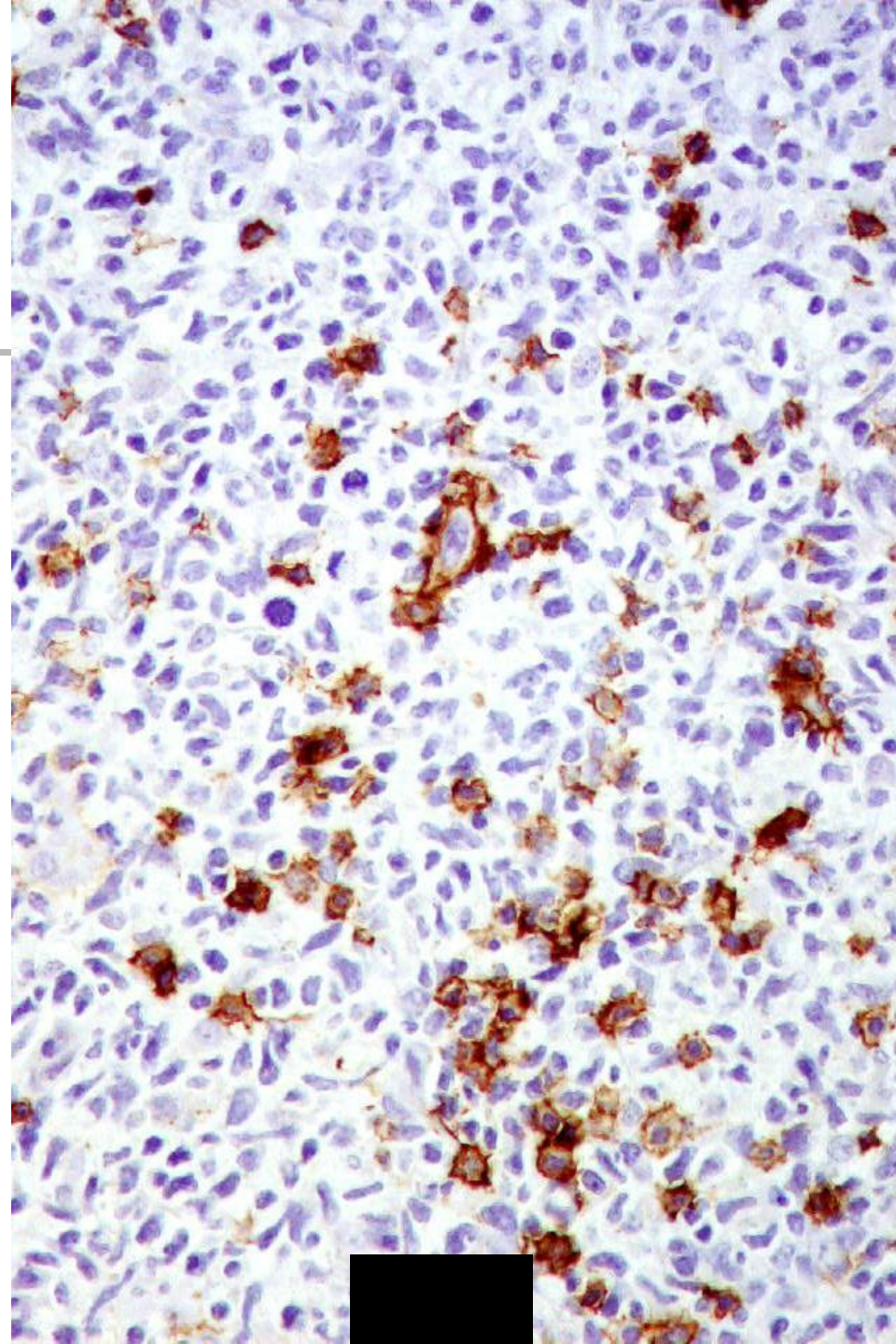
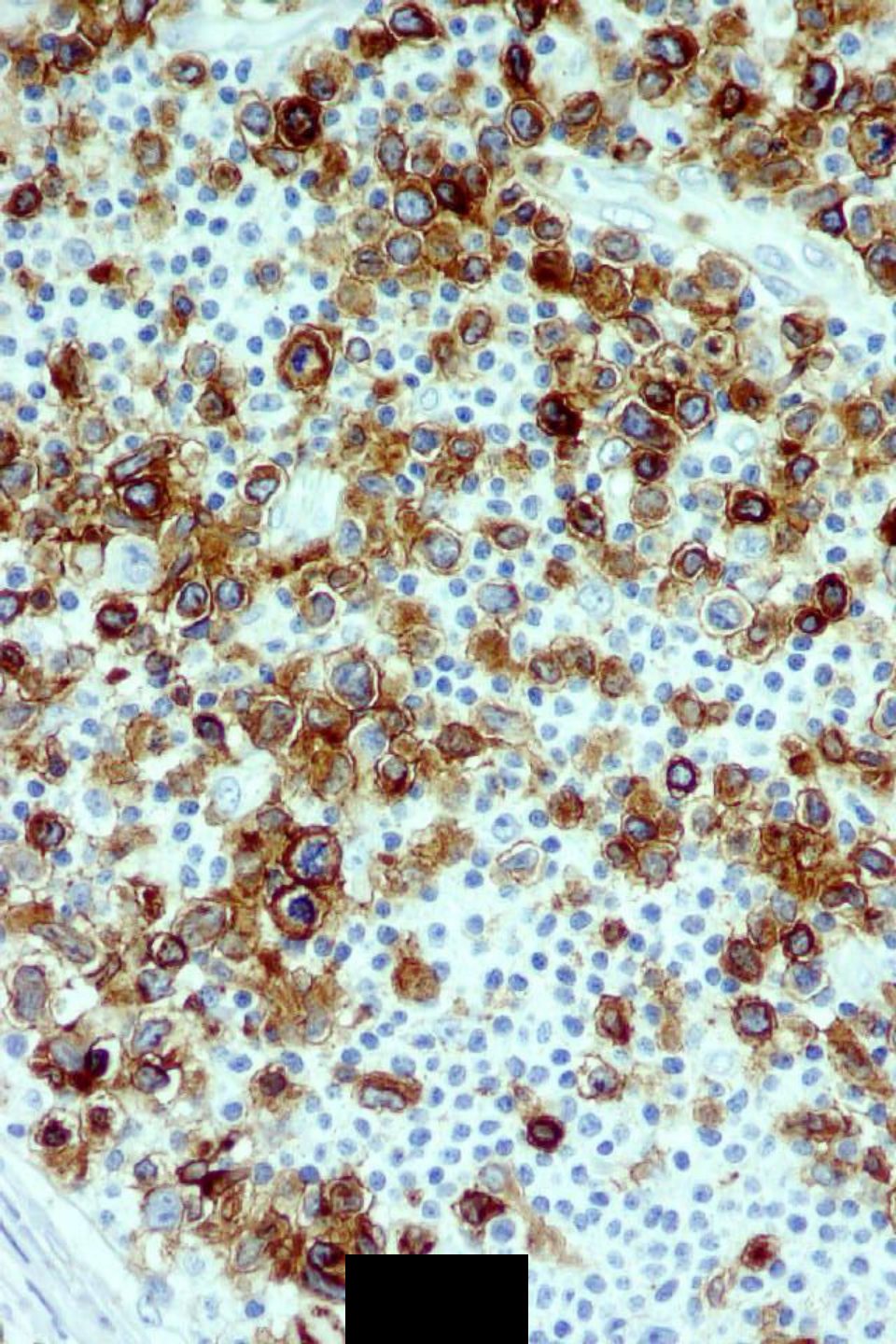
## **Présentation atypique d'un lymphome T**

# Décembre 2005 : ganglion cervical

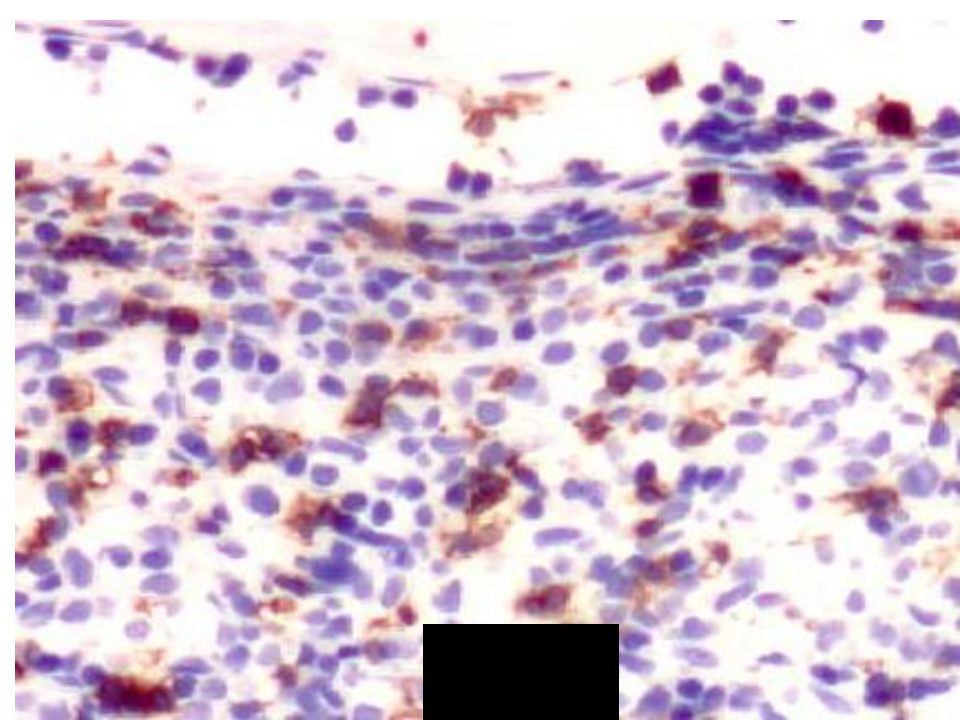
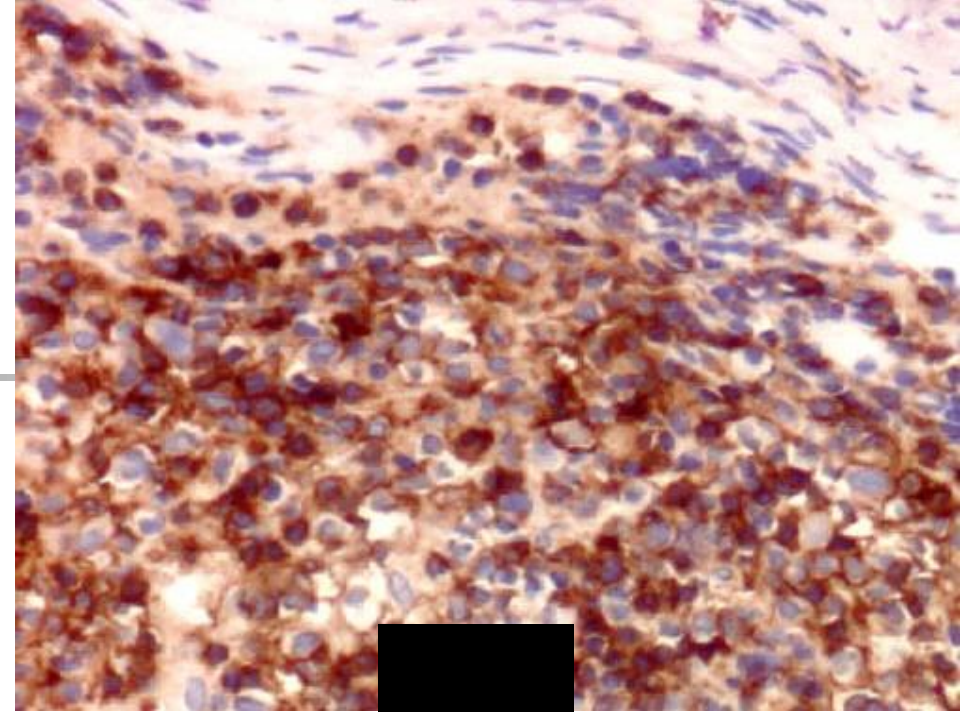
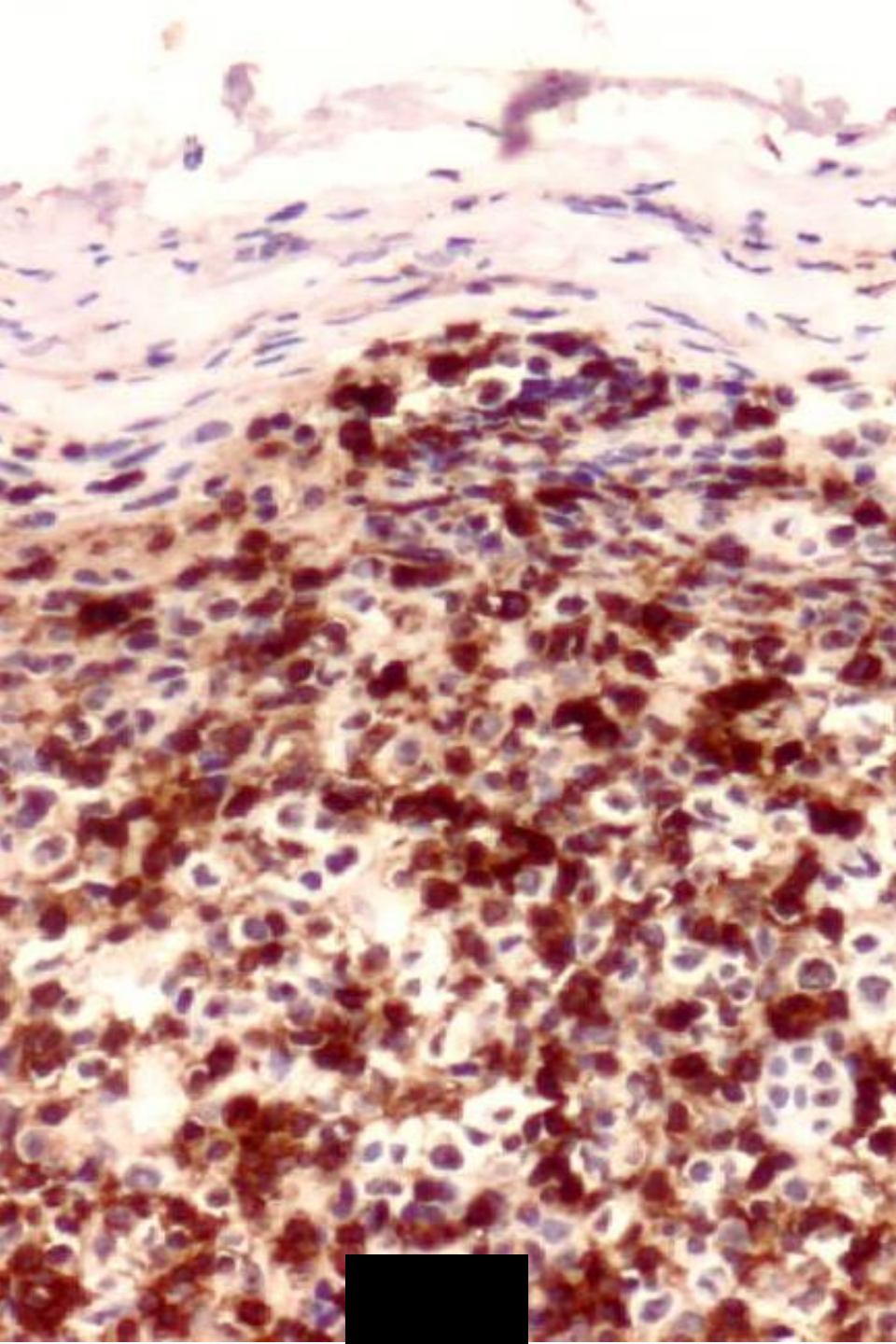


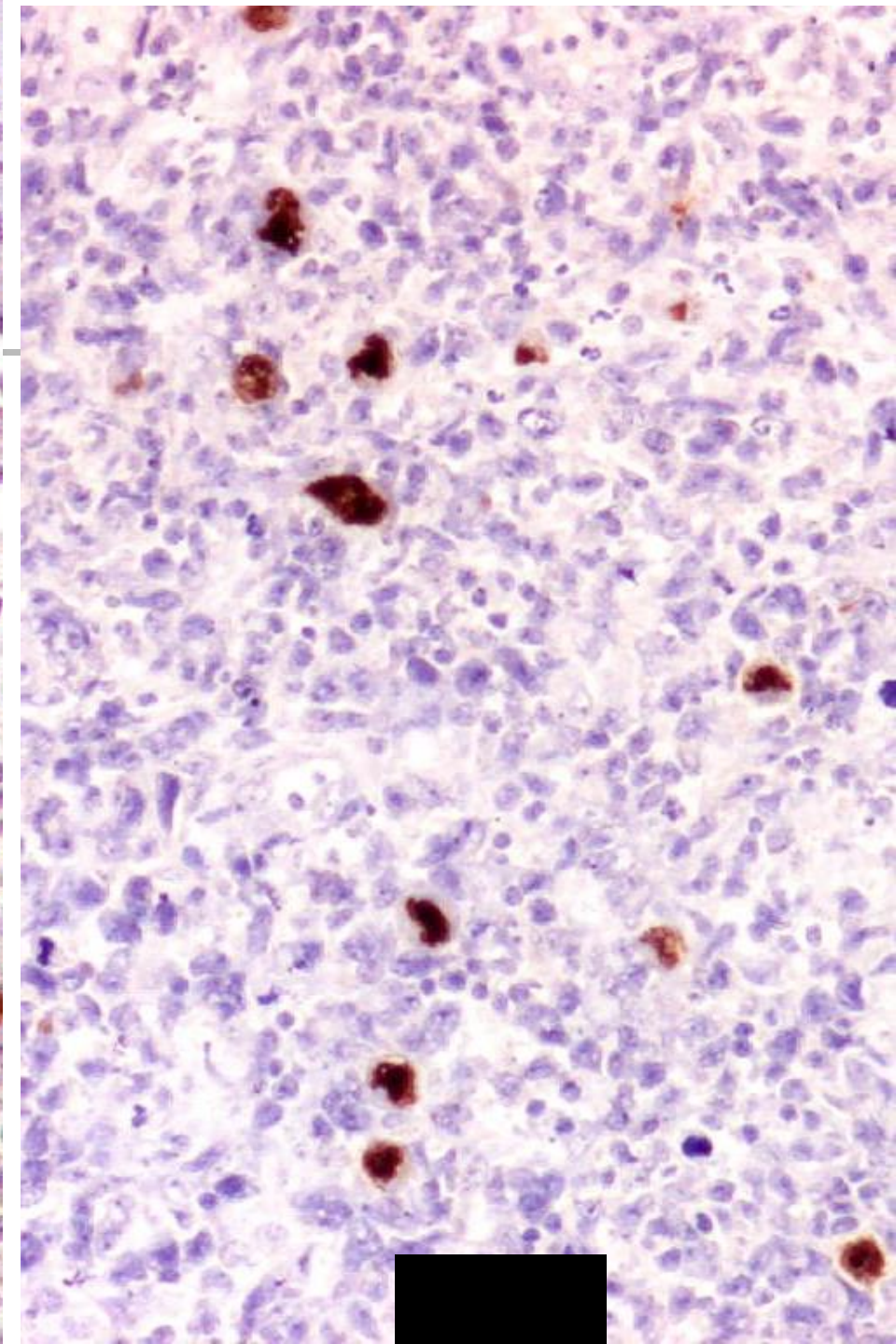
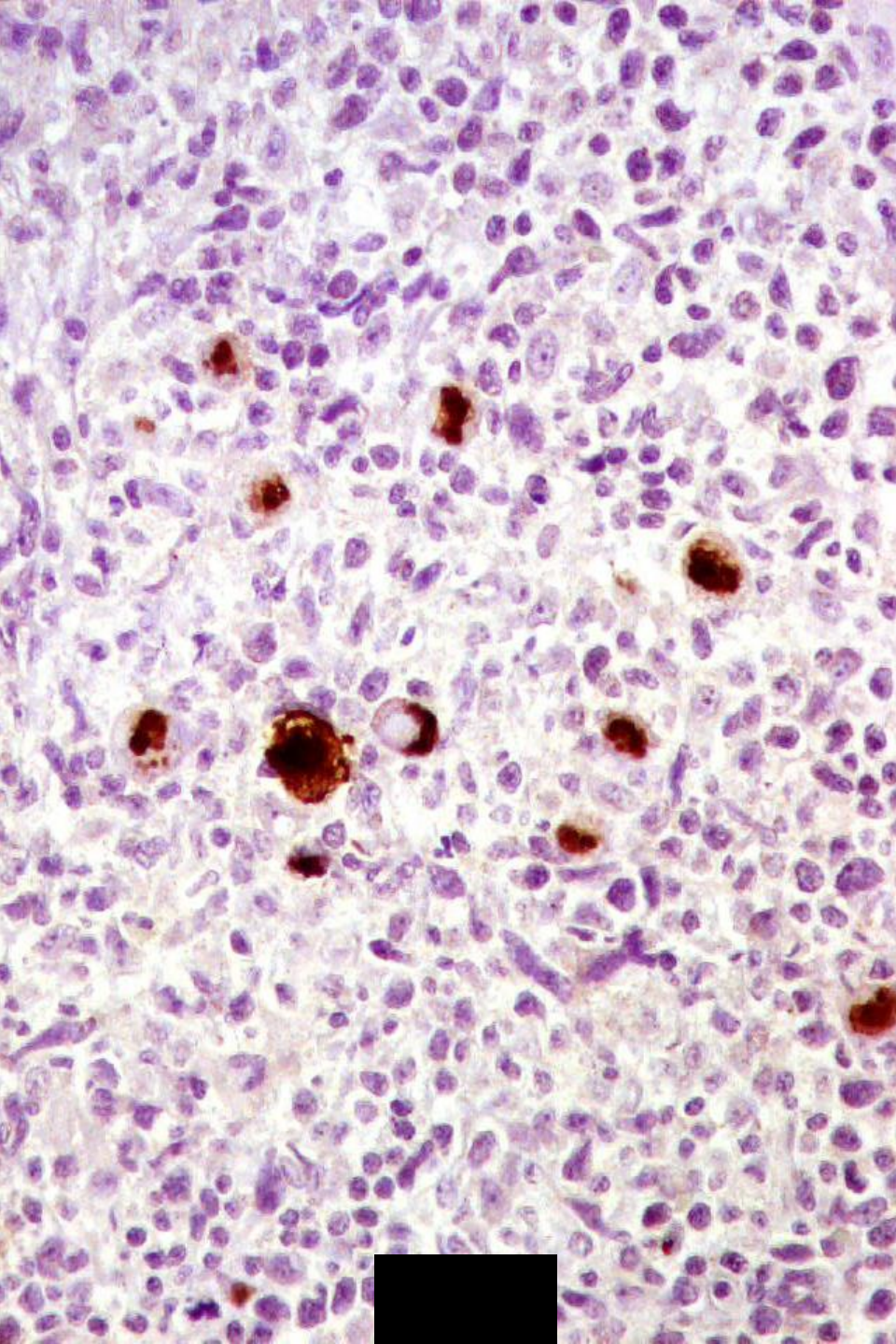




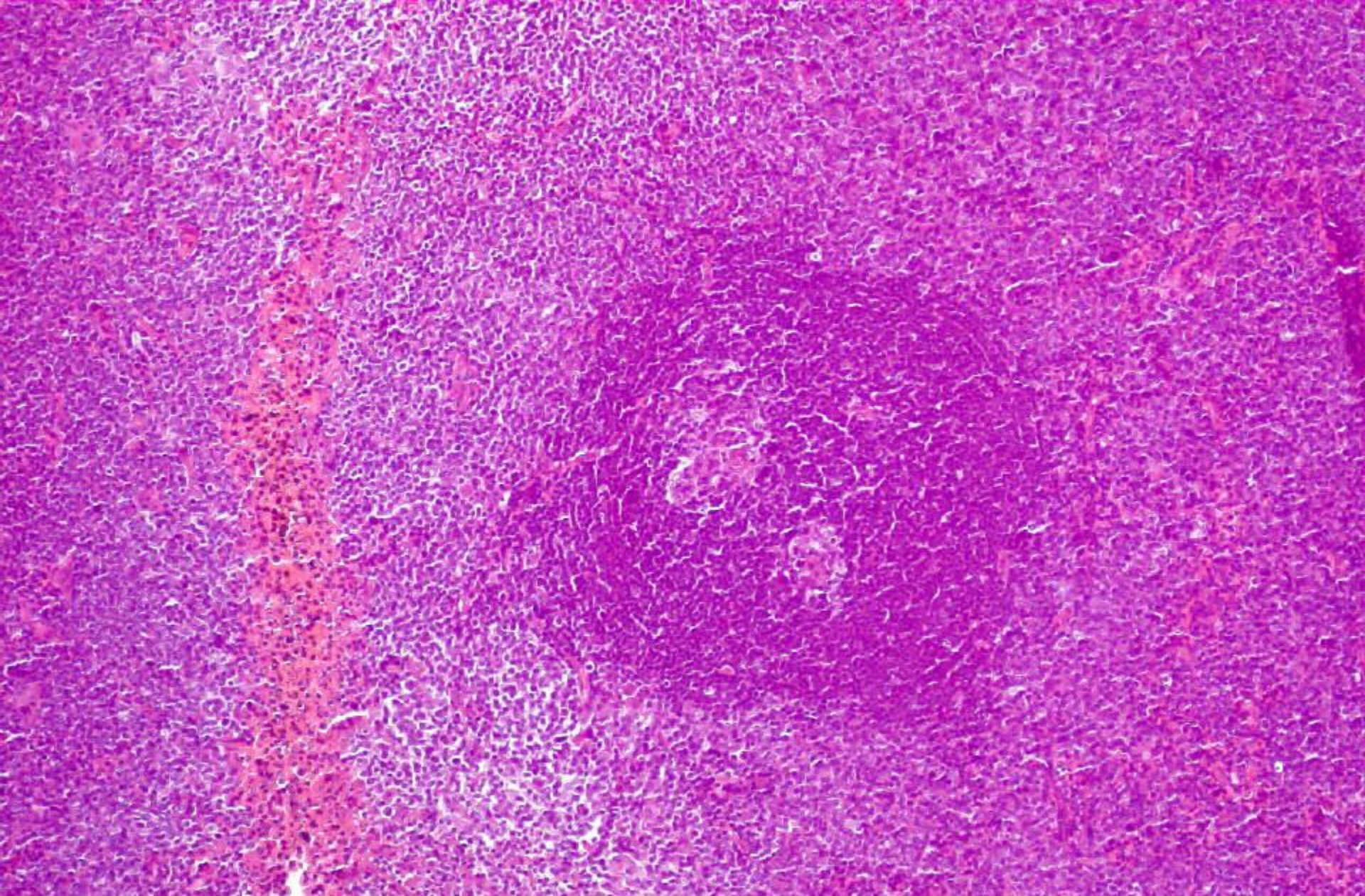


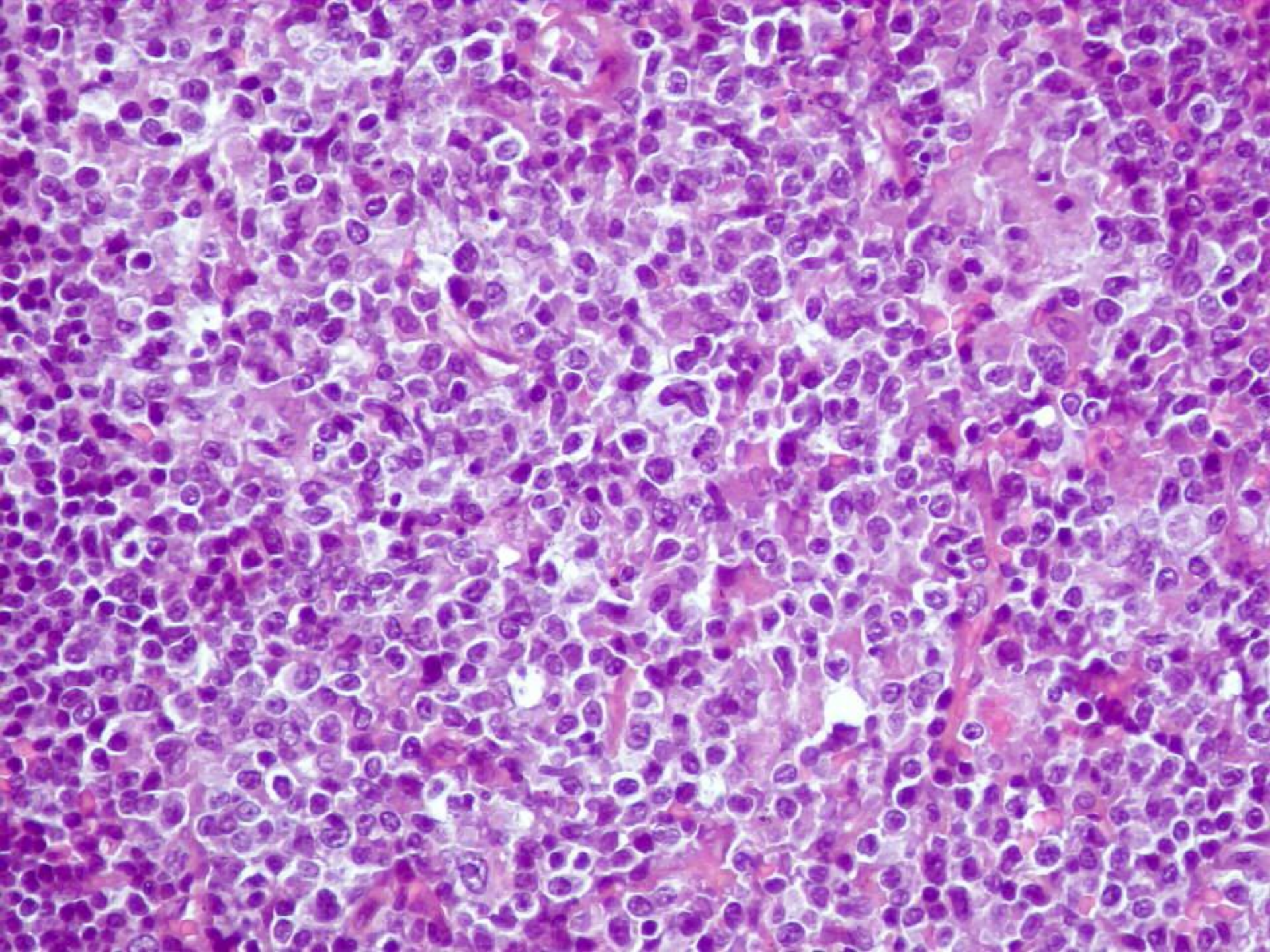


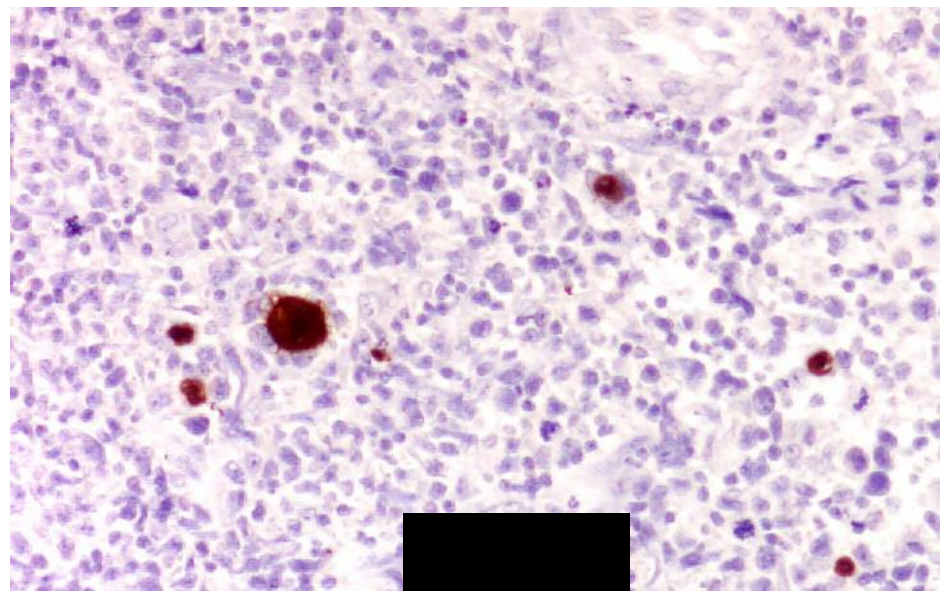
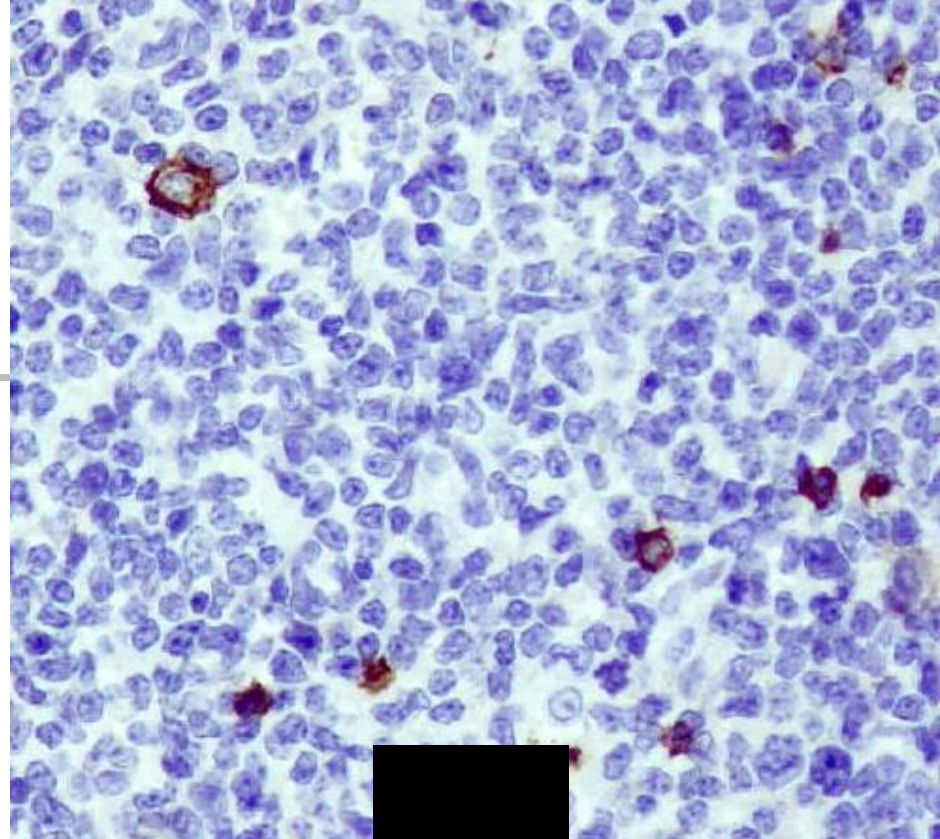
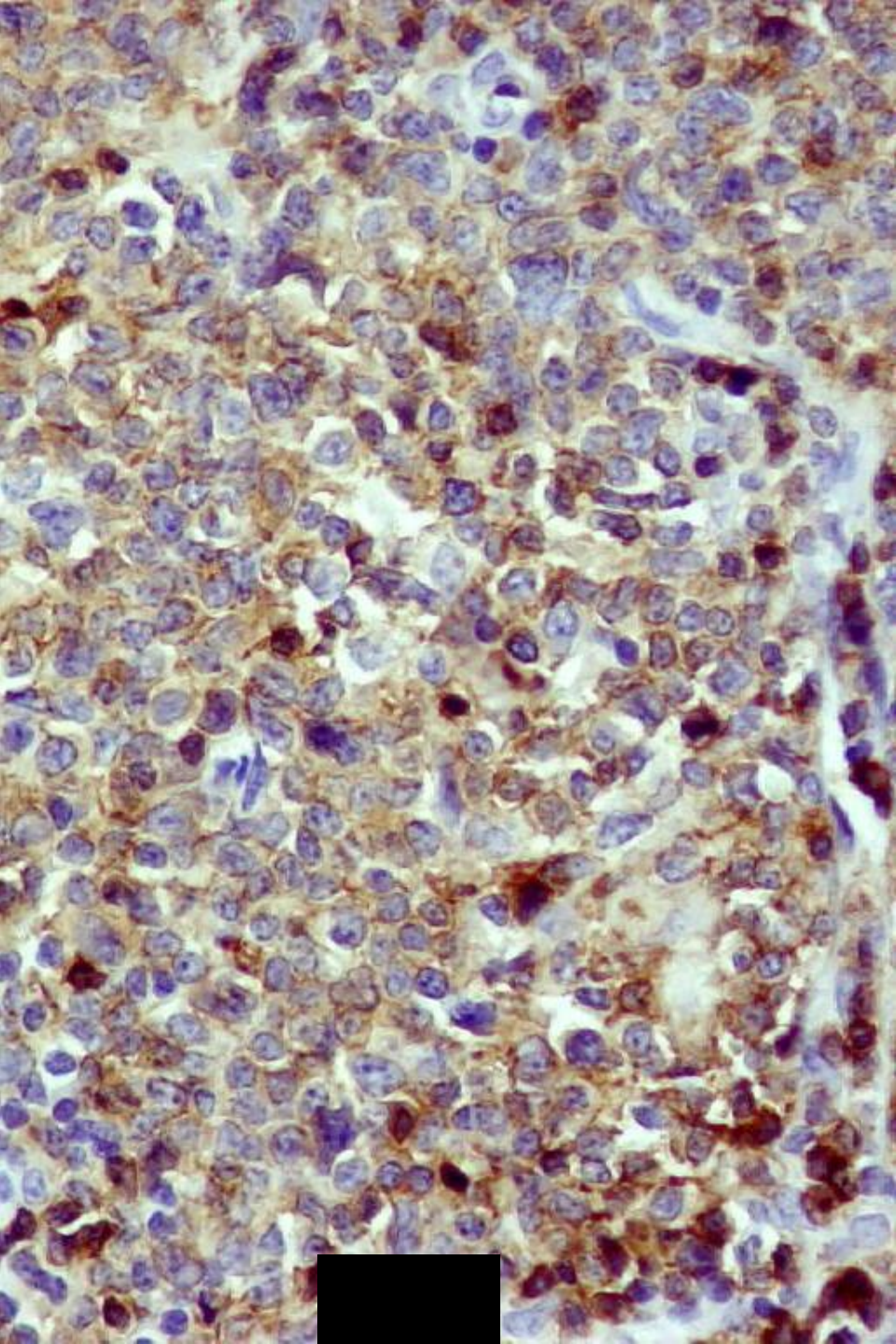




# Janvier 2007 : ganglion inguinal







# Novembre 2007 : ganglion cervical

