

DYSPHAGIE RÉVÉLATRICE D'UN LYMPHOME DE L'AMYGDALE PALATINE : UN CAS OBSERVÉ AU CENHOSOA

Auteurs : Rabarison MR¹, Razafindrafara HE², Randrianarimanarivo M¹,
Randrianjafisamindrakotroka NS¹.

¹UPFR d'Anatomie et Cytologie Pathologiques, HU-JRA, Antananarivo, Madagascar.

²Laboratoire d'Anatomie et Cytologie Pathologiques, Centre Hospitalier de Soavinandriana, Antananarivo, Madagascar.

Auteur correspondant : Randrianarimanarivo Mpianina
Laboratoire d'Anatomie et Cytologie Pathologiques,
CHU-JRA, Antananarivo, Madagascar
Mail : mpianina@yahoo.fr

Résumé

Le lymphome est une tumeur maligne des lymphocytes. Notre objectif est de rapporter un cas de lymphome non Hodgkinien de l'amygdale et d'inciter les cliniciens à éliminer une tumeur maligne notamment le lymphome devant une dysphagie accompagnée de tuméfaction amygdalienne.

Il s'agissait d'une femme de 58 ans sans antécédents particuliers ayant consulté au service d'Otorhinolaryngologie du Centre Hospitalier de Soavinandriana en septembre 2022 pour dysphagie et une tuméfaction ulcéro-bourgeonnante de l'amygdale droite évoluant depuis quelques mois. Elle ne présentait pas de polyadénopathie dans les différentes aires ganglionnaires. Elle a bénéficié d'une amygdalectomie bilatérale associée à une uvulectomie. Aucune imagerie n'a été faite. L'examen macroscopique des prélèvements mettait en évidence de multiples fragments sans particularités. A l'histologie, l'amygdale gauche ne présentait pas d'anomalie évidente. L'amygdale droite et la luette étaient le siège d'un lymphome diffus non hodgkinien à cellules non clivées de moyenne à grande taille. Le profil immunophénotypique de la tumeur était en faveur d'un lymphome B diffus à grandes cellules. L'indice pronostique international était de 1. Six cures de polychimiothérapie de type CHOP étaient prescrites pour la patiente mais elles n'ont pas été honorées.

Devant une tuméfaction amygdalienne, l'éventualité d'une lésion tumorale notamment le lymphome non Hodgkinien est à évoquer. C'est une pathologie agressive qui nécessite une prise en charge précoce afin d'améliorer son pronostic. L'examen histologique et immunophénotypique constituent un pivot dans le diagnostic de certitude pour déterminer un traitement adapté et efficace de la maladie.

Mots clefs: Amygdale, Histologie, Lymphome

Abstract

Lymphoma is a malignant tumor from lymphocyte. Our objective is to report non-Hodgkin's lymphoma of the tonsil and to encourage clinicians to rule out malignancy, especially lymphoma, in the face of dysphagia with tonsillar swelling.

This was a 58-year-old woman with no previous history who consulted the otolaryngology department of the Soavinandriana Hospital in September 2022 for a dysphagia and an

ulcerating swelling of the right tonsil that had been evolving for several months. She had no polyadenopathy in the different lymph nodes. She underwent a bilateral tonsillectomy associated with a uvulectomy. No imaging was performed. Macroscopic examination of the specimens showed multiple fragments without any particularity. On histology, the left tonsil showed no obvious abnormality. The right tonsil and uvula were the site of a diffuse non-Hodgkin's lymphoma with medium to large non-cleaved cells. The immunophenotypic profile of the tumor was in favor of a diffuse large-cell B lymphoma. The international prognostic index was 1. Six courses of CHOP multidrug therapy were prescribed for the patient but were not completed.

In front of a tonsillar tumefaction, the possibility of a tumoral lesion in particular the non-Hodgkin's lymphoma is to be evoked. It is an aggressive pathology that requires early management to improve its prognosis. Histological and immunophenotypic examination are a pivotal point in the diagnosis of certainty to determine an appropriate and effective treatment of the disease.

Key words: Tonsil, Histology, Lymphoma

INTRODUCTION

Le lymphome primitif de l'amygdale représente moins de 1% des tumeurs malignes de la tête et du cou [1]. C'est une tumeur localisée avec une prédominance des lymphomes B avec un pronostic favorable bien que les formes histologiques agressives

soient fréquentes [2]. Notre objectif est de rapporter ce type de lymphome de l'amygdale et d'inciter les cliniciens à éliminer une tumeur maligne notamment le lymphome devant une tuméfaction amygdalienne.

OBSERVATION

Il s'agissait d'une femme de 58 ans sans antécédents particuliers ayant consulté au service d'Otorhinolaryngologie du Centre Hospitalier de Soavinandriana (CENHOSOA) pour une dysphagie et une tuméfaction ulcéro-bourgeonnante de l'amygdale droite évoluant depuis quelques mois. Elle ne présentait pas de polyadénopathie dans les différentes aires ganglionnaires. Elle a bénéficié d'une amygdalectomie bilatérale associée à une uvulectomie. Aucune imagerie n'a été faite. L'examen macroscopique des prélèvements mettait en évidence de multiples fragments

sans particularités pesant au total 4,25g. A l'histologie, l'amygdale gauche ne présentait pas d'anomalie évidente. L'amygdale droite et la luette étaient le siège d'un lymphome diffus non hodgkinien à cellules de taille moyenne à grande non clivées. Le profil immunophénotypique de la tumeur était en faveur d'un lymphome B diffus à grandes cellules caractérisé par une expression forte et intense des anticorps anti-CD20 et anti-Bcl2 et une absence d'expression de CD10, CD3 et CD5 par les cellules tumorales. Les CD3 et CD5 étant exprimés par les lymphocytes T résiduels. L'indice

pronostique international était de 1 (âge : 58ans, LDH : 194U/L, Stade IE de Ann Arbor-Cotswolds, localisation extra

ganglionnaire, stade ECOG : 0). Six cures de polychimiothérapie de type CHOP étaient prescrites mais elles n'ont pas été honorées.

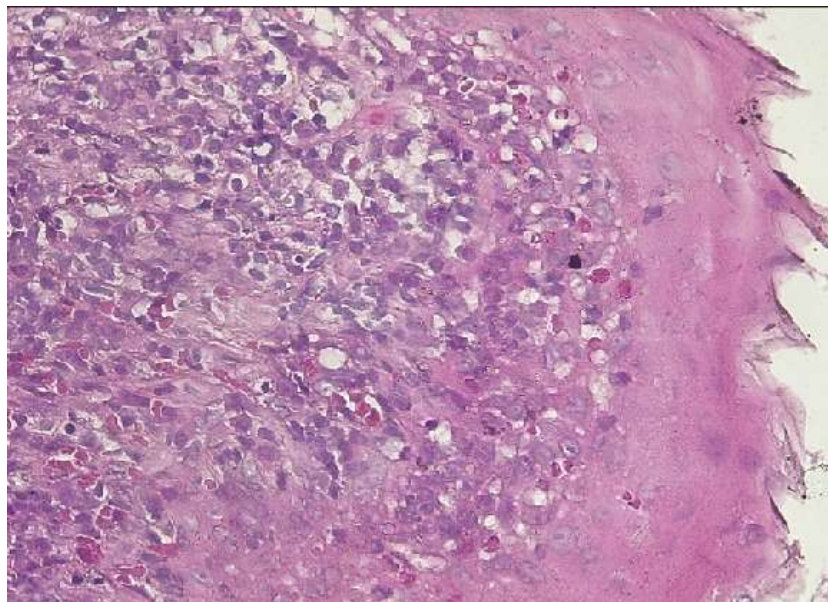


Figure 1 : Amygdale palatine, lymphome B à grandes cellules, hémateïne-éosine, x400

Source : Laboratoire d'Anatomie et Cytologie Pathologiques, CENHOSOA

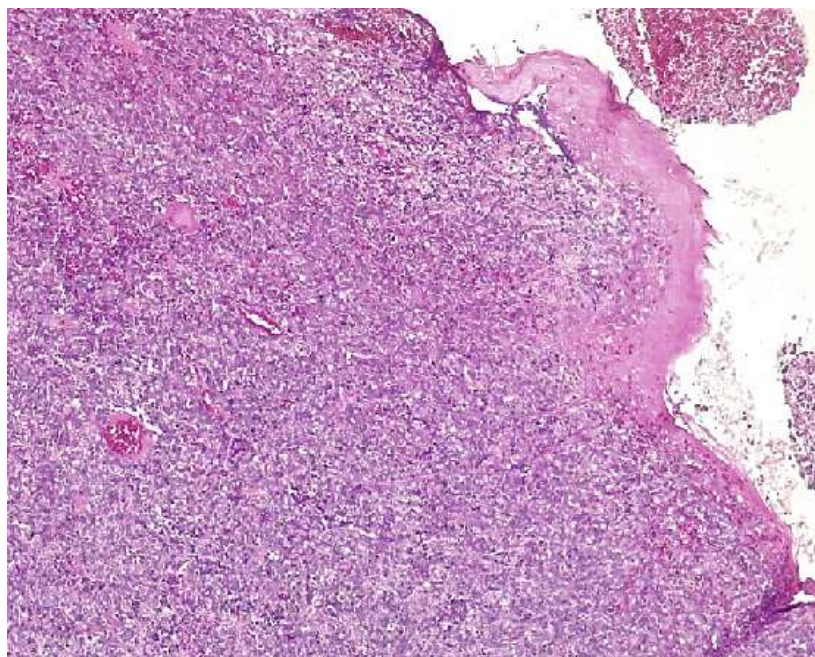


Figure 2 : Amygdale palatine, lymphome B à grandes cellules, hémateïne-éosine, x100

Source : Laboratoire d'Anatomie et Cytologie Pathologiques, CENHOSOA

DISCUSSION

Après le carcinome épidermoïde, le lymphome non-Hodgkinien est la deuxième tumeur la plus fréquente de l'amygdale représentant 5% à 14% des tumeurs qui s'y développent [3]. Selon López-Guillermo A et al, 80% des lymphomes primitifs de l'amygdale correspondent à un lymphome diffus à grandes cellules [4]. Ce qui est le cas de notre patient.

D'après la littérature, le lymphome non-Hodgkinien de l'amygdale palatine prédomine chez les hommes avec un âge moyen de 59 ans [5]. Pour notre cas, il s'agissait d'une femme de 58 ans. Elle présentait une dysphagie et une tuméfaction ulcéro-bourgeonnante de l'amygdale droite évoluant depuis quelques mois. Elle ne présentait pas de polyadénopathie et le reste de l'examen clinique était sans particularité. L'ensemble de ces arguments cliniques pouvait faire suspecter un carcinome épidermoïde ou une amygdalite. Les manifestations cliniques du lymphome non-Hodgkinien sont non spécifiques et elles peuvent correspondre à un mal de gorge, à une tuméfaction amygdalienne, une tuméfaction cervicale, une dysphagie ou à des symptômes systémiques [6].

A l'histologie, le lymphome B diffus à grandes cellules correspond à une prolifération d'architecture diffuse de grands centroblastes (noyaux arrondis ou irréguliers

ou multilobés avec de multiples petits nucléoles plaqués le long de la membrane nucléaire) et/ou d'immunoblastes (noyau rond, volumineux, à nucléole central proéminent) qui expriment les marqueurs B : CD20, CD79a, PAX5 [7]. En ce qui concerne notre cas, l'examen histologique standard avec la coloration à l'hématéine éosine de l'amygdale droite mettait en évidence un revêtement épithélial exulcéré avec des degrés variables de dysplasie. L'architecture folliculaire du chorion était effacée, remplacée par une prolifération tumorale diffuse de cellules lymphoïdes dispersées au sein d'une nappe de lymphocytes matures réactionnelles. Ces cellules étaient de taille moyenne de type centroblastique avec un noyau arrondi plus ou moins clivé à chromatine poussiéreuse et contenait un nucléole. L'index mitotique était modéré. La prolifération infiltrait les structures glandulaires. L'aspect histologique était en faveur d'un lymphome diffus non hodgkinien à cellules de taille moyenne non clivée. La prolifération cellulaire tumorale montrait une expression forte et intense des anticorps anti-CD20 et anti-Bcl2. Elle n'exprimait pas CD10, CD3 et CD5. Des lymphocytes T résiduels CD3 (+) et CD5 (+) étaient observés. L'aspect immunophénotypique de la tumeur était en faveur d'un lymphome B diffus à grandes cellules.

D'une manière générale, le pronostic du lymphome de l'amygdale est favorable puisqu'il est souvent diagnostiqué à un stade localisé [8] (stade I ou II de Ann Arbor-Cotswolds) [10] bien que les formes histologiques agressives soient fréquentes [2]. Le traitement repose sur la polychimiothérapie telle que le CHOP (cyclophosphamide, doxorubicine, vincristine et prednisone) et la radiothérapie

[9]. Selon Mohammadianpanah M et al, la rémission des patients traités par des cures de polychimiothérapie et de radiothérapie était complète avec une médiane de survie de 60 mois sans rechute [9]. Concernant notre patiente, une polychimiothérapie de type CHOP était prescrite mais non honorée par la patiente. Après l'opération chirurgicale et le suivi post opératoire, elle était perdue de vue.

CONCLUSION

Devant une tuméfaction amygdalienne, l'éventualité d'une lésion tumorale notamment de lymphome non Hodgkinien est à évoquer. C'est une pathologie agressive qui nécessite une prise en charge précoce afin

d'améliorer son pronostic. L'examen histologique et immunophénotypique constituent un pivot dans le diagnostic de certitude pour déterminer un traitement adapté et efficace de la maladie.

BIBLIOGRAPHIE

1. Mohammadianpanah M, Omidvai S, Mosalei A, et Ahmadloo N. Treatment results of tonsillar lymphoma: a 10-year experience. *Annals of hematology*. 2005; 84(4): 223-6.
2. Hart S, Horsman JM, Radstone CR, Hancock H, Goepel JR et Hancock BW. Localised extranodal lymphoma of the head and neck: the Sheffield Lymphoma Group experience (1971–2000). *Clin Oncol*. 2004; 16:186–92.
3. Collins S, Spector GJ. Cancer of the oral cavity, oropharynx and pharynx. In: Ballenger JJ, editor. *Diseases of the nose, throat, ear, head and neck* (13th edn). Philadelphia, PA: Lea & Febiger, 1985: 659–64.
4. 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.

5. Barton JH, Osborne BM, Butler JJ, Meoz RT, Kong J, Fuller LM, et al. Non-Hodgkin's lymphoma of the tonsil. A clinicopathologic study of 65 cases. *Cancer*, 1984; 53:86–95.
6. King AD, Lei KIK, Ahuja AT. MRI of primary non-Hodgkin's lymphoma of the palatine tonsil. *The british Journal of radiology*. 2001; 74(879): 226-90
7. Oyama T, Yamamoto K, Asano N, Oshiro A, Suzuki R, Kagami Y, et al. Age-related EBV-associated B-cell lymphoproliferative disorders constitute a distinct clinicopathologic group: a study of 96 patients. *Clin Cancer Res* 2007;13:5124—32.
8. 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.
9. Mohammadianpanah M, Omidvai S, Mosalei A et Ahmadloo. Treatment results of tonsillar lymphoma: a 10-year experience. *Annals of hematology*. 2005; 84(4),223-6.
10. Olweny CL. Cotswolds modification of the Ann Arbor staging system for Hodgkin's disease. *Journal of clinical oncology: official journal of the American society of clinical Oncology*. 1990; 8(9):1598.