



Lymphome malin non Hodgkinien primitif du larynx : à propos d'un cas

Ettabyaoui Ayoub^{1,3}, Charifi yahya^{1,3}, Bouardi Nizar^{1,3}, Haloua Meryem^{2,3}, Lamrani Alaoui Youssef^{1,3}, Bouabbou Meryem^{2,3}, Mustapha Maaroufi^{1,3}, Alami Bader^{1,3}

1. Service de radiologie, hôpital des spécialités, centre hospitalier Hassan II Fès, Maroc.
2. Service de radiologie mère-enfant, centre hospitalier Hassan II Fès, Maroc.
3. Faculté de Médecine, de Pharmacie et de médecine dentaire, Université Sidi Mohamed Ben Abdellah, Fès, Maroc.

Auteur correspondant : Ettabyaoui Ayoub

Résumé :

Le lymphome malin non hodgkinien (LMNH) primitif laryngé est une entité rare qui représente moins de 1% des cancers du larynx. Nous rapportons un cas, chez un homme de 34 ans qui avait présenté une dysphonie et une dysphagie d'installations progressives. La laryngoscopie a révélé une lésion bourgeonnante de la bande ventriculaire gauche. L'histologie a objectivé un lymphome T, suivies d'une radiothérapie sur le larynx et le médiastin supérieur à la dose totale de 40Gy. Malgré sa rareté relative, cette pathologie de diagnostic difficile, nécessite une vigilance particulière et devrait être gérée selon les tendances actuelles du traitement pour les LMNH ganglionnaires.

Mots-clés : Cancer, larynx, lymphome non-hodgkinien primitif, imagerie (TDM)

Received 08 July, 2022; Revised 21 July, 2022; Accepted 23 July, 2022 © The author(s) 2022.

Published with open access at www.questjournals.org

I. Introduction

Les lymphomes malins non hodgkinien (LMNH) de la région tête et cou sont des affections rares : ils représentent 5% de l'ensemble des tumeurs malignes. Sa localisation primitive au niveau du larynx est exceptionnelle, représentant moins de 1% de toutes les tumeurs du larynx. Moins de 100 cas ont été rapportés dans la littérature [1]. Nous rapportons un nouveau cas chez un patient de 34 ans atteint d'un LMNH primitif du larynx.

II. Observation

Il s'agit d'un jeune homme de 34 ans, ayant dans ses antécédents pathologiques une tuberculose pulmonaire qui a bien évolué sous traitement anti-bacillaire de six mois. Il présentait une dyspnée d'aggravation progressive, quelques mois avant son admission dans notre service, associée à une dysphagie aux solides, des sueurs nocturnes, un amaigrissement de 15 kg en six mois. L'état général était conservé avec, en particulier, l'absence de fièvre.

L'examen clinique était normal et n'a pas trouvé d'adénopathies périphériques. La laryngoscopie mettait en évidence un œdème aryénoïdien bilatéral et une lésion bourgeonnante de la bande ventriculaire gauche dont l'étude histologique après biopsie a objectivé une muqueuse laryngée siège de remaniements inflammatoires, sans signe d'inflammation spécifique ni de malignité.

Compte tenu de la normalité du bilan anatomopathologique, une corticothérapie (2 mg /kg/ jour pendant cinq jours) a été instaurée. Elle a fait disparaître la symptomatologie respiratoire. Le patient a ensuite été perdu de vue ; la tomodensitométrie(TDM) du larynx prescrite n'a été réalisée que deux mois plus tard et a objectivé un épaississement tissulaire homogène pan laryngé et oropharyngé droit, intéressant des deux replis ary-épiglottiques, étendu en antérieur aux deux bandes laryngées comblant les cavités ventriculaires. En arrière cet épaississement arrive au contact de la paroi postérieure de l'hypopharynx avec comblement subtotal des sinus

piriformes en bilatéral plus marqué du côté gauche. En bas, cet épaissement comble les deux espaces para glottiques, et s'étend à l'étage sous glottique plus en bas.

Il s'y associe Multiples adénomégalielatéro-cervicales des chaînes lymphatiques IIa et IIIà droite et Ib, IIa à gauche mesurant pour la plus volumineuse 23mm en IIa à droite.(Figure 1).

Une nouvelle laryngoscopie retrouvait un œdème important au niveau des aryténoïdes et des bandes ventriculaires masquant le plan glottique, un aspect grignoté et sale de la bande ventriculaire gauche. La biopsie profonde, trans-muqueuse, a conclu à un lymphome malin non hodgkinien, de type T périphérique (Figure 2).

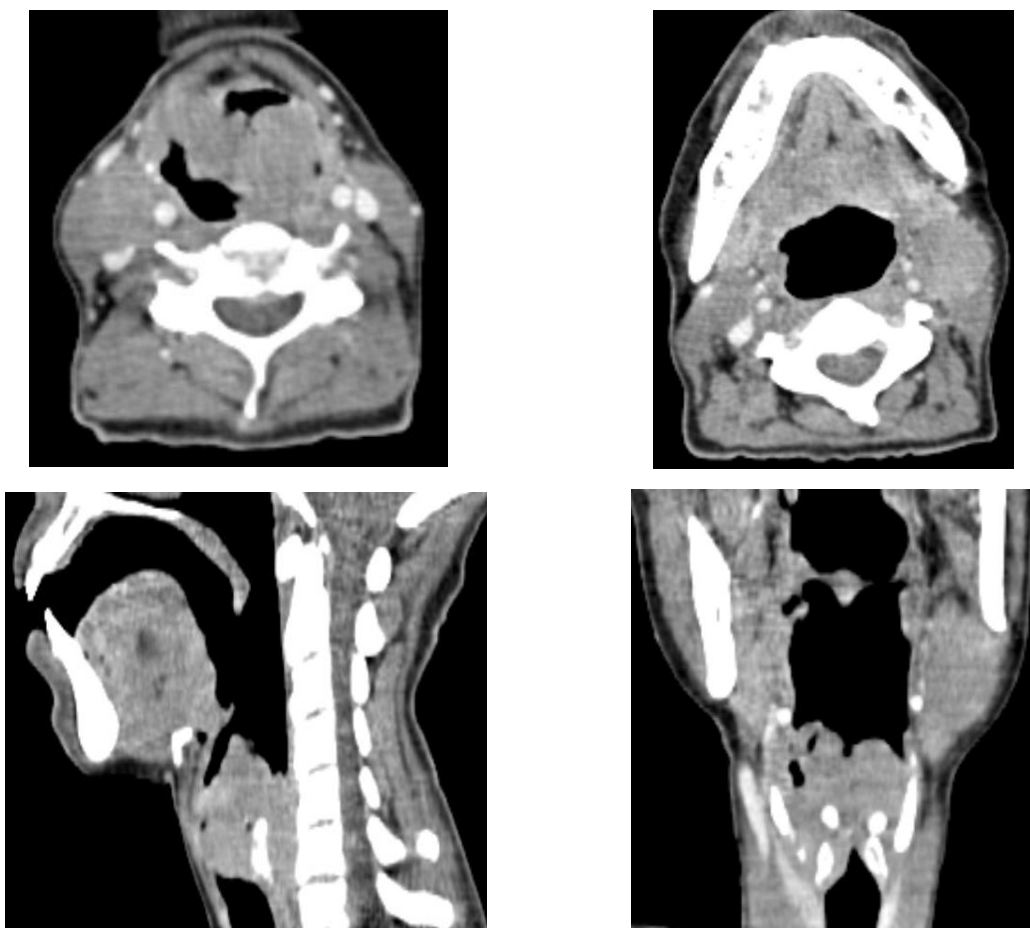


Figure 1 : Coupescannographiques axiales, sagittales, et coronales après injection de produit de contraste objectivant un Epaississement tissulaire homogène pan laryngé et oro-pharyngé droit, intéressant des deux replis ary-épiglottiques, étendu en antérieur aux deuxbandes laryngées comblant les cavités ventriculaires. En arrière cet épaissement arrive au contact de la paroi postérieure de l'hypo-pharynx avec comblement subtotal des sinus piriformes en bilatéral plus marqué du côté gauche. En bas, cet épaissement comble les deux espaces para glottiques, et s'étend à l'étage sous glottique plus en bas avec individualisation de quelques adénopathies latéro-cervicales bilatérales.

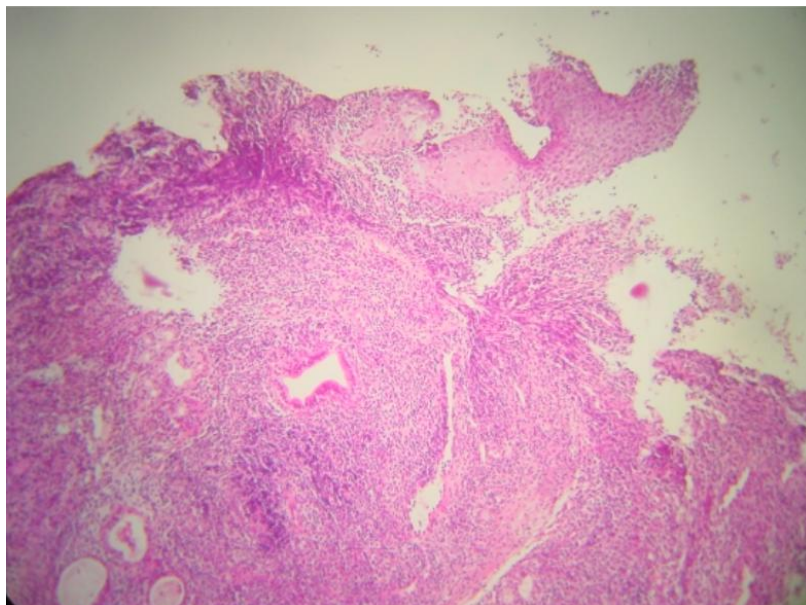


Figure 2 : Tématoxyline-éosine (HE) x200: Muqueuse laryngée (épithélium malpighien en haut à gauche) infiltrée par un processus lymphomateux.

Le bilan biologique était normal (bilan standard dont la numération formule sanguine, les marqueurs de l'inflammation, LDH). Le bilan d'extension (TDM thoraco-abdomino-pelviennne, biopsie osteo-médullaire) était négatif permettant de stadifier la maladie:IEBa de la classification d'Ann Arbor. Le patient a reçu quatre cures de chimiothérapie type CHOP avec respect des intervalles inter-cures, suivies d'une radiothérapie, sur le site tumoral et les aires ganglionnaires satellites (y compris les ADPscerviales). Les séquelles du traitement ont été minimales. Trois mois après la fin du traitement, la dyspnée et la dysphagie avaient disparu. L'examen endoscopique ainsi que la TDM de contrôle étaient normaux à 6 mois de recul.

III. Discussion :

Les LMNH du larynx représentent moins de 1% de toutes les tumeurs du larynx. Moins de 100 cas ont été rapportés dans la littérature. L'âge médian de survenue est de 63 ans avec des extrêmes allant de 14 à 90 ans. Les données sur le sex-ratio hommes/femmes sont contradictoires [1–3]. La symptomatologie initiale habituelle comprend une dysphonie, une dysphagie, une sensation de corps étranger, un stridor ou des signes généraux, tels que la perte de poids, les sueurs nocturnes et de la fièvre. Les formes avec détresse respiratoire sont rares. Ces manifestations respiratoires, peuvent faire errer le diagnostic, d'autant plus qu'une corticothérapie précoce et instaurée à l'aveugle peut contribuer à la difficulté diagnostique. Markou a analysé les cas de LMNH primitif de larynx publié entre 1996 et 2008, 47% d'entre eux sont situés dans la région sus-glottique, 25% sont glottiques, le reste sont soit sous-glottique ou transglottique [4].

Sur le plan macroscopique, la plupart des lymphomes du larynx se présentent sous forme d'une masse sous-muqueuse ou d'une tumeur polypôide, ils sont lisses, non ulcérés, et blanc-grisâtres [3]. Pour affirmer le diagnostic. Il faut souligner que les biopsies doivent fournir un matériel suffisant pour porter le diagnostic histologique.

Le bilan radiologique du LMNH laryngé est celui d'une tumeur des VADS: une TDM cervico-thoraco-abdominale est demandée dans un premier temps, puis l'IRM cervicale qui plus sensible pour l'étude des tissus mous. De façon plus spécifique, une biopsie ostéo-médullaire et un dosage sanguin de LDH sont réalisés. La tomодensitométrie par émission de positons au 18-Fluoro-désoxyglucose (18FDG) couplée au scanner (PET-CT) montre une activité métabolique constante (100%) des cellules lymphomateuses qui est généralement améliorée de façon uniforme avec le contraste iodés (73%) sans nécrose ni calcification [2, 5].

Historiquement, la radiothérapie a été la principale modalité du traitement de ces tumeurs. Elle permet d'obtenir une réponse complète prolongée pour 50 à 90% des patients atteints d'un lymphome stade I ou stade II localisé, mais compte tenu de la nature systémique de la plupart des cas, une chimiothérapie à base de CHOP associée ou non au rituximab selon le type histologique a une place importante, en particulier dans les cas de lymphomes de bas grade [6–9]. Le pronostic des LMNH primitifs du larynx et leur mode d'évolution se rapprochent des LMNH ganglionnaires (atteinte ganglionnaire sus et sous diaphragmatique, envahissement médullaire ...). La survie à 10–15 ans est de 50–60% [5].

IV. Conclusion :

Les LMNH de localisation primitive laryngée sont exceptionnels et peuvent évoluer à bas bruit. Cependant la symptomatologie respiratoire peut être au premier plan, et révélatrice de la maladie. Malgré ce caractère exceptionnel, il s'agit d'un diagnostic à évoquer systématiquement. Nous insistons sur l'importance de réaliser des biopsies profondes et d'orienter l'anatomopathologiste vers le diagnostic de LMNH, pour permettre une bonne analyse histologique et immuno-histochimique. Il semble que le LMNH primitif du larynx est une présentation des lymphomes plutôt qu'une maladie à part entière et devrait être géré selon les tendances actuelles de traitement des LMNH ganglionnaires.

Conflits d'intérêt :

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Contribution des auteurs :

Tous les auteurs ont participé à la prise en charge du patient et ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Références

- [1]. Andriychuk A, Kristensen BW. Non-Hodgkin lymphoma of the larynx. *UgeskrLaeger*. 2010 Oct 18;172(42):2901–2902.[PubMed] [Google Scholar]
- [2]. Siddiqui NA, Branstetter BF, 4th, Hamilton BE, Ginsberg LE, Glastonbury CM, Harnsberger HR, Barnes EL, Myers EN. Imaging characteristics of primarylaryngeallymphoma. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2010;31:1261–1265. [Article PMC gratuit][PubMed] [Google Scholar]
- [3]. Word R, Urquhart AC, Ejercito VS. Primarylaryngeallymphoma: case report. *EarNoseThroat J*. 2006 Feb;85(2):109–11.[PubMed] [Google Scholar]
- [4]. Markou K, Goudakos J, Constantinidis J, Kostopoulos I, Vital V. primarylaryngeallymphoma: report of 3 cases and review of the literature. *Head Neck*. 2010;32:541–549. [PubMed] [Google Scholar]
- [5]. Converset S, Vallicioni J, Poissonnet G, Marci PY, Bensadoun RJ. Lymphome malin non hodgkinien laryngé: à propos d'un cas. *Fr ORL*. 2006;91:266–269. [Google Scholar]
- [6]. Monobe H, Nakashima M, Tominaga K. Primarylaryngealnatural killer/T-cellymphoma—report of a rare case. *Head Neck*. 2008;30(11):1527–1530. [PubMed] [Google Scholar]
- [7]. Steffen A, Jafari C, Merz H, Galle J, Berger G. Subglottic MALT lymphoma of the larynx—more attention to the glottis. *In Vivo*. 2007 Jul-Aug;21(4):695–8. [PubMed] [Google Scholar]
- [8]. Tardio JC, Moreno A, Perez C, Hernandez-Rivas JA, Lopez-Carreira M. Primarylaryngeal T/NK-cellymphoma, nasal-type: an unusual location for an aggressivesubtype of extranodallymphoma. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2008 Jun;265(6):705–8. [PubMed] [Google Scholar]
- [9]. Roca B, Vidal-Tegeador B, Moya M. Primary non-Hodgkin lymphoma of the larynx. *South Med J*. 2005 Mar;98(3):388–9.[PubMed] [Google Scholar]