



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

Les lymphomes non hodgkiniens extraganglionnaires de localisation sinonasale : à propos de 22 cas[☆]



M. Lombard^a, P. Rives^a, G. Michel^a, A. Moreau^b, F. Espitalier^a, O. Malard^{a,*}

^a Service d'ORL et de chirurgie cervicofaciale, centre hospitalier universitaire de Nantes, Hôtel-Dieu, 1, place A.-Ricordeau, BP 1005, 44093 Nantes cedex 01, France

^b Service d'anatomopathologie, centre hospitalier universitaire de Nantes, Hôtel-Dieu, 1, place A.-Ricordeau, BP 1005, 44093 Nantes cedex 01, France

INFO ARTICLE

Mots clés :

Lymphome non hodgkinien
 Nasal
 Sinus
 Classification Ann Arbor

RÉSUMÉ

Objectif. – Le but de l'étude est de définir les caractéristiques cliniques, la prise en charge et le pronostic des lymphomes non hodgkiniens extraganglionnaires à localisation sinonasale.

Matériels et méthodes. – Étude rétrospective menée entre 2004 et 2013 au CHU de Nantes, concernant les patients atteints de lymphomes révélés par une atteinte sinusienne, étudiant les critères épidémiologiques, diagnostiques, cliniques, pronostiques et la survie (Kaplan-Meier et comparaison par test du Log-Rank).

Résultats. – Vingt-deux patients ont été inclus, 14 hommes et 8 femmes avec un âge moyen au diagnostic de 65 ans. Tous les patients présentaient un diagnostic de lymphome non hodgkinien, avec une forte prédominance de lymphome B diffus à grandes cellules (77%). Sept patients avaient des facteurs de risque pour la maladie lymphomateuse (LLC, infection à EBV, VIH). La majorité des patients (72%) présentait une tumeur de stade avancé au diagnostic (IV selon classification Ann Arbor). Il s'agissait de forme localisée au massif facial dans la plupart des cas (68%) avec une atteinte préférentielle aux sinus maxillaire et ethmoïdal. Les signes cliniques révélateurs retrouvés fréquemment étaient une obstruction nasale unilatérale, une rhinorrhée purulente, des épistaxis répétées ou une diplopie. Le traitement consistait en une chimiothérapie parfois associée à de la radiothérapie. Le taux de survie globale était de 82% à 12 mois et de 73% à 36 mois. Le taux de survie sans récurrence était de 76% à 12 mois et de 64% à 36 mois.

Conclusion. – Les lymphomes sont des pathologies agressives dont la révélation par atteinte sinusienne est une forme rare. Le traitement recommandé repose sur la chimiothérapie éventuellement associée à une radiothérapie. Le pronostic dépend du type histologique, du stade Ann Arbor au diagnostic et des possibilités thérapeutiques pour chaque patient.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

Les lymphomes de la tête et du cou représentent plus du tiers des localisations lymphomateuses extraganglionnaires. Cependant, les fosses nasales et les sinus sont rarement touchés dans les populations caucasiennes, puisqu'ils ne représentent que 0,2 à 2% [1] des cas d'envahissement de la sphère ORL par une prolifération lymphomateuse.

À l'inverse, ces tumeurs représentent 11% des cancers nasosinusiens [2] et peuvent donc être rencontrés régulièrement par les médecins ORL. Ceux-ci doivent donc savoir évoquer ce diagnostic devant tout syndrome de masse découvert au niveau du massif facial.

La difficulté principale réside dans l'absence de spécificité des signes cliniques révélateurs. Ceci conduit souvent à un retard de consultation et donc un diagnostic à un stade avancé de la tumeur.

Pour cette raison, la prise en charge initiale doit être stéréotypée afin de ne pas retarder la mise en œuvre du traitement, la précocité du diagnostic permettant d'améliorer le pronostic de cette pathologie agressive. Le traitement de la maladie lymphomateuse étant principalement médical, il nécessite également une collaboration étroite entre chirurgien et hématologue.

Nous avons réalisé une étude rétrospective portant sur l'ensemble des lymphomes à localisation nasosinusienne diagnostiqués et/ou pris en charge entre 2004 et 2013 au CHU de Nantes.

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.anorl.2015.08.015>.

[☆] Ne pas utiliser pour citation la référence française de cet article mais celle de l'article original paru dans *European Annals of Otorhinolaryngology Head and Neck Diseases* en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : omalard@chu-nantes.fr (O. Malard).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aforl.2014.11.013>

1879-7261/© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Tableau 1
Classification Ann Arbor.

Stade	Définition
I	Atteinte d'une aire ganglionnaire ou structure lymphoïde
II	Atteinte de 2 aires ganglionnaires ou plus du même coté du diaphragme
III	Atteinte ganglionnaire située de part et d'autre du diaphragme
IV	Atteinte d'une ou plusieurs structures extraganglionnaires par voie hématogène
E	Envahissement d'une structure extralymphatique par contiguïté
X	Masse tumorale importante (diamètre > 10 cm ou rapport médiastinothoracique > 1/3)
B	Présence de signes généraux (perte de poids > 10 %, sueurs, fièvre)

L'objectif de cette étude était de définir les caractéristiques cliniques, histopathologiques, radiologiques et pronostiques de ces tumeurs afin d'optimiser leur prise en charge par l'ORL.

2. Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur les patients ayant eu un diagnostic de lymphome localisé au niveau des sinus ou les fosses nasales au CHU de Nantes entre 2004 et 2013.

La recherche a été menée sur la base des données du service d'anatomopathologie. Le critère d'inclusion était le diagnostic d'un lymphome révélé initialement par une atteinte des sinus de la face ou des fosses nasales. Les patients présentant un lymphome envahissant les fosses nasales ou les sinus mais dont le point de départ était rhinopharyngé, oropharyngé ou cutané n'ont pas été inclus, tout comme les patients présentant une récurrence sinusienne d'un lymphome ganglionnaire ou d'un autre site extraganglionnaire et les localisations nasosinusiennes de tout autre hémopathie maligne.

L'ensemble des patients étudiés a bénéficié d'une consultation avec un médecin ORL justifiée par l'exploration d'un ou plusieurs signes cliniques rhinosinusiens d'évolution chronique.

Pour chaque patient l'âge au diagnostic, la présentation clinique initiale, le délai entre l'apparition des symptômes et la mise en route du traitement, les facteurs de risque, le bilan paraclinique, les modalités thérapeutiques ont été analysés.

Toutes les biopsies ont été adressées à l'état frais et étudiées en microscopie photonique pour analyser l'architecture de la tumeur.

Une analyse immunohistochimique permettait de définir le phénotype du lymphome (B ou T), l'expression de certains anticorps (CD3, CD5, CD10, CD 20, Bcl2, anti-C-Myc) ainsi que l'index de prolifération cellulaire.

À l'issue du bilan paraclinique, on pouvait définir le grade de la maladie pour chaque patient selon la classification Ann Arbor (**Tableau 1**).

Le score Index Pronostic International (IPI) a été calculé pour chaque patient. Celui-ci était calculé à partir de 5 facteurs : l'âge (supérieur à 60 ans), le stade clinique (III/IV), l'index de performance (supérieur ou égal à 2), l'élévation du taux de LDH et l'atteinte d'au moins 2 sites extranodaux.

Chaque dossier était discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire d'hématologie pour établir la stratégie thérapeutique la plus adaptée.

Différents facteurs ont été analysés pour définir leur impact sur la survie (âge, sexe, stade Ann Arbor, score IPI, type histologique, sinus atteint, forme localisée ou diffuse, traitement réalisé).

Le taux de survie a été calculé par la méthode de Kaplan-Meier et les comparaisons par le test du Log-Rank.

Tableau 2
Signes retrouvés à l'examen lors de la consultation initiale.

Signes cliniques initiaux	Patients (n)	%
Masse endonasale	16	73
Obstruction nasale	8	36
Diplopie	6	27
Rhinorrhée	5	23
Epistaxis	5	23
Exophtalmie	5	23
Douleurs	4	18
Tuméfaction endobuccale	4	18
Déficit paire crânienne	2	9
Épiphora	2	9
Adénopathie	1	4,5

3. Résultats

Entre 2004 et 2013, au CHU de Nantes, 22 patients ont eu un diagnostic histologique de lymphome présentant une localisation au niveau des fosses nasales et/ou des sinus.

Dans cette population, on retrouvait une sex-ratio homme-femme de 2/1 avec 14 hommes et 8 femmes. L'âge moyen au diagnostic était de 59 ans (le patient le plus jeune avait 36 ans et le plus âgé 95 ans).

La présence de facteurs prédisposants aux lymphomes (infections à EBV, VIH, antécédent de lymphopathie) était retrouvée chez 7 patients.

La présentation clinique initiale était peu spécifique avec des signes fonctionnels nasosinusiens classiques : obstruction nasale unilatérale avec rhinorrhée purulente, épistaxis, anosmie. Cependant, dans tous les cas ces signes étaient présents de façon unilatérale. Chez un nombre important de patients (16 sur 22), on retrouvait des signes non rhinologiques : diplopie (27 %), exophtalmie (18 %), tuméfaction endobuccale (18 %), paralysie de paires crâniennes (9 %). La présence d'une adénopathie cervicale n'était mise en évidence que chez un seul patient. Lors de l'examen clinique, un syndrome de masse au niveau des fosses nasales était retrouvé chez 16 patients (**Tableau 2**).

Tous les sinus pouvaient être atteints, avec une nette prédominance pour le sinus maxillaire (50 %), puis l'ethmoïde (23 %), les fosses nasales (18 %) et le sphénoïde (9 %). Aucune localisation au sinus frontal n'était retrouvée dans cette série. Dix patients (45 %) présentaient une atteinte du côté gauche, 12 patients (55 %) une atteinte du côté droit.

Le délai moyen entre l'apparition des symptômes et le diagnostic a pu être étudié de façon fiable chez 19 patients, celui-ci était de 4 mois (15 jours–27 mois).

Les patients ont tous bénéficié d'une imagerie du massif facial : tomodensitométrie (TDM) (14 patients) et/ou IRM (8 patients), ainsi qu'une recherche d'extension à distance, par TDM cervico-thoraco-abdomino-pelvien. Pour 10 patients, il a été réalisé en complément un TEP TDM. Quinze patients présentaient une forme localisée uniquement au massif facial à l'issue de ce bilan. L'aspect de ces lésions en imagerie correspondait à un syndrome de masse tumorale du massif facial, homogène avec parfois prise de contraste spontanée au sein de la tumeur (5 patients) et une lyse osseuse (17 patients) (**Fig. 1**). Sept patients ont subi une biopsie ostéoméduillaire (BOM) et aucun d'entre eux ne présentait d'envahissement médullaire. Une ponction lombaire était réalisée chez 3 patients, sans anomalie retrouvée.

Ces lymphomes étaient tous des lymphomes non hodgkiniens, parmi lesquels ont été identifiés 17 lymphomes B diffus à grandes cellules (77 %), 3 lymphomes T/NK de type nasal et 2 lymphomes plasmablastiques.

Le stade de la maladie était défini selon la classification internationale d'Ann Arbor (**Tableau 1**). Dans cette série, 2 patients

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4104840>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4104840>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)