



Reçu le :  
6 février 2013  
Accepté le :  
29 avril 2014

Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**

[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

## Deux cas d'histiocytose sinusale ganglionnaire cervicale de Destombes-Rosai-Dorfman

Two cases of sinus histiocytosis with massive cervical lymphadenopathy (Destombes-Rosai-Dorfman disease)

T. Konsem<sup>a</sup>, R. Wend-Lasida Ouedraogo<sup>b</sup>, M. Millogo<sup>a</sup>, Y.M.C. Gyebre<sup>b</sup>, A. Bouaichi<sup>c</sup>, N. Zwetyenga<sup>c,\*</sup>

<sup>a</sup>Service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale, CHU-YO, Ouagadougou, Burkina Faso

<sup>b</sup>Service d'oto-rhino-laryngologie, CHU-YO, Ouagadougou, Burkina Faso

<sup>c</sup>Service de chirurgie maxillo-faciale, chirurgie plastique esthétique et reconstructrice, chirurgie de la main, centre hospitalo-universitaire, hôpital du Bocage, université de Bourgogne, faculté de médecine, 14, rue Gaffarel, BP 77908, 21079 Dijon cedex, France

### Summary

**Introduction.** Sinus histiocytosis with massive lymphadenopathy is a rare disease. Its location is ubiquitous, but the most frequent is cervical lymph nodes.

**Observation.** We report 2 cases of sinus histiocytosis with massive lymphadenopathy. The patients were respectively 9 and 30 years of age. They both presented with bilateral cervical polylymphadenopathy with a cervical compression syndrome in the first patient. The diagnosis was made histologically by demonstrating histiocyte emperipolesis, in the first case, and by immuno-histochemistry in the second. The treatment was corticosteroids, resulting in an almost total involution.

**Discussion.** Sinus histiocytosis with massive lymphadenopathy is a clinical and a specific pathology, but its etiopathogenesis remains to be elucidated. The cervical localization is common. The definitive diagnosis is histological. There is currently no codified treatment. The outcome is usually favorable, apart from mechanical and systemic complications that are important prognostic factors.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

**Keywords:** Sinus, Histiocytosis, Destombes-Rosai-Dorfman disease, Massive lymphadenopathy

### Résumé

**Introduction.** L'histiocytose sinusale de Destombes-Rosai-Dorfman est une pathologie rare. Sa localisation est ubiquitaire, mais la forme la plus classique reste ganglionnaire cervicale.

**Observation.** Nous présentons 2 cas d'histiocytose sinusale ganglionnaire de Destombes-Rosai-Dorfman. Les patients étaient âgés respectivement de 9 et 30 ans. Ils ont présenté tous les deux une polyadénopathie cervicale bilatérale avec un syndrome compressif cervical dans le premier cas. Le diagnostic de certitude histologique a été fait grâce à la mise en évidence d'une empériopèse histiocytaire dans le premier cas et dans le second cas par immuno-histochimie. Le traitement a consisté dans les deux cas en une corticothérapie par voie générale avec involution quasi totale des adénopathies.

**Discussion.** La lymphadénopathie massive de Destombes-Rosai-Dorfman est une entité anatomo-clinique particulière d'étiopathogénie non élucidée. La localisation cervicale est fréquente. Le diagnostic de certitude est anatomopathologique. Actuellement, le traitement n'est pas codifié. Hormis les complications mécaniques et systémiques qui constituent des facteurs pronostics importants, son évolution est classiquement favorable.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Mots clés :** Histiocytose sinusale, Maladie de Destombes-Rosai-Dorfman, Lymphadénopathie massive

\* Auteur correspondant.

e-mail : [nzwetyenga@gmail.com](mailto:nzwetyenga@gmail.com) (N. Zwetyenga).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.revsto.2014.04.003> Rev Stomatol Chir Maxillofac Chir Orale 2014;xxx:1-5  
2213-6533/© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Évoquée pour la première fois en 1965 par Destombes [1], l'histiocytose sinusale ganglionnaire a été réellement décrite comme une entité anatomo-clinique par Rosai en 1969 puis et par Dorfman en 1972 [2,3]. Il s'agit d'une pathologie à localisation ubiquitaire, d'expression clinique non spécifique et dont le diagnostic est basé essentiellement sur l'analyse anatomopathologique. Hormis le risque des complications mécaniques et systémiques, son pronostic reste favorable sous un traitement bien conduit. Nous rapportons deux cas de localisation cervicale massive de cette affection rare.

## Observation

### Patient n° 1

Une patiente de 9 ans a consulté pour une polyadénopathie cervicale associée à une dyspnée laryngée évoluant depuis environ une année dans un contexte d'hyperthermie intermittente. L'anamnèse n'a trouvé aucun antécédent particulier, notamment pas de notion de contagé tuberculeux. La patiente était en bon état général, et présentait une polyadénopathie cervicale bilatérale d'aspect inflammatoire, asymétrique, occupant toutes les aires ganglionnaires cervicales. Les adénopathies étaient regroupées en conglomérats, fixes par rapport au plan profond, et mobiles par rapport au plan superficiel. Leur taille variait d'un à six centimètres de grand axe (fig. 1). Il existait un syndrome compressif cervical (une dyspnée pour les efforts modérés, une dysphonie et une dysphagie modérées).

Un bilan biologique objectivait une anémie hypochrome microcytaire et un syndrome inflammatoire (élévation de la VS et de la CRP). L'intradermoréaction (IDR) à la tuberculine et la sérologie rétrovirale VIH étaient négatives. La radiographie pulmonaire réalisée montrait des images nodulaires médiastinales évocatrices d'adénopathies disséminées. Une première biopsie ganglionnaire cervicale concluait à une lymphadénopathie chronique non spécifique. Malgré une antibiothérapie et devant la persistance du tableau, une adénectomie a été effectuée. Il s'agissait macroscopiquement d'un ganglion blanchâtre, ferme, mesurant 3 cm × 3,5 cm × 2 cm. Histologiquement, il y avait un comblement histiocytaire des sinus périphériques et médullaires ganglionnaires avec des images d'hématophages globuleux ayant phagocyté des cellules sanguines et des images d'empériplolèse (traversée d'une cellule dans une autre, sans qu'aucune ne soit altérée) ; confirmant ainsi le diagnostic d'histiocytose sinusale ganglionnaire massive (fig. 2).

Une corticothérapie à base de méthylprednisolone (1 mg/kg/jour) par voie parentérale pendant 5 jours, suivie d'un relais par voie orale avec de la béthametasone (2 mg/jour) pendant 4 semaines a permis d'obtenir une involution notable des adénopathies ainsi que les signes de compression cervicale (fig. 3). Il n'y avait pas de récurrence depuis 7 mois.

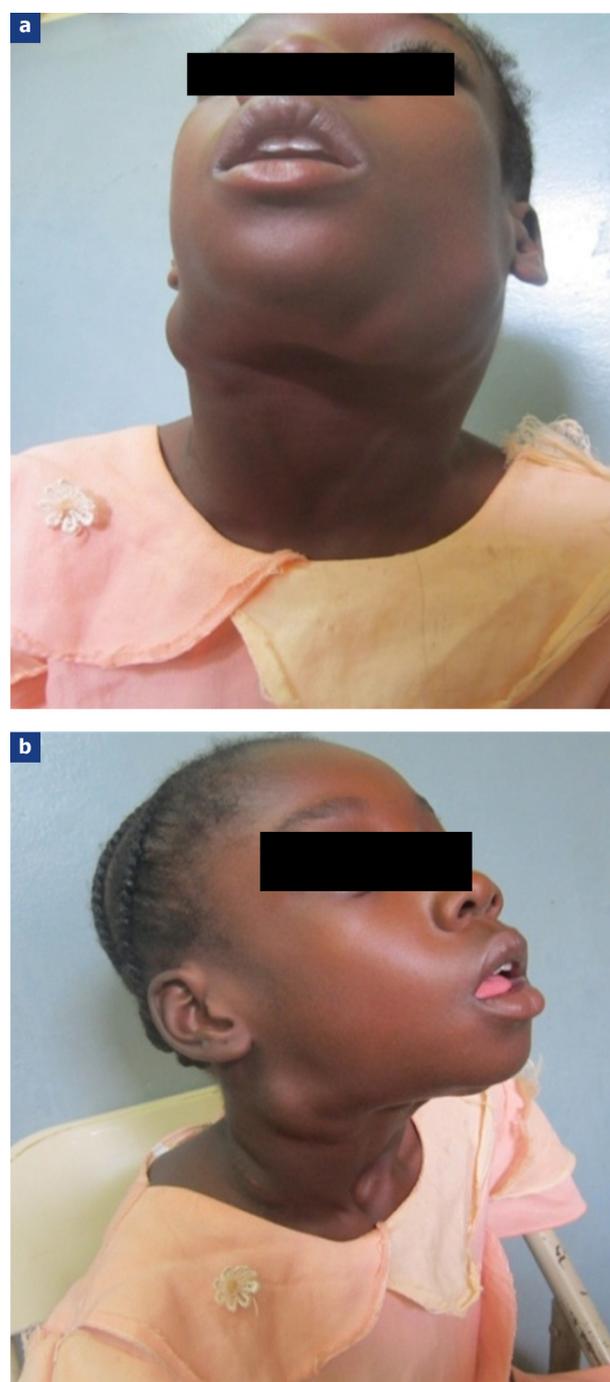


Figure 1. Première patiente présentant une polyadénopathie cervicale bilatérale vue de face (a) et de profil (b).

### Patient n° 2

Il s'agissait d'un patient de 30 ans, qui a consulté pour une polyadénopathie cervicale bilatérale évoluant depuis environ une année. L'interrogatoire a trouvé une notion de deux épisodes similaires respectivement en 2005 et en 2010 pris en charge avec succès par une association antibiothérapie-corticothérapie. Les biopsies réalisées au cours de ces épisodes

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/6059977>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/6059977>

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