

LOCALISATION RÉTROPÉRITONÉALE : SEULE MANIFESTATION RÉVÉLATRICE D' UN LYMPHOME NON HODGKINIEN

1^{er} Auteur : Soukaina, OUMLIL, Résidente, Médecine interne, Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI, Marrakech, Maroc

Autres auteurs, équipe:

- Jaouad, YOUSFI, spécialiste, Médecine interne, Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI, Marrakech, Maroc
- Mouna, ZAHLANE, professeur d'enseignement supérieur, Médecine interne, Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI, Marrakech, Maroc
- Laila, BENJILALI, professeur d'enseignement supérieur, Médecine interne, Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI, Marrakech, Maroc
- Lamiaa, ESSAADOUNI, professeur d'enseignement supérieur, Médecine interne, Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI, Marrakech, Maroc

Introduction

Les lymphomes de localisation rétropéritonéale peuvent mimer une fibrose locale idiopathique ou secondaire (inflammatoire, médicamenteuse ou infectieuse). Leur similitude clinique et radiologique est un défi diagnostique avec des pronostics différents. À notre connaissance, seuls quelques cas de lymphome mimant une fibrose rétropéritonéale étaient rapportés dans la littérature.

Observation

Une femme de 63 ans, diabétique de type 2 depuis cinq ans sous glimépride à la dose de 3mg/j, se présentait pour des lombalgies gauches, associées à des vomissements et une dysurie.

Le bilan biologique objectivait une insuffisance rénale (L'urée était à 2,1 g/l et la créatinine à 50 mg/l). Le scanner abdomino-pelvien mettait en évidence une masse rétropéritonéale en rapport avec un processus fibrosant envahissant le rein gauche et entourant l'aorte abdominale, la veine cave inférieure, l'artère mésentérique supérieure et les vaisseaux rénaux bilatéraux, ainsi que les muscles psoas, compliqué d'une urétérohydronéphrose secondaire à des sténoses étagées de l'uretère pelvien. Un drainage urinaire était réalisé en urgence. Le bilan immunologique, endocrinien, et infectieux ainsi que le dosage des IgG4, étaient négatifs. L'évolution était marquée par l'altération de l'état général, malgré le drainage urinaire et l'instauration d'une corticothérapie. Ainsi, une biopsie de la masse s'avérait nécessaire.

L'étude histologique de la masse et l'immunohistochimie étaient en faveur d'un lymphome de la zone marginale (Prolifération lymphomateuse à petites cellules exprimant le CD20, CD79a et le BCL2, cependant la cycline D1, bcl6, CD5 et CD23 étaient négatifs, et le ki67 était à 5%). Une chimiothérapie à base de bendamustine et rituximab était ainsi indiquée.

Discussion

La fibrose rétropéritonéale (FRP) est une maladie inflammatoire rare caractérisée par une masse rétropéritonéale sclérosante avec des caractéristiques cliniques obstructives urologiques et vasculaires. Dans 80 à 100% des cas, les uretères sont les organes rétropéritonéaux uniformément impliqués, provoquant une hydronéphrose, voire une insuffisance rénale aiguë obstructive. La masse inflammatoire peut également comprimer les artères, les veines et les vaisseaux lymphatiques, entraînant un œdème des membres inférieurs, une thrombose veineuse profonde, une hydrocèle et une claudication (1). D'autres symptômes sont non spécifiques tels que la fatigue, l'anorexie et la perte de poids (2). Le diagnostic dépend de l'aspect radiologique, notamment une plaque homogène entourant l'aorte abdominale sur le scanner (3).

Les caractéristiques cliniques et scannographiques de notre patiente étaient concordantes avec une FRP d'allure secondaire (figure 1). Ainsi que la biopsie réalisée qui a confirmé le diagnostic de lymphome non hodgkinien.

Le lymphome non hodgkinien est une entité importante à considérer dans le diagnostic différentiel des FRP. Leur similitude clinique et radiologique pose un défi diagnostique avec des pronostics différents. Pour la FRP idiopathique, la corticothérapie est le traitement principal et le pronostic est généralement bon. Les séries de cas rapportées ont révélé un taux de réussite de 50 à 100% avec la monothérapie à la prednisone de 6 mois à 2 ans (4). En revanche, les lymphomes nécessitent des protocoles de chimiothérapie spécifiques et ont un pronostic variable.

La différence entre ces deux entités peut se faire par l'imagerie. À la tomographie, les FRP idiopathiques ont tendance à envelopper l'aorte et les uretères, tandis qu'une tumeur maligne rétropéritonéale déplace généralement l'aorte vers l'avant et les uretères latéralement (2). Dans notre cas, la masse rétropéritonéale a envahi le rein gauche et les muscles psoas de manière plus agressive que dans les FRP idiopathiques. Ceci suggère la possibilité d'une malignité.

L'immunohistochimie de la biopsie est essentielle pour établir le diagnostic définitif (5). Dans notre cas, on a retenu le diagnostic de lymphome de la zone marginale en se basant sur les données immunohistochimiques de la masse rétropéritonéale.

À notre connaissance, seuls quelques cas de lymphome mimant une FRP ont été rapportés dans la littérature (6–8). La plus grande série sur les lymphomes rétropéritonéaux a été publiée par Waldron et al. en 1983 (9). Ces auteurs ont affirmé que 74% des lymphomes rétropéritonéaux étaient des variantes sclérosantes du lymphome folliculaire, 14,7% de lymphomes angio-immunoblastiques, 7,3% de lymphomes à cellules centrales folliculaires sans sclérose et 4% de lymphomes de Burkitt (9). Sur les 22 lymphomes folliculaires avec sclérose signalés par Waldron et al., 5 ont été classés comme lymphomes à petites cellules clivées, 14 à grandes cellules clivées et 3 à grandes cellules non clivées. Les patients étaient majoritairement des femmes avec un âge moyen de 59,5 ans et présentaient une masse et des lombalgies. La moitié des patients ont obtenu une rémission complète sous chimiothérapie et six sont décédés (9).

Conclusion

Bien que la localisation rétropéritonéale des lymphomes est rarement décrite, la biopsie de toute masse rétropéritonéale s'avère indispensable afin d'exclure la nature maligne.

Références

1. Wan N, Jiao Y. Non-Hodgkin lymphoma mimics retroperitoneal fibrosis. Case Reports. 2013;2013:bcr2013010433.
2. VIVAS I. Retroperitoneal fibrosis: typical and atypical manifestations. Br J Radiol. 2000;73:214-22.
3. ZEN Y. Retroperitoneal fibrosis: a clinicopathologic study with respect to immunoglobulin G4. Am J Surg Pathol. 2009;33(12):1833-9.
4. Rosenkrantz AB, Spieler B, Seuss CR, Stifelman MD, Kim S. Utility of MRI features for differentiation of retroperitoneal fibrosis and lymphoma. AJR American journal of roentgenology. 2012;199(1):118-26.
5. VAN BOMMEL E. Long-term renal and patient outcome in idiopathic retroperitoneal fibrosis treated with prednisone. Am J Kidney Dis. 2007;49:615-25.
6. Hammer STG, Jentzen JM, Lim MS. Anaplastic lymphoma kinase-positive anaplastic large cell lymphoma presenting as retroperitoneal fibrosis. Human Pathology. nov 2011;42(11):1810-2.
7. Chim CS, Liang R, Chan AC. Sclerosing malignant lymphoma mimicking idiopathic retroperitoneal fibrosis: importance of clonality study. The American Journal of Medicine. août 2001;111(3):240-1.
8. Piled SA, Zinzani PL, Ascani S, Orcioni GF, Gamberi B, Piccioli M, et al. Diffuse large B-cell lymphoma with primary retroperitoneal presentation: Clinico-pathologic study of nine cases. Annals of Oncology. oct 2001;12(10):1445-53.
9. WALDRON J. Sclerosing variants of follicular center cell lymphomas presenting in the retroperitoneum. Cancer. 1983;52:712-20.



Figure 1 : Le scanner abdomino-pelvien mettant en évidence une masse rétropéritonéale en rapport avec un processus fibrosant