

Localisation intramusculaire d'un Lymphome non hodgkinien : à propos d'un

Nassima, Dembri, Maitre assistante, Médecine interne, Faculté de médecine, Annaba, Algérie
 Samia, Boughandjioua, Maitre de conférence, Médecine interne, Chu Ibn Sina -Faculté de médecine, Annaba, Algérie
 Houria, Chemmi, Maitre assistante, Médecine interne, Chu Ibn Sina- Faculté de médecine, Annaba, Algérie
 Samia, Djabba, Maitre assistante, Médecine interne, Chu Ibn Sina- Faculté de médecine, Annaba, Algérie
 Nadia Boukhris, Professeur chef de service, Médecine interne, Chu Ibn Sina -Faculté de médecine, Annaba, Algérie

Introduction

La localisation dans le muscle squelettique des lymphomes non Hodgkiniens est rare, seulement quelques douzaines d'observations sont colligées dans la littérature.

Objectif

Nous rapportons le cas d'un LNH révélé par une pseudo tumeur musculaire chez une femme âgée de 51 ans.

Observation

Mme B.M, âgée de 51 ans sans antécédents particuliers, était hospitalisée pour une tuméfaction du membre inférieur droit associée à une impotence fonctionnelle. La symptomatologie initiale remontait à 9 mois avant son admission marquée par l'apparition d'une douleur au niveau de ce membre s'aggravant progressivement puis dans le dernier mois une augmentation de son volume est apparue occasionnant une gêne à la mobilisation et rendant la marche difficile.

L'examen clinique retrouvait une patiente fébrile, avec un œdème du membre inférieur droit, douleur à la palpation de la région inguinale et des muscles de la cuisse ainsi qu'un Psoitis. Les examens biologiques notaient à l'hémogramme un taux de leucocytes à 18 000/mm³, (86% PNN), d'hémoglobine à 8,8 gr/dl, une protéine C réactive à 114, des enzymes musculaires élevées avec des CPK à 3774 UI/L (22NL) et des LDH à 575 UI/L (2NL).

Les premières données échographiques et scanographiques,

Observation

étaient en faveur d'une collection liquidienne du muscle psoas avec importante infiltration des tissus associés. En vue de ces données une origine infectieuse de cette collection a été suspectée la patiente fut alors mise sous antibiothérapie, sans amélioration clinico biologique. Ce qui a motivé la réalisation d'un scanner thoraco-abdominopelvien, objectivant des masses musculaires tumorales du psoas iliaque et grand glutéal droit localement avancées (Fig 1,2,3), associées à de multiples adénopathies rétro péritonéales, iliaques, inguinales et axillaires ainsi qu'à une splénomégalie nodulaire (fig 5,6).

L'étude histologique des masses musculaires était en faveur d'un processus tumoral indifférencié à grandes cellules, avec une nécrose importante, cet aspect et le profil d'anticorps (CD3/CD5 -, CD20 +, CD 30-, Ki67 ++) permirent de retenir le diagnostic de lymphome non hodgkinien. Après une discussion et réunion de concertation multidisciplinaire oncologique, la patiente fut mise sous chimiothérapie.



Figure 01

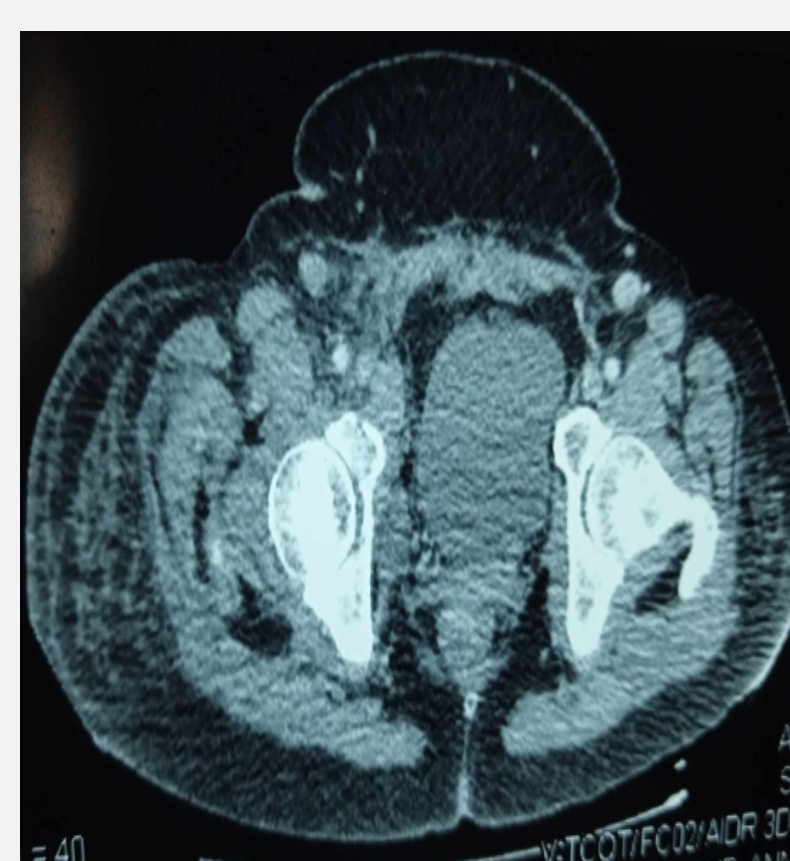


Figure 02
TDM MUSCULAIRE

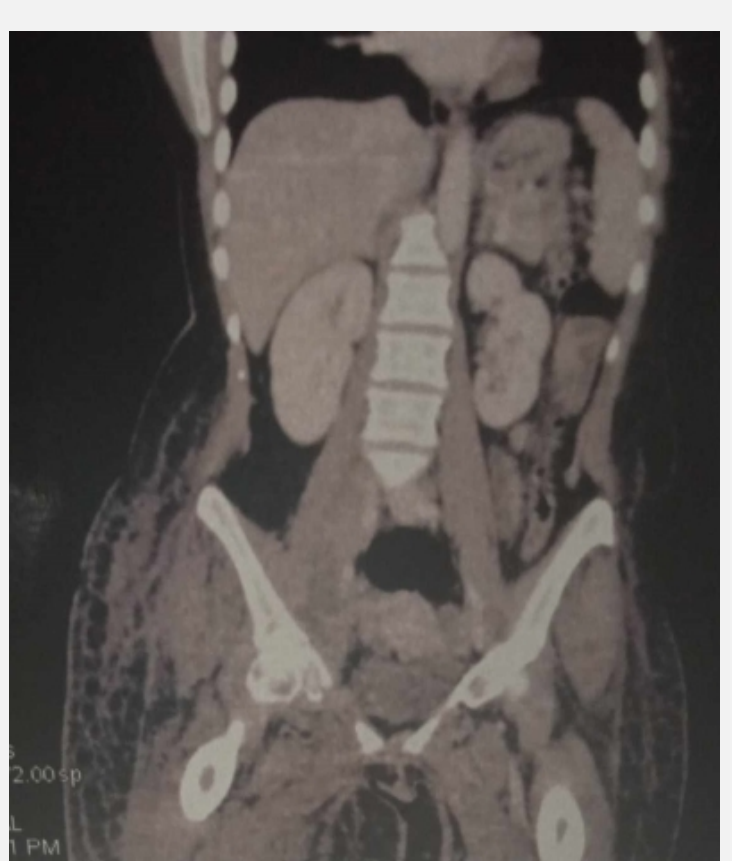


Figure 03

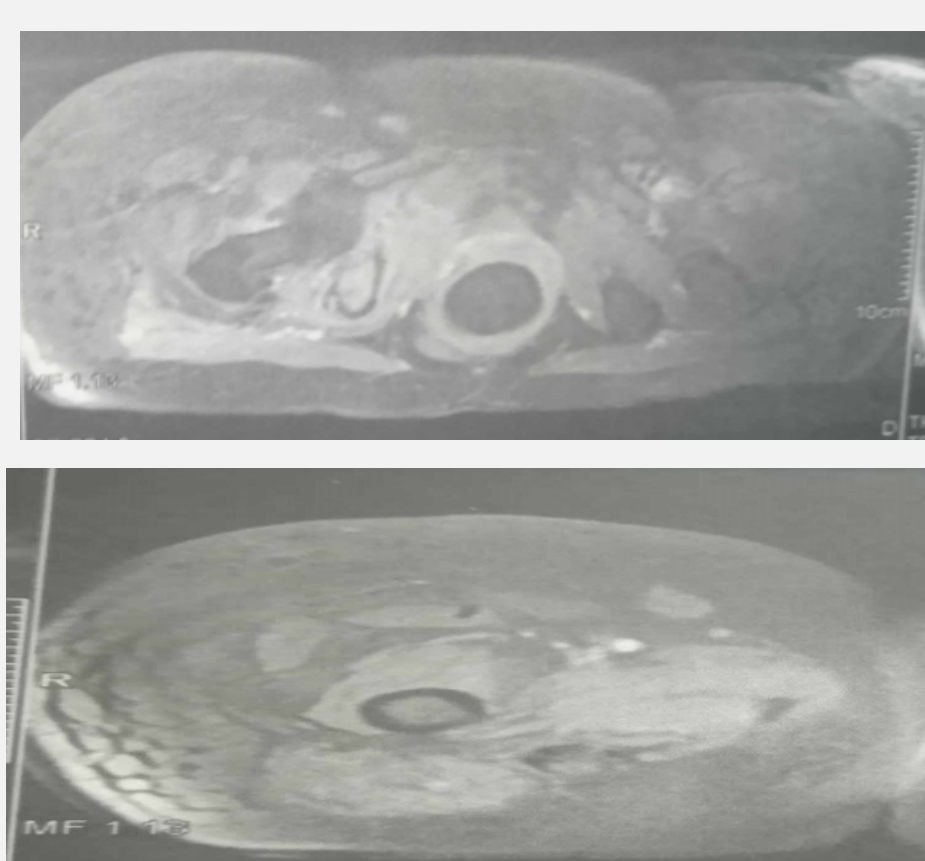


Figure 04
IRM MUSCULAIRE



Figure 05
TDM ABDOMINALE
Splénomégalie nodulaire

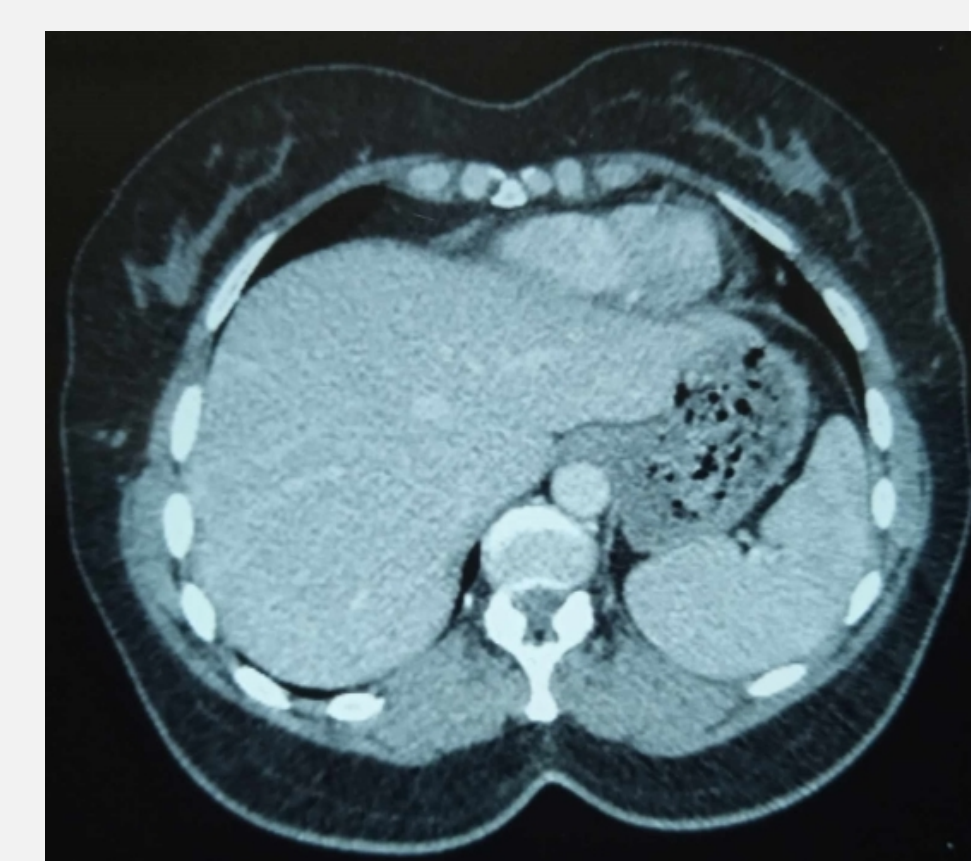


Figure 06

Masses musculaires psoas iliaque et grand glutéal

Discussion

L'atteinte musculaire du lymphome non hodgkinien est exceptionnelle, observée chez moins de 0,5% des patients. Elle peut être liée à trois mécanismes : envahissement du muscle à partir d'une adénopathie voisine, dissémination métastatique ou lymphome primitif du muscle squelettique.[1]

Elle concerne le plus souvent des hommes d'âge moyen de 70 ans.[2,3]

La symptomatologie clinique hétérogène non spécifique, l'aspect au scanner de ces tumeurs peut rendre le diagnostic difficile, [3] c'était le cas pour notre patiente chez qui une origine infectieuse a été initialement suspectée.

L'IRM musculaire reste le meilleur examen d'imagerie pour mettre en évidence ces masses tumorales dans le muscle squelettique et de préciser leurs rapports avec les tissus de voisinage. [4,5]

Le traitement standard associe l'exérèse chirurgicale, la chimiothérapie et la radiothérapie.

Conclusion:

Le lymphome musculaire est une pathologie rare, de diagnostic difficile seule l'histologie permet de le retenir avec certitude. Une meilleure connaissance de cette entité mais, également d'autres techniques prometteuses telles que le PET-scan, permettraient une meilleure caractérisation en vue d'une amélioration du pronostic.

Références:

- [1] : R. Paule, M. Ponsoye, V. Gueutin, G. Deray, H. Izzedine - La Revue de Médecine Interne- Volume 34, Issue 6, June 2013, Pages 369-372
- [2]: Elliott MA, Tefferi A. Thrombosis and haemorrhage in polycythaemia vera and essential thrombocythaemia. Br J Haematol 2004;128:275-90.
- [3] :Said S, Leung N, Sethi S, Cornell LD, Fidler ME, Grande JP, et al. Myeloproliferative neoplasms cause glomerulopathy. Kidney Int 2011;80:753-9.
- [4] : Au WY, Chan KW, Lui SL, Lam CC, Kwong YL. Focal segmental glomerulosclerosis and mesangial sclerosis associated with myeloproliferative disorders. Am J Kidney Dis 1999;34:889-93.
- [5] : A. Bardy, A. Tiple, M. Rabant, J.-L. Kémény, K. El Karoui, M. Hermet, G. Guettrot-Imbert, P. Deteix, J.-O. Bay, O. Aumaître, M. André -Les glomérulopathies associées aux néoplasies myéloprolifératives-La Revue de Médecine Interne,Volume 35, Issue 4, April 2014, Pages 222-230