



Association lymphome malin non Hodgkinien et sarcoïdose : une observation inhabituelle
Non-Hodgkin lymphoma and sarcoidosis: an unusual case report

Zakaria Merad¹

Correspondance

Zakaria Merad

Courriel : zmerad79@yahoo.fr

Summary

The combination of sarcoidosis and lymphoma is known as sarcoidosis-lymphoma syndrome where sarcoidosis precedes lymphoma, but the occurrence of sarcoidosis after lymphoma has only rarely been reported in the literature. We report an observation of a 50-year-old woman presenting with an alteration of general condition with gait disorder progressing during the last 7 days. These clinical signs were observed 2 years after complete remission from a small type B cell mediastinal lymph node Non-Hodgkin Malign Lymphoma (NHML). Pathological examination of the bone marrow biopsy specimen confirmed the diagnosis of sarcoidosis. However, the diagnosis of sarcoidosis after remission from NHML is often challenging as a relapse of NHML may be suspected.

Keywords : Sarcoidosis, syndrome, lymphoma

Received: July 7th, 2021

Accepted: January 20th, 2022

¹ Service de pathologie, Centre hospitalier universitaire de Sidi Bel Abbès, Faculté de Médecine, Université Djillali Liabes, Algérie

Résumé

L'association de sarcoïdose et de lymphome est connue sous le nom de syndrome sarcoïdose-lymphome où la sarcoïdose précède le lymphome. Mais, la survenue de sarcoïdose après lymphome est rarement décrite dans la littérature. Nous rapportons ici, une observation clinique d'une femme de 50 ans présentant une altération de l'état général avec trouble de la marche depuis une semaine, survenant deux ans après une rémission complète d'un LMNH ganglionnaire médiastinal de type B à petites cellules et dont l'examen anatomopathologique de la biopsie ostéo-médullaire a permis de confirmer le diagnostic d'une sarcoïdose. Cependant, le diagnostic de sarcoïdose après LMNH pose le plus souvent un problème de diagnostic lorsqu'une rechute est suspectée.

Mots-clés : Sarcoïdose, syndrome, lymphome

Reçu le 7 juillet 2021

Accepté le 20 janvier 2022

<https://dx.doi.org/10.4314/aam.v15i2.12>

Introduction

Le syndrome sarcoïdose- lymphome est une association bien caractérisée mais la survenue d'une sarcoïdose après le lymphome a été rarement rapportée dans la littérature (1). Le diagnostic doit être particulièrement rigoureux pour éviter les erreurs par excès et par défaut (1). A travers cette observation clinique, nous décrivons cette association avec la particularité de survenue de sarcoïdose après la rémission complète d'un lymphome malin non Hodgkinien (LMNH).

Observation clinique

Il s'agissait d'une femme de 50 ans, Maghrébine, avec antécédent personnel d'un lymphome malin non Hodgkinien (LMNH) ganglionnaire médiastinal de type B à petites cellules en rémission complète depuis 2 ans ; sous chimiothérapie (R-CHOP), avec absence d'infiltration à la biopsie ostéo-médullaire et au médullogramme initiales. Elle est réadmise dans le service d'hématologie pour une altération de l'état général avec trouble de la marche évoluant depuis une semaine. La patiente était apyrétique avec une tension artérielle 110/75 mmHg. L'examen cardio respiratoire était normal. L'examen neurologique retrouvait seulement une faiblesse musculaire sans syndrome pyramidal ni de signe de Babinski dans les deux membres inférieurs.

La numération formule sanguine était normale avec une CRP élevée à 12 mg/l et une VS accélérée à 35mm la première heure.

Une tomodensitométrie (TDM) cervico-thoraco-abdomino-pelvienne réalisée et n'a retrouvée aucune adénopathie. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) médullaire faite dans le cadre du trouble de la marche mais n'a montré aucune lésion. Devant ce contexte clinique et radiologique, surtout d'antécédent de LMNH, une extension médullaire d'un LMNH a été évoquée. Ainsi, une ponction biopsie de la moelle osseuse a été réalisée dans le cadre du bilan d'extension du LMNH. Contre toute attente, l'examen histopathologique a révélé une localisation médullaire d'une sarcoïdose faite de nombreux granulomes épithélio-giganto-cellulaire sans nécrose caséuse (figure 1) avec présence des corps astéroïdes rappelant les corps de Schaumann (figure 2).

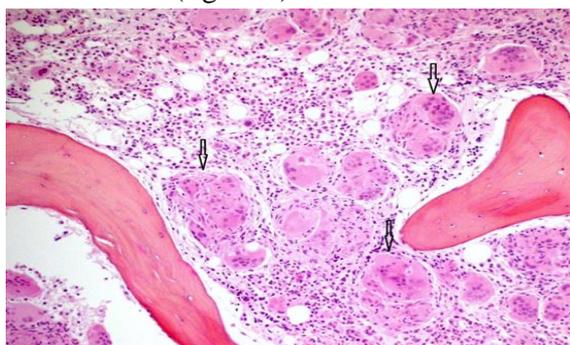


Figure 1. Granulome inflammatoire épithélio-giganto-cellulaire, sans nécrose, coloration hématoxyline éosine (Grossissement 100 x, 144 x 155 mm ; 300 x 300 DPI)

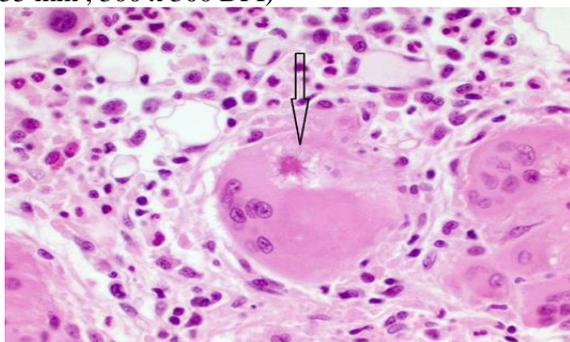


Figure 2. Présence de corps astéroïdes (Schaumann) à l'intérieur des cellules géantes, coloration hématoxyline éosine (Grossissement 400x, 140 x 109 mm (300 x 300 DPI, hématoxyline Eosine)

Devant cette découverte dans ce contexte du trouble de la marche, un traitement médical fait de bolus cortisonique a été débuté ; à raison 1g/j pendant trois jours. Sous cette attitude

thérapeutique, une amélioration clinique spectaculaire de la marche a été observée. L'évolution était favorable et la patiente est sortie après dix jours d'hospitalisation sous corticothérapie avec des contrôles mensuels réguliers.

Discussion

L'association de la sarcoïdose et du lymphome a été décrite par Brincker en 1986 et surnommée syndrome sarcoïdose-lymphome lorsque le lymphome survient après la sarcoïdose (1). Cependant, la survenue de sarcoïdose après lymphome, à notre connaissance, a été très rarement rapportée dans la littérature. Deux cas ont été rapportés dans lesquels le lymphome a précédé la sarcoïdose dans une série de 46 patients selon Brincker (1). D'autres études soulignent la rareté de ce syndrome lymphome-sarcoïdose (2). Cependant, le délai moyen de survenue de LMNH après la sarcoïdose était de 18 mois (1) contre 36 mois de sarcoïdose consécutive au LMNH (2), chez notre patiente le délai a été de 24 mois. L'étiologie de la sarcoïdose reste inconnue probablement d'origine génétique et /ou environnementale mais le mécanisme physiopathologique de ce syndrome n'est pas encore clairement établi, il pourrait être lié soit à l'effet direct des médicaments de la chimiothérapie soit au granulome inflammatoire qui représente une réponse immunologique médiée par les lymphocytes T (1-3). Le tableau clinique et radiologique de la sarcoïdose consécutive au LMNH était la survenue inattendue de sarcoïdose après une rémission hématologique complète rendant un diagnostic dilemme pour le clinicien, sachant que la sarcoïdose est une pathologie inflammatoire et le lymphome est un cancer (3). Cette association était fréquente chez la femme de la cinquantaine (1-2) ce qui est le cas pour notre patiente. Le diagnostic de certitude ne peut être apporté que par l'examen histologique qui permet de différencier les deux types de pathologies en montrant soit un granulome épithélio-giganto-cellulaire sans nécrose caséuse ou bien d'une prolifération

lymphomateuse maligne (4-6). Notre observation souligne l'importance de l'examen anatomopathologique dans le diagnostic. Certains médicaments ont été incriminés dans le déclenchement de la sarcoïdose comme interféron alpha (7) ou le facteur de nécrose tumorale alpha (8) ce qui n'est pas le cas pour notre patiente. Dans cette observation, la relation causale entre la sarcoïdose et le LMNH n'est pas déterminée nécessitant une étude prospective plus large.

Enfin, l'évolution de cette association est rarement favorable avec une médiane de survie de 48 mois (5). L'évolution a été cependant favorable chez notre patiente, avec amélioration clinique spectaculaire après dix jours d'hospitalisation sous corticothérapie.

Conclusion

Bien que le diagnostic de sarcoïdose consécutif à un lymphome soit un diagnostic difficile à évoquer lorsqu'une récurrence de lymphome, il doit toujours être recherché, tout en soulignant l'importance de l'étude anatomo-pathologique pour la confirmation du diagnostic.

Conflit d'intérêt

L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

References

1. Brincker H. The sarcoidosis-lymphoma syndrome. *Br J Cancer* 1986; **54**: 467-473.
2. Papanikolaou I.C, Sharma O.P. The relationship between sarcoidosis and lymphoma. *Eur Respir J* 2010; **36**: 1207-1219.
3. Moulinet T, Perrot A. Sarcoïdose et réaction granulomateuse associées aux hémopathies : à propos de deux cas et revue de la littérature. *Rev Med Int* 2012; **33**: 169.
4. Landgren O, Engels E.A, Pfeiffer RM, Gridley G, Møller M, Olsen J, *et al.* Autoimmunity and susceptibility to Hodgkin lymphoma: a population-based case-control study in Scandinavia. *J Natl Cancer Inst* 2006; **98**: 1321-1330.
5. O'Connell MJ, Schimpff SC, Kirschner RH, Abt AB, Wiernik PH. Epithelioid granulomas in Hodgkin disease. A favorable prognostic sign? *JAMA* 1975; **233**: 886- 889.
6. Zinzani PL, Tani M, Trisolini R, Fanti S, Stefoni V, Alifano M, *et al.* Histological verification of positive positron emission tomography findings in the follow-up of patients with mediastinal lymphoma. *Haematologica* 2007; **92**: 771-777.
7. Ramos-Casals M, Mañá J, Nardi N, Brito-Zerón P, Xaubet A, Sánchez-Tapias JM, *et al.* Sarcoidosis in patients with chronic hepatitis C virus infection: analysis of 68 cases. *Medicine (Baltimore)* 2005; **84**:69-80.
8. Daïen CI, Monnier A, Claude pierre P, Constantin A, Eschard JP, Houvenagel E, *et al.* Sarcoid-like granulomatosis in patients treated with tumor necrosis factor blockers: 10 cases. *Rheumatol Oxf Engl* 2009; **48**:883-886.

Voici comment citer cet article: Merad Z. Association lymphome malin non Hodgkinien et sarcoïdose. *Ann Afr Med* 2022; **15** (2): e4623-e4625. <https://dx.doi.org/10.4314/aam.v15i2.12>