



Lymphome grêlique révélé par une péritonite

Grelic lymphoma revealed by peritonitis

الأمعاء الدقيقة المفوما ثقب التهاب البريتون

A.Timraz, FZ. Ajana, R. Afifi, W. Essamri, I. Benelbarhdadi, M. Benazzouz, A. Essaid

الملخص : اللففوما هو الأكثر شيوعا بين الأورام الخبيثة للأمعاء الدقيقة. هي تتجلى بنسبة 5% عن طريق التهاب البريتون. حالة مريض عمره 45 سنة عنده أعراض القرحة ونقص في الوزن. المنظار الداخلي أبان قرحة مشبوهة. الفحص الدقيق لم يظهر أي علامة سرطانية. في اليوم التالي أصابه ألم باطني حاد على أثره تم إجراء جراحة مستعجلة أبانت أربع ثقوب في الأمعاء الدقيقة حيث أبان الفحص الدقيق عن وجود لمفوما من نوع ت. خاتمة : غالبا ما تكتشف لمفوما الأمعاء الدقيقة عن طريق الجراحة. وذلك اثر مضاعفات حادة

الكلمات الأساسية : الأمعاء الدقيقة لمفوما ثقب التهاب البريتون

Résumé : Les lymphomes grêliques sont les tumeurs malignes les plus fréquentes de l'intestin grêle. Ils se révèlent dans 5% par une péritonite.

Il s'agit d'un patient âgé de 45 ans, admis pour syndrome ulcéreux, melena et amaigrissement chez qui l'examen clinique était sans particularités. La fibroscopie oesogastroduodénale a objectivé un ulcère gastrique suspect. L'examen anatomopathologique est revenu négatif. Le lendemain, il a présenté un tableau de péritonite pour lequel il a été opéré en urgence, dont l'exploration chirurgicale a objectivé 4 perforations jéjunales. L'examen de la pièce opératoire est revenu en faveur d'un lymphome T.

Les lymphomes grêliques sont souvent de découverte opératoire à la suite d'une complication aigue et leur pronostic est mauvais

Mots clés : Lymphome grêle péritonite.

Abstract : Grelic lymphomas are the most of the malignant tumors of the small bowel. They are revealed in 5% by peritonitis.

Patient aged 45 years, presented an ulcer syndrome, melena and weight loss in whom the clinical examination was normal. The fibroscopy oesogastroduodenal had objectified a suspect gastric ulcer. The pathological examination was negative. The next day, he presented with a peritonitis he was operated on emergency. Surgical exploration has objectified 4 jejunaes perforations. Examination of the operating part revealed lymphoma. Grelic lymphomas are often discovered by opertaion after an acute complication. Their prognosis is bad

Key Words : grelic lymphoma peritonitis.

Tiré à part : A.Timraz : Service de médecine C, Hôpital Ibn Sina, CHU de Rabat - Salé - Maroc.

Introduction

Les tumeurs malignes de l'intestin grêle sont extrêmement rares et ne représentent que 3 à 6% de l'ensemble des tumeurs du tube digestif [1]. Les lymphomes sont les tumeurs malignes les plus fréquentes de l'intestin grêle (12.5% des tumeurs de l'intestin grêle) [2]. Une fois sur deux, ils se révèlent par une complication aiguë : occlusion aiguë ou subaiguë dans 65 % des cas, hémorragie aiguë dans 30% des cas, alors qu'ils ne se révèlent par péritonite que dans 5 % des cas [1]. Ces complications aiguës imposent un geste chirurgical urgent [2]. Nous rapportons ci-dessous un cas rare de lymphome grêlique révélé par péritonite.

Observation

Mr B.H. âgé de 45 ans, appendicectomisé il y a 23 ans, a été admis au service pour un syndrome ulcéreux remontant à 2 mois associé à 4 épisodes de mœlena et amaigrissement important chiffré à 17kg en 2 mois.

L'examen clinique a trouvé un patient amaigri avec des conjonctives normo colorées et un état hémodynamique stable. L'examen abdominal était sans particularité et le toucher rectal n'a pas objectivé de mœlena. Les aires ganglionnaires étaient libres. Le taux d'hémoglobine était à 11.8g/dl et celui des leucocytes était à 9000/mm³.

La fibroscopie oesogastroduodénale avait objectivé un large ulcère au niveau du fundus à contours irréguliers de 2cm dont les berges ont été biopsiées, avec deux ulcérations étoilées au niveau de la face antérieure du corps de l'estomac, l'une de 1cm à contours irréguliers, et l'autre à fond blanc nacré à contours irréguliers de 1cm. L'œsophage, le bulbe, le premier et deuxième duodénum étaient sans anomalies. L'examen anatomopathologique est revenu en faveur d'un ulcère antral chronique avec gastrite sévère. Le malade a été mis sous inhibiteurs de la pompe à protons sans amélioration. Une échographie abdominale a montré plusieurs images hyperéchogènes sans cône d'ombre au niveau de la vésicule biliaire évoquant des polypes vésiculaires. Par ailleurs elle n'a montré ni ascite ni

adénopathies profondes. Vu la non amélioration de l'état du malade et de la contradiction entre l'aspect macroscopique et le résultat de l'examen anatomopathologique, une deuxième fibroscopie oesogastroduodénale a été réalisée cinq jours après, qui n'a montré que de gros plis hypertrophiés centrés par un ulcère en étoile de la face antérieure du corps de l'estomac.

Des macrobiopsies ont révélé les mêmes résultats.

Le lendemain, le patient a présenté des douleurs abdominales diffuses prédominantes au niveau des flancs et de la région péri ombilicale avec à l'examen une contracture abdominale. La radiographie pulmonaire et l'abdomen sans préparation faits en urgence ont montré un croissant gazeux interhépatodiaphragmatique témoignant d'un pneumopéritoine.

Le malade a été opéré en urgence, à l'exploration chirurgicale, on a objectivé une péritonite stercorale localisée au niveau de la fosse iliaque droite et du cul de sac de Douglas avec quatre perforations jéjunales étendues sur 90cm, la 1ère à 140cm de la 1ère anse. (fig. 1,2).

Figure 1 : Vue opératoire



Présence d'une des perforations jéjunales

L'exploration de la face antérieure et de la face postérieure de l'estomac n'a pas montré de perforation. Le patient a bénéficié d'une résection jéjunale de la zone perforée avec double stomie.

L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a montré une paroi intestinale très remaniée par des ulcérations profondes avec un infiltrat cellulaire abondant

Figure 2 : Vue opératoire

Découverte d'une autre perforation jéjunale
d'aspect plus lymphomateux qu'inflammatoire. L'aspect morphologique était celui d'un lymphome diffus à cellules moyennes et grandes. Le profil immunohistochimique confirmait le diagnostic du lymphome du grêle de phénotype T. Le bilan d'extension (radiographie pulmonaire, échographie abdominale et tomodensitométrie thoraco abdominale) était négatif.

Le malade a bénéficié par la suite d'une chimiothérapie type CHOP. L'évolution a été marquée par le décès du malade 3 mois après.

Discussion

Les localisations digestives représentent 12.5% de l'ensemble des lymphomes malins non hodgkiniens et sont les plus fréquentes des formes extra ganglionnaires [2].

Les lymphomes sont les tumeurs malignes les plus fréquentes de l'intestin du grêle, représentant 12.5 à 18%. [2]. Ils occupent la seconde localisation digestive après l'estomac [2]. Certaines études épidémiologiques ont montré que son incidence augmentait de 3 à 5% par an [2,3]. Ils touchent les deux sexes avec une prédominance masculine, comme le cas de notre malade, avec un sex-ratio à 1.7. L'âge moyen est de 60 à 70 ans [1-8]. L'iléon est le siège préférentiel avec un pourcentage de 55%, notamment la région iléo-caecale et ceci à cause de sa richesse en lymphocytes [2,9]. Dans la moitié des cas (50 à 60%), le diagnostic est révélé à l'occasion d'une laparotomie d'urgence réalisée à la suite d'une complication aiguë (occlusion aiguë, hémorragie digestive ou péritonite.). [1-4,9-13]

Dans l'autre moitié des cas, les manifestations cliniques sont peu spécifiques : douleurs abdominales post prandiales tardives à projection péri ombilicale, troubles du transit, diarrhée, syndrome de Koenig, anémie, masse palpable, ou malabsorption. L'état général au moment du diagnostic est généralement bon. [4].

La perforation est une complication rare, elle est plus décrite dans les lymphomes type T que celle du lymphome type B, ceci est expliqué par une infiltration importante de la paroi intestinale avec formation d'une tumeur ulcéreuse [8]. Le taux de perforation varie dans la littérature de 11% [14] à 30% [15,16]. Son siège préférentiel est surtout jéjunal [10].

Le traitement consiste en la résection en urgence du segment perforé.

Les lymphomes à grandes cellules relèvent d'une chimiothérapie adjuvante (4 cures de CHOP). L'ajout du rituximab est maintenant systématique en cas de chimiothérapie première [17]. Quant aux lymphomes à petites cellules, l'abstention thérapeutique peut se justifier dans les formes apparemment localisées qui ont été opérées (à visé diagnostique). Dans les autres cas, il n'existe aucun argument qui étaye la supériorité d'une poly chimiothérapie sur une mono chimiothérapie orale par un agent alkylant (chlorambucil ou cyclophosphamide) associée ou non au rituximab. Aucun essai sur la radiothérapie des lymphomes intestinaux n'est envisagé [17]. Le pronostic péjoratif des lymphomes T par rapport aux lymphomes B est bien établi [2-4].

Les facteurs de mauvais pronostic sont : le stade avancé, la présence d'une perforation, la non résécabilité tumorale et le type histologique [9].

Conclusion

Malgré des progrès importants en matière de méthodes d'imagerie et de la mortalité opératoire, la survie des patients atteints de lymphomes grêliques n'a pas changé depuis longtemps en raison du retard diagnostique.

Les lymphomes grêliques posent des problèmes diagnostiques du fait de l'absence de signes cliniques spécifiques. Ils sont souvent de découverte opératoire à la suite d'une complication aiguë. Les lymphomes perforés sont le plus souvent très avancés et leur pronostic est très mauvais.

Références

- 1- G.Schmutz, L. Maillet, JM. Peron, F. Chapuis, D. Régent, E. Morel, D. N'Guyen, JM. Bruel. Tumeurs et lymphomes du grêle. EMC, Radiodiagnostic IV-Appareil digestif. [33-335-A-10], 1997
- 2- A. Ruskoné-Fourmestiaux, A. Lavergne-Slove, A. Delmer. Lymphomes primitifs du tube digestif. EMC, Hépatologie, [13-018-A-10], 2005.
- 3- A. Ayite, E. Dosseh, K. Etey, K. Senah, K. Napo-Koura, K. James. Les cancers de l'intestin grêle au CHU de Lomé (Togo) à propos de 8 cas. Médecine d'Afrique Noire, 1996 ; 43 : (10).
- 4- A. Ruskoné-Fourmestiaux, A. Lavergne-Slove, A. Delmer. Les lymphomes gastrointestinaux. Gastroenterol Clin Biol, 2002; 26: 233-241.
- 5- T Lecomte, B Landi, JP Barbier, P Marteau, R Jian. Tumeurs de l'intestin grêle. EMC , Akos Encyclopédie Pratique de Médecine, 4-0515, 2001, 3p.
- 6- Antes lecomte, B Landi, JP Barbier, P Marteau, R Jian G, Bassermann R, Lessel W Sarcomas originating in the small bowel diverticula. Abdom Imaging 1994 ; 19 : 339.
- 7- Anthony PP. Gangrene of the small intestine, a complication of argentaffin carcinoma. Br J Surg, 1970; 57: 118-122.
- 8- Matsumoto K, Chikumi Y, Otani H, Hara A, Maeda K, Yasugi A, Murawaki Y, Miura M. Two cases of primary T cell lymphoma of the small intestine diagnosed by perforated peritonitis. Nippon Shokakibyo Gakkai Zasshi, 2007 Mar; 104(3): 388-93.
- 9- M.I. Jambhulkar, M.A. Joshi, D. Balsarkar, M. Chandak, S. Parab. Perforation of jejunal non Hodgkin's lymphoma. Indian J Gastroenterol, 2004; 23:110-1
- 10- Kramer W, Richter HJ. Malignant lymphoma of the small intestine as a cause of small intestine perforation, 1994; 119(12): 900-3.
- 11- Yamamoto K, Shiraishi T, Ajiki T, Imai Y, Oyanagi H, Saito Y. A case of intestinal T-cell lymphoma with repeated episodes of perforation, 1991 Oct; 26(5): 649-53
- 12- Sadamura S, Chihara T, Shibata K, Nishimura J, Nawata H, Nakagaki M, Masuda Y, Ohshima K, Kikuchi M. Intestinal T-cell lymphoma (so-called malignant histiocytosis of the intestine) complicated by multiple perforations. Rinsho Ketsueki, 1991 Jan; 32(1): 34-8.
- 13- T.C.Chao M.D., Ph.D., H.H. Chao M.D., Y.Y. Jan M.D. J.Gassur, perforation through small bowel malignant tumors. 2004; 9 (13): 09.022.
- 14- O'Rourke MG, Lancashire RP, Vattoune JR. Lymphoma of the small intestine. Aust NZ J Surg, 1986; 56: 351-355.
- 15- Domizio P, Owen RA, Shepherd NA, Talbot IC, Norton AJ. Primary lymphoma of the small intestine: a clinicopathological study of 119 cases. Am J Surg Pathol, 1993; 17: 429-442.
- 16- E.P. Tamm, MD, E. Fishman, MD. CT Appearance of abdomen as initial presentation in lymphoma of the large and small bowel. Clinical Imaging, 1996; 20: 21-25.
- 17- A. Ruskone-Fourmestiaux. Lymphomes digestives. Théaurus de cancérologie digestive © SNFGE 2008.