

Lymphome de Burkitt maxillo-mandibulaire chez une adolescente marocaine

Hakkou F, Chbicheb S, El Wady W
Service d'Odontologie chirurgicale, Rabat, Maroc

Le lymphome de Burkitt (LB) est une entité histologique distincte des lymphomes non hodgkiniens (LNH). Il s'agit d'une prolifération maligne de lymphocytes de phénotype B (Freitas et al. 2008). C'est un lymphome agressif qui a, le plus souvent, un point de départ extra-ganglionnaire (maxillaires, tractus ORL...) (Rouibaa et al. 2005).

Une jeune fille marocaine, âgée de 13 ans, sans antécédents particuliers mais avec un état général altéré, consulte pour une tuméfaction génienne basse gauche évoluant depuis 1 mois. L'affection s'est manifestée initialement par une hypoesthésie labiale gauche, puis par l'apparition d'une tuméfaction endobuccale dans la région molaire inférieure gauche, augmentant rapidement de volume et entraînant le déplacement des dents. La patiente a reçu plusieurs traitements: antibiothérapie (Rovamycine[®], Augmentin[®]) et anti-inflammatoire (Surgam[®]) et l'extraction de la 36 a été réalisé par son médecin dentiste. L'extraction n'a eu aucune influence sur l'évolution de la lésion. L'examen des aires ganglionnaires a montré la présence d'une adénopathie fixe de 1,5 cm de diamètre, sous angulo-maxillaire gauche, non douloureuse à la palpation. L'examen fonctionnel a révélé une hypoesthésie de la région labio-mentonnaire gauche. L'examen endobuccal a mis en évidence une tuméfaction bourgeonnante, présentant l'empreinte des dents antagonistes, saignant au contact; les dents étant refoulées du côté lingual par la tuméfaction. L'examen du reste de la cavité buccale a montré une hyperplasie de la muqueuse qui intéresse les autres secteurs postérieures des arcades dentaires. L'orthopantomogramme a révélé de multiples foyers ostéolytiques avec une opacité comblant la moitié inférieure des deux sinus maxillaires. Une biopsie a été réalisée sous anesthésie locale et l'examen anatomopathologique a conclu qu'il s'agissait d'un processus tumoral malin évoquant en premier lieu un LB. L'étude immunohistochimique a confirmé le diagnostic de LB en montrant la présence de cellules tumorales exprimant le CD20 et le LCA. Le bilan d'extension comprenant un CT-scan corps entier et une biopsie ostéo-médullaire étaient en faveur d'un stade IV selon la classification d'Ann Arbor, modifiée par Musshof. La patiente a été traitée selon le protocole LMB comportant une 1^{ère} cure de COP (cyclophosphamide, vincristine et prednisone), suivie de 2 cures de R-COPADEM (méthotrexate, cyclophosphamide, vincristine, doxorubicine, prednisone et rituximab) avec injections intrathécales, puis de 2 cures de consolidation CYVE (cytarabine et vépéside en perfusion continue), puis un traitement d'entretien reprenant les mêmes drogues. Ce traitement a donné une excellente réponse avec disparition totale des lésions buccales.

Le LB représente 30 à 40 % des LNH de l'enfant (Bouayed et al. 2006). Le diagnostic est confirmé par l'examen anatomopathologique, complété par un immunophénotypage pour identifier les marqueurs B (Rapp et al. 2003). Tout LB doit bénéficier d'un bilan d'extension initial. La polychimiothérapie constitue actuellement le traitement de choix de LB en raison de la bonne chimiosensibilité et de la mauvaise radiosensibilité de la tumeur (Hecht et al. 2000). La survie globale des formes localisées est proche de 100%; les autres stades ont un taux de survie variant entre 50 et 70% (Piette 1991).

Correspondance : fouz1981@hotmail.com