

Lymphome malin non hodgkinien : difficultés diagnostiques d'une localisation mandibulaire

Saliha Chbicheb, Fouzia Hakkou, Wafae El Wady

Faculté de Médecine dentaire, Rabat-Instituts Irfane, Rabat, Maroc

s_chbicheb@yahoo.fr

Les lymphomes non hodgkiniens (LNH) sont des proliférations clonales malignes du tissu lymphoïdes ; ils représentent la majorité des lymphomes (Bentahar et al. 2011). Les LNH touchent surtout les ganglions lymphatiques mais ils peuvent se développer dans tous les organes. Les LNH osseux sont rares et la localisation centro-mandibulaires reste exceptionnelle (Ahossi et al. 2006).

Une jeune fille âgée de 13 ans, sans antécédents particuliers, a consulté pour des douleurs et une tuméfaction génienne basse gauche évoluant depuis 1 mois. Initialement, elle a constaté l'apparition d'une hypoesthésie labiale gauche, puis elle a remarqué l'apparition d'une tuméfaction endo-buccale (région molaire inférieure gauche) augmentant rapidement de volume. Elle a reçu plusieurs traitements: antibiotiques, anti-inflammatoires et enfin extraction de la 36 par son médecin dentiste ; l'extraction a donné un « coup de fouet » à l'évolution de la lésion. L'examen des aires ganglionnaires a montré la présence d'une adénopathie fixe, sous-angulo-mandibulaire gauche, de 1,5 cm de diamètre, non douloureuse à la palpation. L'examen fonctionnel a révélé une hypoesthésie de la région labiale gauche et de l'hémi-menton gauches. L'examen endo-buccal a montré une tuméfaction bourgeonnante, saignant au contact et portant l'empreinte des dents antagonistes. Les dents étaient refoulées par la tuméfaction du côté lingual. Il existait une hypertrophie de la muqueuse qui intéressait les autres secteurs postérieurs des arcades dentaires. L'orthopantomogramme a montré 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 lymphome de Burkitt (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 (CT-scan cervico-thoraco-abdominale et biopsie ostéo-médullaire) était en faveur d'un stade IV selon la classification d'Ann Arbor modifiée par Musshof. La malade était incluse dans 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 (aracytine en perfusion continue), avec un traitement d'entretien reprenant les mêmes drogues. Ce traitement a donné une excellente réponse avec disparition totale des lésions buccales.

Le LB est une entité histologique distincte des 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 2005). Il représente 30 à 40 % des LNH de l'enfant (Bouayed et al. 2006). Le diagnostic est confirmé par l'examen histologique. La polychimiothérapie constitue le centre du traitement de LB en raison de sa forte chimiosensibilité et de sa médiocre radiosensibilité (Hecht et al. 2000). Pour les stades localisés, la survie globale est proche de 100%, pour les autres stades elle varie entre 70 et 50% (Piette 1991).