

Case Report

Aspect Clinique Trompeur D'un Lymphome Malin Non Hodgkinien A Yaoundé

Unusual presentation of a Non-Hodgkin lymphoma in Yaounde

R.C. Meva'a Biouélé ⁽¹⁾, F. Djomou ⁽²⁾, E. Atenguéna Okobalemba ⁽³⁾, G. Alenda Ngulefack ⁽⁴⁾, A. Ndjolo ⁽⁵⁾.

1. Service ORL-CCF / Hôpital Central de Yaoundé.
2. Service ORL-CCF / Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé.
3. Service Oncologie Médicale / Hôpital Général de Yaoundé.
4. Résidents ORL-CCF / Facultés de Médecine et des Sciences Biomédicales UYI.
5. Service ORL-CCF / Hôpital Général de Yaoundé.

Auteur Correspondant : Dr Roger Christian Meva'a Biouele. ORL Hôpital Central de Yaoundé. B.P. 11936 Yaoundé-Cameroun.

E-mail : roger_meva@yahoo.fr. Tél : 00237 699 83 19 70 / 00237 673 53 29 00

RÉSUMÉ

Le lymphome non hodgkinien est une affection rare dans ses localisations cervico-faciales. Si certaines atteintes sont fortement évocatrices, les auteurs rapportent un cas, où le diagnostic, et la prise en charge qui en a découlée, ont été rendus difficiles par le polymorphisme de cette atteinte extra ganglionnaire isolée.

MOTS CLÉS : Lymphome non hodgkinien, localisation faciale, Yaoundé.

ABSTRACT

Non-Hodgkin lymphoma is seldom localized in the head and neck region. The clinical case presented concerned an isolated extra-nodal form. This case posed a great challenge for both diagnosis and management due to the polymorphism of the clinical picture.

KEYWORDS: Non-Hodgkin lymphoma, head and neck localization, Yaounde.

INTRODUCTION

Le lymphome non hodgkinien est une affection rare dans ses localisations cervico-faciales. Si certaines atteintes sont fortement évocatrices, les auteurs rapportent un cas, où le diagnostic, et la prise en charge qui en a découlée, ont été rendus difficiles par le polymorphisme de cette atteinte extra ganglionnaire isolée.

OBSERVATION

Il s'agissait d'une patiente de 48 ans, sans antécédents particuliers reçue dans le service pour une tuméfaction faciale surinfectée évoluant depuis six mois. L'histoire révélait des douleurs dentaires au début suivies d'une tuméfaction de la face qui allait progressivement gagner en volume et s'ulcérer.

A l'arrivée, elle était fébrile, dyspnéique, et avait une odynophagie. L'inspection du visage relevait une asymétrie, un œdème palpébral supérieur droit et une

large ulcération nécrotique de la joue droite. La peau, les tissus mous étaient de consistance dure. L'examen endobuccal était impossible en raison du trismus (Fig1 : a, b, c). Des adénopathies cervicales bilatérales fermes et sensibles étaient palpées.

Le bilan biologique demandé avait mis en évidence un syndrome infectieux. Le scanner avait retrouvé une tuméfaction diffuse des parties molles et des adénopathies cervicales. Le panoramique dentaire n'avait objectivé aucune tumeur mandibulaire.

La patiente avait été hospitalisée; une triple antibiothérapie associée à une corticothérapie avait été administré par voie parentérale. Après une semaine de traitement sans amélioration, une biopsie de la face interne de la joue avait été réalisée. Le résultat de l'analyse histopathologique était en faveur d'un **lymphome de haut grade de malignité**.

Réévaluée en réunion de concertation pluridisciplinaire, la patiente avait été classée au stade IEB. Le traitement spécifique avait consisté en quatre cycles de chimiothérapie (COMP), dont le résultat immédiat avait été la fonte spectaculaire de la tuméfaction faciale (Figure 2).

L'évolution avait été marquée par le développement de métastases vertébrales et intracrâniennes. Des cures radiothérapie avaient été associées devant le caractère réfractaire que ce lymphome développait vis-à-vis de la chimiothérapie. La patiente est décédée dans un tableau clinique associant trouble psychomoteur et trouble neurologiques, cinq mois après son admission dans nos services.

DISCUSSION

La présentation clinique de cette patiente ne laissait pas entrevoir l'éventualité d'un lymphome. Cette localisation cervico-faciale est rare dans toute les littératures [1-5]. La mandibule, la cavité orale, la peau cervico-faciale,

les muscles masticateurs sont des atteintes plus fréquentes. Le risque d'asphyxie dans ces situations recommande une attitude prompt [6]. Le diagnostic passe par l'analyse histopathologique d'une biopsie profonde des tissus mous. Le traitement repose essentiellement sur la chimiothérapie. Les résultats sont immédiatement appréciables. La radiothérapie peut être associée, notamment en cas de réfraction aux antimétabolites. La prise en charge tardive aboutit à la dissémination de la maladie.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier tout le personnel des Services ORL-CCF des hôpitaux de Yaoundé, du Service d'Oncologie de l'Hôpital Général de Yaoundé pour leur soutien et leur aide précieuse dans la réalisation de ce travail.

CONFLIT D'INTÉRÊT

Aucun conflit d'intérêt à déclarer.

RÉFÉRENCES

1. Carli PM, Maynadie M. Epidémiologie et étiologie des lymphomes non hodgkiniens. *Rev Prat* 2002;52:945-9.
2. Economopoulo ST, Asprou N, Stathakis N. Primary extranodal non-Hodgkin's lymphoma in adults. Clinicopathological and survival characteristics. *Leuk Lymphoma* 1996; 21:131-6.
3. Slootweg PI, Wittkamp AR, Kluin PM, de Wilde PC. Extranodal non-Hodgkin's lymphoma of the oral tissues. An analysis of 20 cases. *J Maxillofac Surg* 1985;13:85-92.
4. Gisselbrecht C. Avant propos sur les lymphomes de l'adulte. *Rev Prat* 2002;52:943-4.
5. Lederlin P. Pour la pratique. Lymphomes de l'adulte. *Rev Prat* 2002;52:991-3.
6. Liapi A, Dhanasekar G, Hock YL, East DM. An unusual case of primary extranodal non-Hodgkin's lymphoma in the muscles of face expression. *J Laryngol Otol* 2006;120(3):126-9.



Figure 1: Aspects extérieurs de la tuméfaction faciale, a) vue de face, b) profil droit, c) profil gauche.



Figure 2 : Vue de face après quatre cycles de chimiothérapie.