

Localisation sous-cutanée du lymphome de Burkitt.

À propos d'un cas au CHU de Yopougon, à Abidjan (Côte d'Ivoire).

L. Adonis-Koffy (1)*, G. Koffi (2), D. Sawadogo (2), A. M. Timité-Konan (1), A. Sangaré (2) & M. Boka (3)

(1) service de pédiatrie médicale du CHU de Yopougon, Côte d'Ivoire.

(2) service d'hématologie du CHU de Yopougon, Côte d'Ivoire.

(3) service d'anatomo-pathologie du CHU de Cocody, Côte d'Ivoire.

* UFR des sciences médicales, 01 BP 240 Abidjan 01, Côte d'Ivoire. Fax : 225 20 37 15 40. E-mail : koflaur@hotmail.com

Courte note n°2383. "Clinique". Reçu le 18 décembre 2001. Accepté le 26 décembre 2002.

Summary: A subcutaneous localisation of Burkitt lymphoma. A case report in Yopougon National Hospital, Abidjan (Côte d'Ivoire).

Burkitt Lymphoma is the most frequent lymphoma of childhood in West Africa. The main localisations are facial and abdominal. In this study, the authors describe the case of a sub-cutaneous localisation of a Burkitt to a seven years old boy. He was admitted at the hospital because of an abdominal tumefaction. Nowadays such a case has seldom been published. After using cyclophosphamide, methotrexate and aracytine, all the tumefactions disappeared.

This case was interesting because of the exceptional localisation of the lymphoma, which may induce a wrong diagnosis.

Résumé :

Le Burkitt est le cancer le plus fréquent de l'enfant en Afrique de l'Ouest. Les deux localisations les plus fréquentes sont maxillo-faciale et abdominale.

Les auteurs décrivent l'observation d'une localisation sous-cutanée d'un lymphome de Burkitt chez un sujet de 7 ans adressé pour tumeur abdominale. À ce jour, les localisations cutanées sont exceptionnelles. L'évolution sous cyclophosphamide, méthotrexate et aracytine a entraîné une régression complète des différentes tumeurs, confirmant le lymphome de type B.

L'intérêt de cette observation réside dans le caractère exceptionnel de cette localisation, pouvant égarer le diagnostic ou le retarder.

Burkitt lymphoma
pediatric
hospital
Abidjan
Côte d'Ivoire
Ivory Coast
Sub-Saharan Africa

Burkitt
localisation cutanée
hôpital
Abidjan
Côte d'Ivoire
Afrique intertropicale

Introduction

Décrite pour la première fois en Ouganda par Denis BURKITT en 1958 (2), le lymphome de Burkitt est original par sa symptomatologie, son histopathologie et surtout son épidémiologie. En effet, c'est le cancer humain dont l'étiologie virale est la mieux étayée. L'association avec le virus EBV (Ebstein Baar Virus) est constante en Afrique, estimée à 92 %, tandis qu'elle est de 15 % en Europe. (3, 5)

Au plan épidémiologique, l'affection sévit en Afrique intertropicale, surtout en zone de forêt, notamment en Côte d'Ivoire (9, 10), et serait principalement une affection de l'enfant entre 2 et 14 ans (2, 3, 7).

Au plan clinique, les localisations maxillo-faciales et abdomino-pelviennes sont les plus fréquentes (7, 8), les autres localisations sont très peu observées (4, 6, 7). C'est ainsi que l'atteinte de la peau ou des parties molles est rarement décrite dans le lymphome de Burkitt (1, 3, 4) et reste exceptionnelle dans notre expérience.

Nous rapportons donc au cours de cette étude une localisation sous-cutanée d'un lymphome de Burkitt qui constitue la première du genre observée dans notre service.

Observation

L'enfant D. Y. C., âgé de 7 ans, vivant dans une zone rurale forestière de la Côte d'Ivoire, a été adressé dans le service de pédiatrie du CHU de Yopougon pour une altération de l'état général, une fièvre au long cours et une tumeur abdominale.

L'anamnèse a révélé un début brutal de la symptomatologie évoluant depuis un mois. L'affection aurait débuté par une douleur abdominale sans trouble du transit, suivie d'une distension progressive de l'abdomen. Secondairement, des œdèmes des membres inférieurs et une fièvre vespérale se sont associés.

Les antécédents étaient sans particularités, les vaccins à jour pour l'âge, mais l'intradermoréaction (IDR) n'avait jamais été effectuée.

L'examen à l'admission a mis en évidence une fièvre à 38°C, un état cachectique (18 kg pour 7ans) et des conjonctives peu colorées. L'examen de l'abdomen a retrouvé une hernie ombilicale, une distension abdominale avec une flèche hépatique de 13 cm témoignant d'une importante hépatomégalie pour son âge. Le périmètre ombilical était de 53cm. Il n'y avait pas de matité déclive des flancs. L'examen spléno-ganglionnaire a révélé des petites adénopathies cervicales et inguinales ainsi qu'une splénomégalie de type II selon la classification de HACKETT.

À l'examen cutanéomuqueux, on notait une tumeur paravertébrale sous-cutanée, fluctuante, non adhérente au plan profond, sensible

mais non inflammatoire. Il existait également des œdèmes des membres inférieurs, douloureux, durs, ne prenant pas le godet.

Devant ce tableau clinique associant : une altération de l'état général, un amaigrissement, une fièvre au long cours, des adénopathies abdominales profondes, une hépatosplénomégalie et un fuseau paravertébral, le premier diagnostic évoqué fut celui d'une tuberculose disséminée associant une localisation ganglionnaire, hépatosplénique et un abcès pottique paravertébral.

Au plan des investigations, l'IDR s'est révélée négative, il en était de même pour le tubage gastrique à la recherche de BK, l'hémogramme a montré une anémie normochrome normocytaire avec un taux d'hémoglobine à 7,7g/dl, des leucocytes à 4900/mm³ avec 63% de lymphocytes.

Il s'agissait d'une anémie régénérative car le taux de réticulocytes était de 53 %, soit 123 000/mm³. Par ailleurs, il y avait une hyperéosinophilie à 25 %. La radiographie du rachis a montré une densification des parties molles sans spondylodiscite. L'échographie abdominale a mis en évidence d'importantes formations hyperéchogènes intra-hépatiques et rétropéritonéales, de même qu'un foie et une rate augmentés de volume en faveur d'un lymphome hépatoganglionnaire.

La ponction de la tumeur paravertébrale a ramené un liquide séro-sanguinant contenant de nombreux lymphoblastes dont certains vacuolés évoquaient des cellules de Burkitt. Deux ponctions de la masse abdominale ont également révélé la présence de cellules de Burkitt confirmant le diagnostic. Le myélogramme était normal, il n'y avait pas d'envahissement de la moelle par les cellules de Burkitt, et la radiographie pulmonaire était normale, permettant de classer ce lymphome de Burkitt au stade III de la classification de ZIEGLER. L'immunosérologie anti EBV a été effectuée et seul le titrage des anticorps anti-VCA était positif, supérieur à 1/640, et de type IgG, ce qui témoigne de l'association au virus EBV.

Le traitement a consisté en l'application du protocole CMA (cyclophosphamide, méthotrexate, aracytine) à raison de 40 mg/kg de cyclophosphamide, 1 mg/kg de méthotrexate et 4 mg/kg d'aracytine en intra-veineux.

L'évolution a été spectaculaire avec une disparition totale de la tuméfaction paravertébrale et de la tumeur abdominale après la deuxième cure.

Discussion

En dehors des localisations maxillo-faciales et abdominales, les autres localisations peu fréquentes représentent 20 % (4, 6, 7), parmi lesquelles l'atteinte cutanée est exceptionnelle, soit 2 à 4 % selon les publications (4). Ces atteintes sont presque toujours secondaires à une localisation abdomino-pelvienne et/ou maxillofaciale initiale. L'atteinte cutanée primitive est quasi inexistante (1, 4, 9, 10). Effectivement, chez notre patient, l'anamnèse montre bien que la tumeur s'est d'abord développée au niveau de l'abdomen, puis, secondairement, est survenue la masse paravertébrale.

Les caractéristiques cliniques sont très peu évocatrices. Il peut s'agir de nodules cutanés ou sous-cutanés, de consistance et de taille variables (4).

Cette atteinte cutanée au cours des lymphomes résulte habituellement de la dissémination par voie hématogène de cellules malignes qui gagnent ensuite la peau. Cependant, dans notre cas, le Burkitt était de classe III; il n'y avait pas d'atteinte médullaire ni de cellules de Burkitt circulantes contemporaines. Ceci exclut l'hypothèse de la dissémination hématogène et laisse penser à une dissémination par contiguïté, avec passage des cellules de Burkitt rétropéritonéales vers la région paravertébrale. Cette dissémination au tissu graisseux sous-cutané et au derme peut être secondaire à diverses procédures endoscopiques percutanées. Un cas de localisation sous-cutanée de lymphome de Burkitt aux points de pénétration d'un

coelioscope a été rapporté (1). Le diagnostic reste aisé lorsque cette localisation s'intègre dans le cadre de l'extension d'une maladie de Burkitt déjà diagnostiquée. Encore que l'on puisse parfois soulever le problème d'une association. Dans notre étude, le diagnostic a été d'autant plus difficile à mettre en évidence que cette localisation est apparue précocement, dans le tableau inaugural de la maladie.

Cette rareté de l'atteinte cutanée souligne le caractère très peu épidermotrope du lymphome de Burkitt qui est avant tout un lymphome malin B, contrairement aux lymphomes épidermotropes qui sont de type T (mycosis fungoïde et syndrome de Sezary au cours des lymphomes T de l'adulte) (4). Du fait de l'absence de particularité clinique, cette localisation cutanée pose le problème de diagnostic différentiel avec les autres tumeurs paravertébrales beaucoup plus fréquentes dans notre environnement, tel que le mal de Pott.

Par ailleurs, ce lymphome admettant le diagnostic cytologique, la cytoponction effectuée chez notre patient a permis de mettre en évidence la classique cellule jeune lymphoblastique à cytoplasme basophile bourrée de vacuoles (11).

Sur le plan évolutif, cette topographie ne semble pas aggraver le pronostic de l'affection qui reste dépendant de la précocité du diagnostic et de la qualité des thérapeutiques utilisées.

Conclusion

L'intérêt de cette observation réside dans le caractère exceptionnel de cette localisation du Burkitt, mais également dans la rapidité de la dissémination au tissu sous-cutané qui pourrait, dans notre contexte, égarer vers d'autres maladies infectieuses chroniques et en retarder la prise en charge.

Références bibliographiques

1. ARACTINGI S, MAROLLEAU JP, CORDOLIANI F, DANIEL MT & DUBERTRET L - Localisations sous-cutanées de lymphome de Burkitt aux points de pénétration d'un coelioscope. *Arch Fr Pédiatr*, 1991, **48**, 415-417.
2. BURKITT D - A sarcoma involving the jaws in African children. *Br J Surg*, 1958, **46**, 218-213.
3. DIVINE M - Lymphome de Burkitt. *Encyclopédie Méd Chir Hémato*, 1994, Vol.13 -016-A50P 1 à 9.
4. EVANS HL, WINKELMAN RK & BANKS PM - Differential diagnosis of malignant and benign cutaneous lymphoid infiltrates: a study of 57 cases in which malignant lymphoma has been diagnosed or suspected in the skin. *Cancer*, 1979, **44**, 690-717.
5. FARCET JP & REYES F - Physiopathologie des lymphadénopathies malignes. *Encyclopédie des cancers*, 1986, **9616**, 357-377.
6. KOFFI KG, TOURE AH, TOLO A, ELENGA JPO, ALLANGBA TO et al. - Localisation thyroïdienne et osseuse de la maladie de Burkitt. *Ann Méd*, 1996, **XXV**, 147-153.
7. N'KRUMAH FK & OLWENY CLM - Clinical features of Burkitt's lymphoma: The African expérience. *IARC Scientific publication*, (Lyon) 1985, **60**, 87-95.
8. OLWENY CLM & KATONGOLE - Long terme expérience with Burkitt's lymphoma in Ouganda. *Int J Cancer*, 1980, **26**, 261-266.
9. RAIN JD & TEA DN - L'expérience de l'école abidjanaise à propos de 250 cas de maladie de Burkitt observés en 12 ans. *Ann Univ Abidjan*, 1981, Série B (médecine), **XV**, 137-148.
10. SANOGO I, SEGBENA AY, KOFFI KG, N'DHATZ E & SAWADOGO D - Contribution à l'étude épidémiologique et clinique du lymphome de Burkitt endémique. *Ann Méd*, 1998, **XXVII**, 179-190.
11. WRIGHT DH - Cytology and histochemistry of Burkitt lymphoma. *Br J Cancer*, 1963, **17**, 50-55.