



Lymphome osseux primitif multifocal révélé par une fièvre au long cours : A propos d'un cas
Primary multifocal bone lymphoma revealed by long-term fever: A case report

Awaki-Esso Atake¹, Sadat Oniankitan², Eyram Fianyo², VEKoffi-Tessio¹, Cyrille Tagbor³, Prénom Houzou⁴, Kodzo Kakpovi⁴, Owonayo Oniankitan¹, Moustapha Mijiyawa¹

Correspondance

Atake Awaki-Esso MD

Courriel : awakiatake26@gmail.com

Summary

Non-Hodgkin's lymphoma (NHL) is a malignant clonal proliferation of lymphoid tissue; they represent the majority of lymphomas. NHL mainly affects the lymph nodes, but they can develop in all organs. Primary bone NHL is rare and multifocal localization remains exceptional. We report the observation of a patient with multifocal primary bone lymphoma (PBL) with localization in the spine, collarbone and pelvis.

Keywords: Bone tumor - Lymphoma - Radio chemotherapy

Received: February 24th, 2020

Accepted: April 19th, 2020

1 Rhumatologie, CHU SO, Lomé, Togo

2 Rhumatologie, CHR LC, Lomé, Togo

3 Rhumatologie, Hopital de Bè, Lomé, Togo

4 Rhumatologie, CHU Kara, Kara, Togo

Résumé

Les lymphomes non hodgkiniens (LNH) représentant la majorité des lymphomes sont des proliférations clonales malignes du tissu lymphoïde. Les LNH affectent surtout les ganglions lymphatiques mais ils peuvent se développer dans tous les organes. Les LNH osseux primitifs sont rares et la localisation multifocale reste exceptionnelle. Nous rapportons l'observation d'un patient qui présente un lymphome osseux primitif (LOP) multifocal avec une localisation au rachis, à la clavicule et au bassin.

Mots clés : Tumeur des os – Lymphome – Radio chimiothérapie

Reçu le 24 février 2020

Accepté le 19 avril 2020

Introduction

Le lymphome osseux primitif (LOP) ou lymphome de Parker et Jackson est une tumeur osseuse maligne primitive rare (1). Il a été décrit pour la première fois en 1928 comme un lymphome avec des lésions malignes primitives et authentiquement osseuses (2). Il représente moins de 1 % de l'ensemble des lymphomes et 5 % des tumeurs osseuses primitives atteignant principalement l'homme entre 45 et 60 ans (1,3). La forme multifocale est encore plus rare et peut se confondre avec les métastases osseuses. Classiquement, il se manifeste par des douleurs osseuses inflammatoires ou une fracture pathologique (4). Les signes généraux sont rares. Nous rapportons l'observation d'un patient qui présente un LOP multifocal avec une localisation au rachis, à la clavicule et au bassin, révélé par une fièvre au long cours.

Observation clinique

Monsieur A.E. âgé de 43 ans, sans antécédents pathologiques notables a présenté depuis deux ans, une lomboradiculalgie droite d'abord mécanique, devenue inflammatoire huit mois avant son admission. Cette douleur cédaït partiellement aux traitements antalgique et anti-inflammatoire.

Elle était associée à une douleur inflammatoire de l'épaule droite de survenue brutale suite à un effort de soulèvement. La lomboradiculalgie évoluait par poussées, dans un contexte fébrile, devenant permanente avec une impotence fonctionnelle trois mois avant son admission. L'examen clinique notait une fièvre à 38°5, une altération de l'état général, une douleur à la palpation des épineuses lombaires, une mobilisation douloureuse et limitée de l'épaule droite, une douleur à la palpation du sternum et des crêtes iliaques. Les aires ganglionnaires périphériques étaient libres sans hépatosplénomégalie. L'examen thyroïdien, pleuropulmonaire, urogénital était sans particularités. Une tumeur osseuse primitive a été suspectée sur bases des arguments clinicobiologiques précités. Sur le plan biologique, on notait un important syndrome inflammatoire biologique (VS à 121 mm/1^{ère} h ; CRP à 56 mg/L), une anémie (Hb à 6 g/dL) normocytaire normochrome arégénérative. Le bilan radiologique a révélé des lésions ostéolytiques diffuses (figures 1-3).



Figure 1. Lésion ostéolytique de la vertèbre L4



Figure 2. Ostéolyse du col fémoral et du massif trochantérien gauche



Figure 3. Fracture de la clavicule droite

Cet aspect radiologique était suggestif d'un myélome multiple des os, cependant le protidogramme réalisé a révélé une hypergammaglobulinémie polyclonale et une hypoalbuminémie à 9,55g/L sans pic monoclonal. Une biopsie osseuse chirurgicale a été alors faite. L'étude histologique et immunohistochimique était en faveur d'un lymphome B diffus à grandes cellules avec CD20 positif. Un lymphome osseux primitif multifocal a été retenu. Le bilan phosphocalcique et rénal réalisé était normal. Après quelques jours, le patient présentera une incontinence urinaire, une anesthésie en selle avec un déficit moteur des membres inférieurs et une abolition des réflexes ostéo-tendineux compatible avec un syndrome de la queue de cheval. Le patient a été transféré dans le service d'hématologie où il a bénéficié d'une chimiothérapie selon le protocole comprenant le Cyclophosphamide, la Vincristine, la Doxorubicine et la Prednisone (C.H.O.P) associée à des séances de kinésithérapie. Sous cette attitude thérapeutique, l'évolution a été défavorable avec le décès quelques mois de suite d'une décompensation anémique, malgré les mesures transfusionnelles entreprises à cet effet.

Discussion

Les LNH correspondent à des tumeurs malignes du tissu lymphoïde qui touchent surtout les ganglions lymphatiques mais qui peuvent aussi se développer dans n'importe quel organe ou tissu dont le squelette définissant ainsi les lymphomes osseux primitif (5). Ils représentent moins de 5% des localisations extraganglionnaires des lymphomes et des tumeurs osseuses primitives. Ils affectent plus

fréquemment les os longs des membres inférieurs (6). L'atteinte rachidienne souvent peu décrite, devrait être considérée avant tout comme diagnostic différentiel des autres tumeurs malignes rachidiennes (7) au rang desquelles, on cite le myélome multiple des os et les métastases osseuses de tumeurs malignes primitives. La littérature décrit une prédominance masculine, avec une moyenne d'âge de 40 ans (2-3) tel que rapporté dans notre cas. Les signes généraux qui sont souvent absents au cours de cette affection (8-9), étaient paradoxalement présents chez notre patient qui avait un amaigrissement important associé à une fièvre au long cours. Cependant, comme décrit dans la littérature notre patient n'avait aucun syndrome tumoral (adénopathies, hépato-splénomégalie). Il s'agit là d'un critère fondamental au cours du lymphome osseux primitif se distinguant d'un lymphome osseux secondaire (4,9). Les symptômes d'appel sont souvent non spécifiques et tardifs, cependant la douleur reste le maître symptôme, typiquement inflammatoire et continue (3). L'atteinte rachidienne observée dans notre cas, témoigne de la non rareté de cette localisation (1,7) avec de ce fait un risque accru de compression médullaire ou de la queue de cheval (7). Les niveaux rachidiens les plus souvent concernés sont par ordre décroissant thoraciques (69 %) ; lombaires (27%) ; et très exceptionnellement cervicaux (4%) (7). Les lésions radiologiques sont habituellement lytiques avec parfois des fractures pathologiques (8, 10). La réaction ostéoblastique est souvent modérée (8). La biopsie avec examen anatomopathologique constitue la clé pour le diagnostic de certitude (1, 3).

Le traitement des lymphomes osseux primitifs repose sur la chimiothérapie. La radiothérapie associée à la chimiothérapie est indiquée dans le traitement des formes localisées (8,11).

Conclusion

Les LOP sont rares et de pronostic favorable, contrairement aux lymphomes osseux secondaires. Les os longs comme le fémur, le bassin ainsi que le squelette axial sont souvent touchés. La gravité de l'atteinte rachidienne réside dans le risque de compression médullaire ou radiculaire. Les caractéristiques radiologiques sont non spécifiques. Le traitement repose sur une chimiothérapie et une radiothérapie.

Conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir pas de liens d'intérêt.

Contribution des auteurs

Tous les auteurs ont contribué équitablement à la rédaction de ce manuscrit.

Références

1. Slimani K, Belbaraka R, Allam W, Ichou M. Les lymphomes osseux primitifs au Maroc. Étude rétrospective à propos de 12 cas. *Journal Africain du Cancer* 2011 ; **3** : 49-51.
2. Jadidi J, Behzadi F, Sighary M, Alshal M, Kolla S, Lehto SA. Primary bone lymphoma of patella: A case report and review of literature. *Radiology Case Reports* 2019; **14** : 61-65.
3. Renard N, Canonica M, Piral T, Princ G. Lymphomes malins non hodgkiniens buccaux: à propos de 18 cas. *Med Buccale Chir Buccale* 2015 ; **21** (2): 77-83.
4. Hajri-Ben Ammar R, Saidane O, Nasraoui R, Chekili S, Zaltni S, Zaltni S, Zakraoui L. Lymphome osseux primitif multifocal : A propos d'un cas. *Revue du Rhumatisme* 2006 ; **73** : 1027-1028.
5. Chérifa F, Tabeti-Bentahar, Benaouf S, Guedda F. Lymphome non hodgkinien mandibulaire primitif : présentation d'un cas. *Med Buccale Chir Buccale* 2011 ; **17** (2) : 137-140.
6. Moussalia N, Mimounia I, Bouziane M, Belgadira H. Lymphome osseux primitif. *Feuillets de Radiologie* 2012 ; **52** (6): 314-321.
7. Toussaint D, Massanger N, Mathy L, Finet C, Vanderick J, Monseu G. Le lymphome malin du rachis : aspects cliniques et progrès thérapeutiques. *Acta Orthop Bel* 1999 ; **65** (1): 25-32.

8. Belembaogo E, Boguikouma J, Moussavou-Kombila J. Lymphome osseux primitif révélé par une fracture pathologique. *Médecine d'Afrique Noire* 1997 ; **44** (5): 305-306.
9. Fourati N, Belajouza SK, Regaieg H, Khlif A, Bouaouina N. Lymphome de Hodgkin primitif osseux de la région sacrée : un défi diagnostic et thérapeutique. *Cancer Radiothérapie* 2017 ; **21** (1) : 51-54.
10. Yagi S, Zheng R, Nishiyama S, Kawabata Y, Ise T, Sugiura K, *et al.* Osteolytic primary bone lymphoma in the multiple bones. *The Journal of Medical Investigation* 2019; **66** (3,4): 347-350.
11. Ben Salah H, Ajmi N, Elloumi M, Daoud J. Traitement des lymphomes osseux primitifs. *Cancer Radiothérapie* 2013 ; **17** (8): 774-777.