

CAS CLINIQUE

PLASMOCYTOME GANGLIONNAIRE A PROPOS D'UN CAS

N. BELTAEF, S. TRABELSI, S. ATALLAH, S. TABABI, R. ZAININE, M. BEN MANSOUR,
M. OUKHAI, A. CHARFI, S. KHARRAT, S. SAHTOUT, G. BESBES .
SERVICE ORL, LA RABTA, TUNIS

RESUME

Les plasmocytomes ganglionnaires sont très rares. Ils peuvent être en rapport avec des métastases à partir d'un myélome multiple ou d'un plasmocytome extramédullaire. Les localisations primaires ganglionnaires restent exceptionnelles. Nous rapportons un cas colligé et opéré au service d'ORL et CMF de l'hôpital la Rabta. Il s'agit d'une femme de 74 ans opérée d'une tuméfaction submandibulaire gauche. Le diagnostic est fait à l'examen histologique qui a révélé un plasmocytome ganglionnaire primaire. Le traitement est radiochirurgical. Nous présentons les aspects histopathologiques, cliniques, biologiques et thérapeutiques de cette affection rare.

Mots clés : plasmocytomes ganglionnaires, adénopathie cervicale.

SUMMARY

Cervical lymph node plasmocytomas are infrequent; they can be metastasis of multiple myeloma or extra medullary plasmocytoma. Primary cervical lymph node plasmocytomas are rare.

We report a case of 74 year old women operated of submandibular tumor in ENT department of Rabta Hospital. The histopathologic diagnosis was: Primary cervical lymph node plasmocytomas. We analyse clinical, biological, histopathologic and therapeutic aspects of this disease.

Key words : plasmocytoma, cervical lymph node.

INTRODUCTION

Le plasmocytome est une affection immuno proliférative mono clonale des lymphocytes B. Il est classé comme étant un LMNH.

Les plasmocytomes des VADS bien que rares, sont les plus fréquents des plasmocytomes extra osseux.

Nous rapportons un cas colligé au service d'ORL et CMF la Rabta, tout en rappelant les caractéristiques cliniques, paracliniques et thérapeutiques de cette affection.

OBSERVATION

Mme F... âgée de 74 ans, sans antécédents pathologiques notables a consulté pour une tuméfaction submandibulaire gauche augmentant progressivement de taille, indolore évoluant depuis 6 mois dans un contexte d'altération de l'état général avec amaigrissement, asthénie et anorexie. Il n'existait pas de notion de coliques ou de hernies salivaires. L'examen clinique retrouvait à la palpation une masse de siège submandibulaire gauche faisant 5 X 4 X 3 cm de taille, ferme, mobile, indolore non battante. La peau en regard était normale. Le reste de l'examen était sans particularités. L'échographie cervicale a révélé plusieurs formations hétérogènes bien limitées richement vascularisées mesurant 33, 16 et 13 mm, refoulant la glande submandibulaire gauche et dont les limites n'étaient pas nettes. De ce fait une IRM cervicale a été pratiquée mettant

en évidence une lésion expansive qui se développait aux dépens du pôle inférieur de la glande submandibulaire gauche et s'étendait latéralement en dedans arrivant au contact du muscle masséter (figure 1), il existait aussi de multiples adénopathies du groupe jugulo carotidien et spinal.

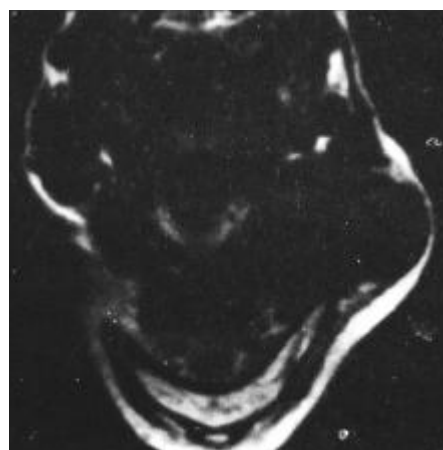


Fig. 1 : IRM objectivant la tuméfaction submandibulaire gauche

Le traitement a consisté en une cervicotomie exploratrice qui a permis l'exérèse totale d'une masse friable de couleur brune indépendante de la glande submandibulaire.



L'examen anatomopathologique extemporané a conclu à un plasmocytome ganglionnaire confirmé par l'examen définitif de la pièce opératoire.

Le bilan d'extension a comporté une radiographie du squelette, un myélogramme et une panendoscopie qui se sont avérés normaux. La malade a bénéficié d'une radiothérapie sur les chaînes ganglionnaires cervicales.

Perdue de vue pendant 4 ans, elle reconseille pour une récidive depuis 1 an de la même tuméfaction augmentant progressivement de taille, isolée.

L'échographie a trouvé une masse solide polylobée hypoéchogène, hétérogène de 7 cm aux dépens de la glande submandibulaire gauche.

Elle a bénéficié d'une cervicotomie : l'examen anatomopathologique a confirmé le diagnostic de plasmocytome ganglionnaire.

Une radiothérapie complémentaire a été prescrite.

DISCUSSION

Les plasmocytomes extra osseux s'observent le plus souvent chez l'homme de plus de 50 ans (1). Leur incidence augmente rapidement avec l'âge quelque soit le sexe ou la race.

Ils constituent 4% de toutes les tumeurs des cellules plasmocytaires (1,2).

Ils peuvent être primitifs ou en rapport avec des métastases d'un myélome multiple ou d'un plasmocytome extra médullaire.

Etiopathogène:

Elle serait une transformation d'un clone de cellules plasmocytaires.

La cellule plasmocyttaire est une forme hautement mature du lymphocyte B qui est capable de sécrétion et de synthèse d'immunoglobulines.

Dans de rares cas, ces plasmocytes pathologiques par le biais d'une adhésion moléculaire se localisent dans des tissus mous ou dans un tissu conjonctif (3,4).

Les localisations les plus fréquentes des plasmocytomes extra osseux selon la littérature sont le nasopharynx et les cavités nasosinusiennes dans 43,8% des cas, puis le nasopharynx seul, l'oropharynx, le larynx, l'hypopharynx, les glandes salivaires et en dernier le ganglion cervical dans 1,7% des cas (2,4,5).

Diagnostic positif :

Les signes cliniques les plus fréquemment rencontrés dans les plasmocytomes extra médullaires sont l'obstruction des voies respiratoires par effet de masse, les épis-

taxis, les rhinorrhées, les douleurs, et les tuméfactions des tissus mous de la région cervicale.

Les examens complémentaires comportent un bilan biologique avec une NFS, une vitesse de sédimentation, une EPP, une ponction cytologique de la masse cervicale et une panendoscopie pour rechercher une localisation au niveau des voies aérodigestives supérieures.

Le bilan radiologique sera demandé avec au minimum une échographie cervicale, une tomodynamométrie, voire une IRM.

La biopsie sera réalisée selon les localisations pour la confirmation histologique.

Une résection chirurgicale est parfois nécessaire pour établir le diagnostic de certitude. La malignité de la prolifération cellulaire est affirmée sur son caractère monoclonal ce qui permet d'éliminer certains états inflammatoires chroniques.

Le bilan cherche à éliminer un myélome multiple par un radiographie du squelette, un myélogramme, la recherche de protéines monoclonales sériques et urinaires et enfin une échographie abdominale.

Traitement :

La radiothérapie reste l'élément le plus important. Elle permet d'obtenir un contrôle local presque constant avec des doses de l'ordre de 40-60 Gy (2,3).

Certaines formes localisées peuvent bénéficier seulement d'une exérèse chirurgicale si celle-ci s'avère complète et non mutilante. (4) Les formes à tendance extensives peuvent justifier une chimiothérapie du type de celle utilisée dans la maladie de Kahler avec des résultats très inconstants

Pronostic :

Il dépend essentiellement du risque de transformation en myélome multiple qui est de l'ordre de 50% selon plusieurs séries (7,8,9)

CONCLUSION

Le plasmocytome ganglionnaire est une affection rare. Son diagnostic est histologique. Le pronostic dépendra du risque de transformation en myélome multiple. C'est dire l'intérêt d'un bilan d'extension précis.

REFERENCES

1. Lymphomes des voies aéro-digestives supérieures. EMC ORL 20-957 – A 10-2001: 6p.
2. Alexion C., Reinhardt J., Hermann D. Kermer M., Wolfagary A. Extramedullary plasmacytoma. Cancer June 1 1999; 85: 11.
3. Hilary C., Cynthia S., David B., Nirmala B. Solitary plasmacytoma of a cervical lymph node: regression after fine needle aspiration. Acta cytologica 1244 – 6.
4. Fishkin BJ., Hansi S. Cervical lymph node metastasis as the first manifesta-

- tion of localized extramedullary plasmacytoma. Cancer 1976; 38: 1641- 4.
5. Bataille R. Plasmocytomes humains, étude clinique, diagnostic et pronostic. EMC Hématologie ; 13-014-C10-1994 : 6 p.
6. Pirro G., Michele C., Catia B., Francisco L. clinical outcome of extramedullary plasmacytoma. Haematologica 2000; 85: 47-51.