

Lymphome T cutané cytotoxique épidermotrope.

Le lymphome T cutané épidermotrope CD8+/CD4- est une forme agressive de lymphome T cutané primitif dont le pronostic est le plus souvent réservé (1).

Une vingtaine de cas a été rapportée dans la littérature.

A l'histologie cutanée, l'infiltrat est composé de lymphocytes de taille variable. L'épidermotropisme est constant. L'immunomarquage cutané montre des lymphocytes tumoraux T CD8+ exprimant les protéines cytotoxiques ce qui explique vraisemblablement l'agressivité locale et générale de la maladie, le caractère angiodestructeur de l'infiltrat et les lésions nécrotiques (2,3). Le traitement du lymphome cutané épidermotrope CD8+ « agressif » n'est pas codifié. Il fait appel en général à une chimiothérapie systémique de type CHOP mais la récurrence est la règle avec une médiane de survie ne dépassant pas 34 mois (1, 2, 3, 4). Le but de ce travail est de mettre le point sur la difficulté diagnostique du lymphome T cutané cytotoxique épidermotrope et d'insister sur l'apport des biopsies des différents sites atteints, pour pouvoir poser le diagnostic précocement et instaurer une chimiothérapie adaptée.

Observation : Il s'agit d'un patient âgé de 57 ans hospitalisé pour une altération de l'état général évoluant dans un contexte fébrile et une dysphonie.

L'examen clinique a objectivé une fièvre à 39°C, des nodules cutanés multiples ulcérés de la face d'extension des quatre membres (Figures 1, 2) et une hépatomégalie.

Figure 1 : Nodule cutané érythémateux de la face d'extension de l'avant bras droit



Figure 2 : Nodules cutanés ulcéro-nécrotiques de la face d'extension de la jambe gauche



A la biologie, il avait un syndrome inflammatoire, un syndrome de malabsorption, une LDH à 3 fois la normale et $\beta 2$ microglobuline élevée. Le scanner cervical a révélé un envahissement de l'hypopharynx, de l'oropharynx et du larynx. Le scanner abdominal a objectivé une hépatomégalie multinodulaire sans adénopathies profondes.

La biopsie cutanée a permis de retenir le diagnostic de lymphome T épidermotrope cytotoxique devant la présence d'une infiltration dermique, diffuse ou en nodules périvasculaires et périannexiels, atteignant l'hypoderme par des lymphocytes T, CD8(+)/CD4(-).

Ce malade répondait aux critères du lymphome T cutané épidermotrope CD8+ cytotoxique individualisé par Berti.

Il s'agit d'un lymphome T cytotoxique épidermotrope avec localisation cutanée, laryngée et digestive.

Les lésions cutanées étaient inaugurales avec une évolution rapidement fatale. Chez le malade présenté, la présence d'un syndrome infectieux ORL persistant n'ont pas permis d'entamer une chimiothérapie. Le malade décédait 4 mois après le début de la symptomatologie.

Conclusion

Le lymphome cutané T épidermotrope CD8+ « agressif » est une entité rare faisant partie du groupe des lymphomes cutanés à phénotype T cytotoxique et/ou NK et qui se caractérise par des lésions tumorales d'emblée rapidement évolutives, la présence de nécroses kératinocytaires, un immunophénotype T cytotoxique et un pronostic défavorable.

Références

1. Wang Y, Li T, Tu P, Wu LS, Zhu XJ. Primary cutaneous aggressive

- epidermotropic CD8+ cytotoxic T-cell lymphoma clinically simulating pyoderma gangrenosum. *Clin Exp Dermatol*. 2009 Apr 27.
- Introcaso CE, Kim EJ, Gardner J et al. CD8+ epidermotropic cytotoxic T-cell lymphoma with peripheral blood and central nervous system involvement. *Arch Dermatol*. 2008 Aug; 144(8):1027-9.
 - Csomor J, Bognár A, Benedek S et al. Rare provisional entity: primary cutaneous aggressive epidermotropic CD8+ cytotoxic T-cell lymphoma in a young woman. *J Clin Pathol*. 2008 Jun; 61(6):770-2.
 - Fika Z, Karkos PD, Badran K, Williams RE. Primary cutaneous aggressive epidermotropic CD8 positive cytotoxic T-cell lymphoma of the ear. *J Laryngol Otol*. 2007 May; 121(5):503-5.

Mahfoudhi Madiha, Hariz Anis, Ben Abdelghani Khaoula, Turki Sami, Kheder Adel.

Assistant hospitalo-universitaire en médecine interne

Service de médecine interne A

Hôpital Charles Nicolle

A case of genital radionecrosis The forgotten complication

Epidermoid carcinoma of the penis is a rare condition, with an estimated incidence of about 1 per 100,000 males in North America and Western Europe, accounting for less than 1% of male cancers (1). As its incidence is very low, the medical literature of this penile cancer is often limited to case series.

The main aim of the treatment is organ and function preservation when feasible, without compromising survival (2). Surgery in the form of partial or total penectomy is the most effective option, but is associated with considerable psychosexual morbidity (3,4). Radiotherapy, with brachytherapy and external radiation (4), is considered as a key part of penis cancer treatment, both for the primary tumour and for lymph node involvement (5).

This latter option provides an organ-sparing alternative, preserving penile morphology and function in selected patients, which eliminates the psychological distress associated with amputation (5). Its use as exclusive management has been reported for treating primary lesions and metastatic ilio-inguinal lymph nodes (6). Radiation has shown success rates in squamous cell carcinoma of the penis stage T1 and T2 in 55-88% of cases (Table I).

Table 1: Comparative results from recent radiotherapy series

Author (n)	Nb	Type RT	Dose (Gy)	F/up (mos)	LC (5 ys)	Necrosis	Penile preservation
Crook (1)	67	BT	60	48 (4-194)	87.3%	12%	88%
Sarin (2)	59	RT	60/30	62 (2-264)	55%	3%	50%
Rozan (6)	184	BT	63	139	86%	21%	78%
Chaudhery (7)	23	BT	50	21 (4-117)	70%	No	70%
Kiltie (8)	31	BT	63.5	61.5	81%	8%	75%
Soria (9)	102	BT	61-70	111	77%	-	72%
Gotsadze (10)	155	RT	40-60	4 decades	65%	0.6%	65%
Mistry (11)	18	RT	55/16-50/20	62	63%	2	66%
Azrif (12)	41	RT	50-52.5	54	62%	8%	62%
Crook (13)	49	BT	60	33.4 (4-140)	85%	16%	86%

RT external radiotherapy, BT brachytherapy, F/up (mos) follow-up in months, LC local control.

Local failure rates range from 16 to 40% (2-6). One of its most dramatic complications is soft tissue necrosis or radionecrosis of the penis. It has been reported in 0-21% of patients (Table I) and is related to dose and type of treatment. Skin necrosis can appear 12 months after administration of even one radiotherapy session. It is more common after brachytherapy than external radiation. The risk of necrosis increases with doses over 60 Gy and for T3 or larger volume tumors (6).

Herein we present a case of early penile radionecrosis after radiotherapy for penile cancer.

Case report

A 51-year-old married man presented with an ulcerated lesion of the penis that was discovered by him 7 months ago. He reported that he was circumcised at the age of 5 years and that he had an active heterosexual sex life.

Physical examination revealed a 3 cm, ulcerated penile lesion limited to the base of the penis. It had poorly defined edges with loss of tissue (Figure 1). There was no evidence of palpable inguinal lymph nodes. His general hygiene was not that good.

The lesion was biopsied and the histopathological study concluded to a moderate grade squamous cell carcinoma. After radiological studies, it was classified as stage T2-N0-M0 according to the 2002 UICC Tumour Node Metastasis (TNM) classification for penile cancer.

Figure 1: Preoperative aspect: an ulcerated lesion in the base of the penis.

