

Adénopathie cervicale avec cécité chez un enfant

A child with cervical lymphadenopathy and blindness

Darouassi Youssef¹, Abilkassem Rachid², Mliha touati Mohammed¹, Chihani Mehdi¹, Agadr Aomar², Bouaity Brahim¹, Ammar Haddou¹

1 :Service d'Oto-rhino-laryngologie - Hôpital Militaire Avicenne, Marrakech. Université Cadi Ayyad, Faculté de médecine et de pharmacie, Marrakech.

2 : Service de pédiatrie - Hôpital Militaire Moammed V, Rabat. Université Mohammed V, Faculté de médecine et de pharmacie, Rabat.

OBSERVATION

Il s'agit d'un enfant âgé de 3 ans et demi, sans antécédents pathologiques notables, bien vacciné, qui a présenté une adénopathie latéro-cervicale gauche augmentant progressivement de taille. L'évolution a été marquée quinze jours après par une baisse rapide de l'acuité visuelle qui a évolué en 2 semaines vers une cécité totale motivant la consultation.

L'examen physique à l'admission a retrouvé une adénopathie jugulo-carotidienne de 3 cm de diamètre indolore sans signes inflammatoires, adhérente au plan profond.

L'examen ophtalmologique a retrouvé une cécité complète sans

troubles oculomoteurs. Le reste de l'examen clinique somatique a été sans particularités avec notamment absence d'autres adénopathies ou d'hépatosplénomégalie.

Sur le plan biologique on a retrouvé une hémoglobine à 11,8 g/dl, des globules blancs à 11.000/mm³ (dont 60% de polynucléaires neutrophiles).

L'échographie cervicale a retrouvé l'adénopathie jugulo-carotidienne de 35/30 mm d'échostructure tissulaire hétérogène indépendante de la parotide sans autres adénopathies.

Une IRM (Imagerie par Résonance Magnétique) a été réalisée (Figures 1 à 3).

Figure 1 : Coupe IRM coronale en T1.

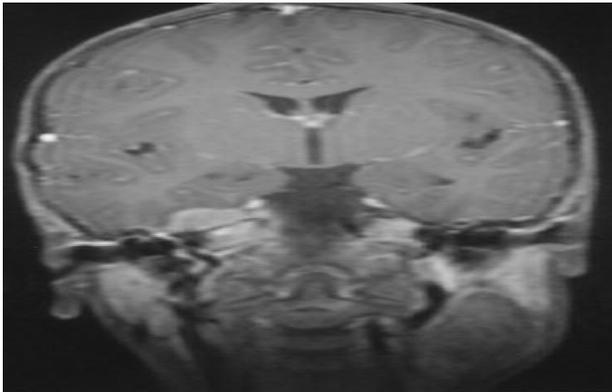


Figure 2 : Coupe IRM sagittale en T1.

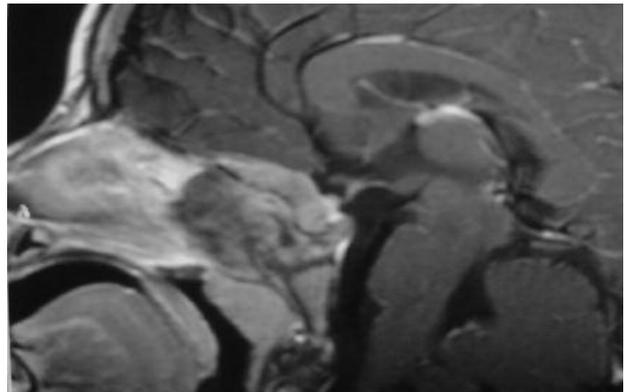
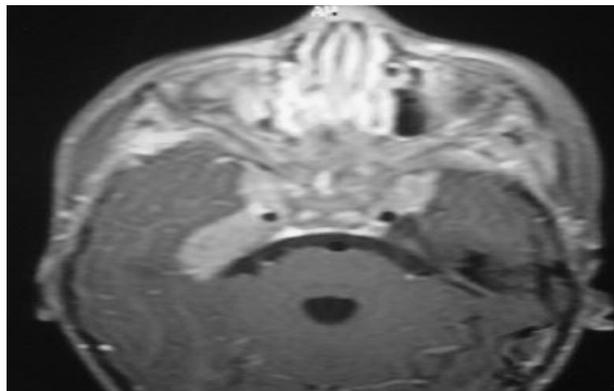


Figure 3 : Coupe IRM axiale en T1 après injection de gadolinium.



QUEL EST VOTRE DIAGNOSTIC ?

À la lecture de l'observation, quel serait votre diagnostic parmi les propositions suivantes :

- Tumeur du cavum.
- Méningiome.
- Schwannome.
- Métastase.
- Lymphome.

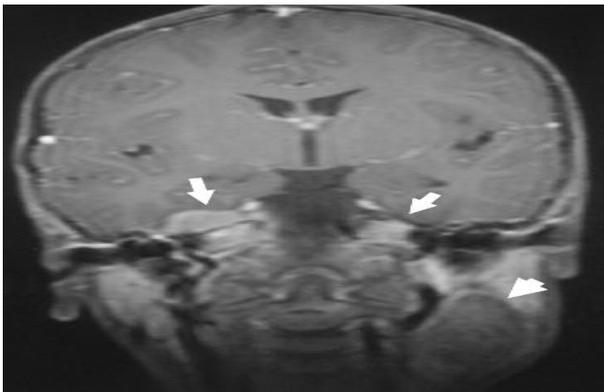
DIAGNOSTIC

Lymphome de Burkitt du sinus sphénoïdal.

COMMENTAIRE

Chez notre patient, l'IRM en séquences T2 et T1 avant et après injection de gadolinium en coupes sagittales, axiales et coronales montre un processus tissulaire hétérogène, hypointense en pondération T1 et légèrement hyperintense en pondération T2, faiblement rehaussé après injection de gadolinium, lysant l'os

Figure 4 : Coupe IRM coronale en T1 montrant le processus tumoral ainsi que l'adénopathie cervicale (tête de flèche).



sphénoïdal et s'étendant en endocrânien avec atteinte des loges cavernueuses et des fosses temporales internes, épaissement méningé et compression des nerfs optiques (Figure 4 à 6). On note également la présence de l'adénopathie latéro-cervicale gauche (Figure 4).

Les investigations neuroradiologiques ne permettent pas un diagnostic de certitude, une cervicotomie exploratrice avec curage ganglionnaire a été réalisée et la pièce opératoire fut adressée pour étude histologique qui a permis de poser le diagnostic de lymphome de Burkitt.

Un bilan d'extension a été réalisé retrouvant au myélogramme une moelle envahie à 95%, le reste du bilan a été sans anomalies permettant de classer ce lymphome au stade IV (atteinte médullaire et du système nerveux central).

L'enfant a été adressé dans un service d'oncologie pédiatrique et une chimiothérapie selon le protocole LMB 2001 groupe C a été commencée immédiatement.

DISCUSSION

Les diagnostics différentiels d'une lésion tumorale du sinus sphénoïdal sont extrêmement variés. Dans une série de 132 cas de processus tumoraux de la région sphénoïdale rapportée par Lawson en 1997, on a retrouvé 21% de mucocèles, 10% de carcinomes primitifs, 3% de

Figure 5 : Coupe IRM sagittale en T1 montrant le processus tumoral.

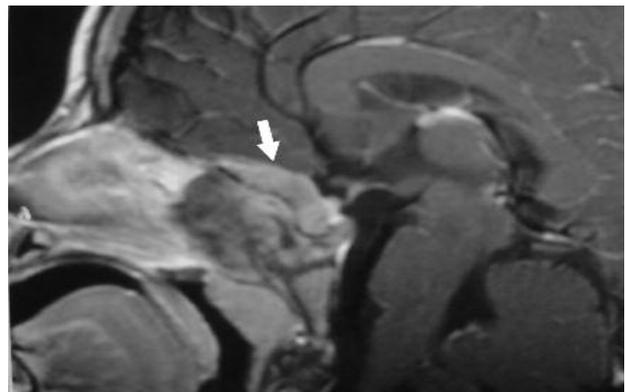
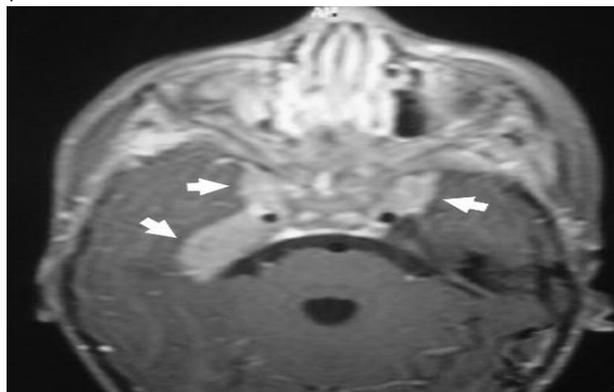


Figure 6 : Coupe IRM axiale en T1 après injection de gadolinium montrant le processus tumoral.



Quel est votre diagnostic ?

tumeurs à point de départ pituitaire, 2% de métastases et 2% de plasmocytomes, pour le reste (62%), il s'agissait de maladies inflammatoires et infectieuses (1).

La TDM permet de déceler des signes en faveur d'un diagnostic ou de l'autre. Ainsi l'érosion osseuse peut se voir dans les métastases et les plasmocytomes, les carcinomes se traduisent par des lésions lytiques, l'adénome hypophysaire détruit le plancher de la selle turcique et le mucocèle entraîne un remodelage du sinus (2).

A l'IRM, le signal tumoral et la prise de contraste ne sont pas spécifiques, l'origine extra pituitaire de la lésion peut être affirmée, le chondrosarcome présente des calcifications intratumorales caractéristiques (2).

La localisation sinusienne du lymphome malin non hodgkinien (LMNH) est exceptionnelle, elle représente seulement 0,17% de l'ensemble de ces lymphomes. Les localisations nasosinusiennes et oro-pharyngées des lymphomes surviennent le plus souvent chez les adultes avec une moyenne d'âge de 50 à 60 ans, mais peuvent se voir chez les enfants avec un âge moyen de 5 ans. (3,4)

Les signes cliniques sont divers et sont en relation avec les rapports anatomiques de la région ; ils sont dominés par les céphalées est les signes d'atteinte des paires crâniennes se traduisant par des troubles oculomoteurs et visuels (5,6).

La pathogénie des lymphomes nasaux et para nasaux est mal élucidée ; la théorie d'une migration et prolifération des lymphocytes dans la sous muqueuse des sinus a été évoquée (2).

Le traitement repose essentiellement sur la chimiothérapie, la radiothérapie n'est pas systématiquement utilisée dans les LMNH chez les enfants et son emploi est limité à des cas de persistance après chimiothérapie (4).

Les lymphomes du sinus sphénoïdal sont extrêmement rares mais existent, d'où la nécessité de pousser les examens complémentaires devant une baisse d'acuité visuelle d'évolution rapide ou devant une symptomatologie neurologique suspecte, un diagnostic rapide dans ce cas permet de commencer le traitement dans un bref délai et d'améliorer le pronostic. Le traitement repose sur la chimio-radiothérapie.

Références

1. Lawson W, Reino AJ. Isolated sphenoid sinus disease: an analysis of 132 cases. *Laryngoscope* 1997; 107 (12 Pt 1) : 1590-1595.
2. Métellus P, Fuentes S, Figarella-Branger D, Dufor H, Grisoli F. Lymphome primitive du sinus sphénoïdal : A propos d'un cas et revue de la littérature. *Neurochirurgie* 2002; 48(6) : 522-526.
3. Védrine PO, Baudet B, Meghachi AS, Marcon N, Toussaint B, Jankowski R, Lederlin P. Lymphome malin non hodgkinien du sinus sphénoïdal. *Oto-Rhino-Laryngologie Française Fr ORL* 2005 ; 88 : 120-123.
4. Güler E, Kutluk T, Akalan N, Akyüz C, Atahan L, Büyükpamukçu M. Acute blindness as a presenting sign in childhood non-Hodgkin lymphoma. *Journal of Pediatric hematology/Oncology* 2003 ; 25(1), 69-72.
5. Kourti M, Mantadakis E, Anastasiou A, Kolioukas D. Acute visual loss as the initial presentation in a child with systemic Burkitt lymphoma. *Indian J Med Paediatr Oncol.* 2013; 34(2): 99-100.
6. Adeoye AO, Durosinmi MA, Adeodu OO et al. Ocular manifestations of Burkitt's lymphoma: experience in Ile-Ife south western Nigeria. *West Afr J Med* 2007; 26(1):48-52.
7. Park YM, Cho JH, Cho JY, Huh JS, Ahn JY. Non-Hodgkin's lymphoma of the sphenoid sinus presenting as isolated oculomotor nerve palsy. *World J Surg Oncol* 2007; 5:86.