

### **Le lymphome B riche en T et en histiocytes de l'estomac: une variante très rare du lymphome B gastrique**

#### **T-cell/histiocyte-rich large B-cell lymphoma of stomach: a rare variant of gastric B cell lymphoma**

Alia Zehani, Yoldez Houcine, Ines Chelly, Slim Haouet, Nidhameddine Kchir

Service d'anatomopathologie -hôpital la Rabta /faculté de médecine de Tunis,

Le lymphome B diffus à grandes cellules de l'estomac forme un groupe hétérogène de lymphomes tant sur le plan cytopathologique que biologique et clinique. La variante riche en cellules T et en histiocytes est rare, estimée à environ 1-3% de l'ensemble des lymphomes B à grandes cellules. Il a été décrit pour la première fois en 1997 [1]. Le diagnostic anatomopathologique de ce lymphome est souvent difficile [2]. Il est caractérisé par la rareté des grandes cellules B atypiques dispersées au sein d'un infiltrat réactionnel abondant formé de plus de 90 % de lymphocytes T.

Nous rapportons un cas très rare de lymphome B riche en cellules T et en histiocytes de localisation gastrique.

#### **Observation**

Monsieur SF âgé de 41 ans, aux antécédents d'un lymphome de Hodgkin ganglionnaire, consultait pour des douleurs abdominales aiguës dans un tableau de péritonite et d'état de choc hémorragique. Il était opéré en urgence. Une gastrectomie totale était réalisée. A l'examen macroscopique, la pièce mesurait 9 cm sur la petite courbure et 14 cm sur la grande courbure. A l'ouverture, on notait la présence d'une lésion ulcérée, blanchâtre, mesurant 5 cm de grand axe avec une perforation pariétale. La dissection de la graisse péri-gastrique avait permis de ramener 12 ganglions. A l'examen histologique, cette lésion correspondait à une prolifération tumorale maligne d'architecture diffuse, dissociant toutes les couches pariétales. Elle était faite de rares cellules lymphoïdes atypiques au sein d'un infiltrat dense fait de petits lymphocytes et d'histiocytes. Ces cellules étaient de grande taille, à cytoplasme réduit [Figure 1].

Les noyaux étaient arrondis, volumineux, munis d'un ou plusieurs nucléoles proéminents. Tous les ganglions prélevés étaient envahis par la même prolifération (12N+). Le diagnostic de lymphome de Hodgkin était évoqué. En immunohistochimie, les grandes cellules tumorales exprimaient le pan B (CD20) [Figure 2]. Le pan T (CD3) et le Bcl2 marquaient les petits lymphocytes T réactionnels. Le CD 68 marquait les histiocytes [Figure 3]. Le CD30 marquait seulement les petites cellules activées sans marquer les grandes cellules. La pancytokératine, l'EMA et le CD15 étaient négatifs. Le diagnostic retenu

était celui d'un lymphome B riche en T et en histiocytes de localisation gastrique avec envahissement ganglionnaire correspondant au stade II1E de la classification d'ANN ARBOR modifiée de Mushoff. L'évolution était marquée par le décès du patient à J4 post opératoire.

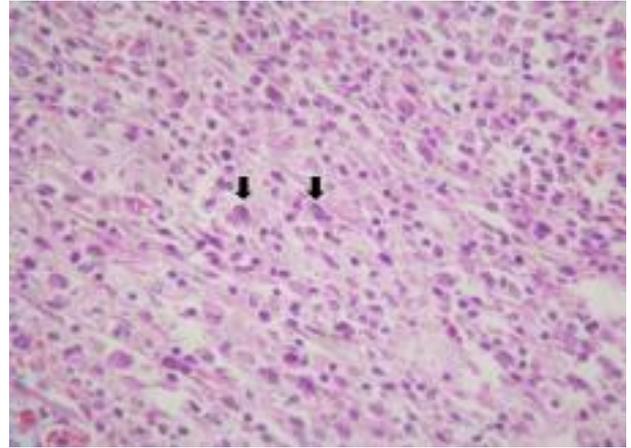


Figure 1: (HEx10) : grandes cellules atypiques au sein d'un fond inflammatoire fait de petits lymphocytes

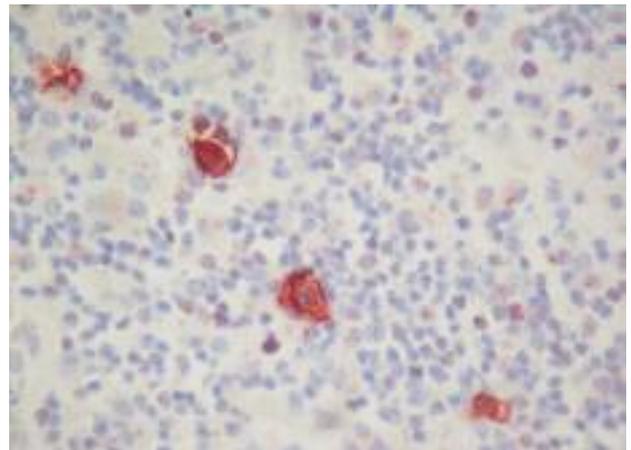


Figure 2: (Immunohistochimie x40): cellules tumorales expriment le CD20

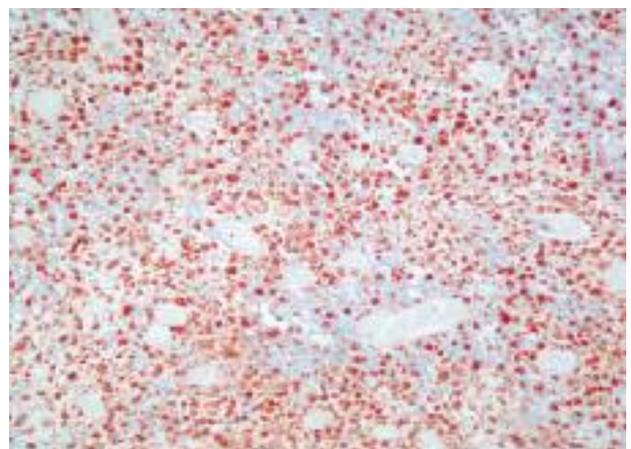


Figure 3 : (Immunohistochimie x 20): le CD68 marque les histiocytes

## Conclusion

Ce lymphome pose un problème de diagnostics différentiels notamment le lymphome T ou le lymphome de Hodgkin nodulaire à prédominance lymphocytaire. L'étude immunohistochimique est nécessaire pour confirmer le diagnostic [3]. Le traitement se base surtout sur la chimiothérapie. Son pronostic est sombre et l'évolution est agressive [4].

Conflits d'intérêt : aucun

## Références

- 1- Tóth J, Elek G. Histiocytic and T-cell rich B-cell lymphoma (TCRBCL) of the stomach. *Pathol Oncol Res* 1997; 3: 219-23.
- 2- Barut F, Kandemir NO, Gun BD, Ozdamar SO. T-cell/histiocyte-rich large B-cell lymphoma of stomach. *J Pak Med Assoc.* 2016; 66: 905-7.
- 3- Abramson JS. T-cell/histiocyte-rich B-cell lymphoma: Biology, diagnosis, and management. *Oncologist* 2006; 11: 384-92.
- 4- Aki H, Tuzuner N, Ongoren S, Baslar Z, Soysal T, Ferhanoglu B, et al. T-cell/histiocyte-rich B-cell lymphoma: a clinicopathologic study of 21 cases and comparison With 43 cases of diffuse large B-cell lymphoma. *Leuk Res* 2004; 28: 229-36.

## Lumbar hernia in a newborn revealing Lumbo-costovertebral syndrome

### Hernie lombaire chez un nouveau-né révélant un syndrome lombo-costo-vertébral

*Emira Ben Hamida Nouaili, Imen Ayadi, Riadh Boukhris, Zahra Marrkchi*

*Department of Neonatology, Charles Nicolle Hospital, Faculty of Medicine of Tunis / Tunis El Manar University, Tunis, Tunisia,*

Lumbocostovertebral syndrome is a rare developmental defect in children with only 13 cases reported in literature so far (1). Cases with others combinations of defects have also been reported (2, 3).

Our case is the first reporting a combination of lumbar hernia, posterior spinal dysraphism and a diastematomyelia.

## Case

A 41 week male infant, was born to a 28 year-old, gravida 1 para 1 mother who pregnancy was uncomplicated. He was born by cesarean section performed for fetal distress. No resuscitation was required. Apgar scores were 9 and 10 at 1 and 5 minutes, respectively. Birth weight, occipital circumference and length were all in 25th percentile. He was admitted in our unit at birth for posterior spinal dysraphism with a right lumbar hernia.

Physical examination indicated a soft reducible mass at right lateral abdominal wall prominent on crying (Fig 1) with a 3x3 cm open lumbosacral myelomeningocele.

The neurological examination of lower limbs was unremarkable. Anal tone was normal.

Cranial ultrasound showed an Arnold Chiari malformation with triventricular hydrocephalus.

Thoraco-abdominal X- ray revealed hemivertebras at D7 to D10 level with homolateral right rib agenesis. There was a thoraco lumbar scoliosis with convexity to the left (Figure 2).



Figure 1: Right-sided congenital lumbar hernia



Figure 2: Digital X- ray showing a soft tissue shadow under the right costal margin, hemivertebras at D7 to D10 level with homolateral right rib agenesis and a lumbar scoliosis with convexity to the left.

Magnetic resonance imaging revealed a lumbocostovertebral syndrome with diastematomyelia and myelomeningocele. The patient was then referred to neurosurgery clinic with an orthopedic follow up.

## Conclusion

Lumbocostovertebral syndrome includes hemi-vertebra, congenital absence of ribs, anterior myelomeningocele

and abdominal wall muscular hypoplasia. Our case is the first reporting the combination with a posterior spinal dysraphism and a diastematomyelia.

## References

1. Singh G, Ahuja S, Kumar R, Chandra A, Ojha B, Singh C, Gupta S. Posterior spinal dysraphism with lumbocostovertebral syndrome. *Br J Neurosurg.* 2010 ; 24:216-8.
2. Mamta S, Vivek M, Anup M, Vishesh J, Swarup D. Intercostal variant of lumbar hernia in lumbocostovertebral syndrome: our experience with 6 cases. *J Pediatr Surg* 2011 ; 46 :1974-77.
3. Emrah S, Tuğrul T, Halil A , Aysegül C, Tefvik G. Lumbo-costovertebral syndrome with diastematomyelia. *Pediatr Int* 2008 ; 50 : 600-2.

---

## Hypertrophie bilatérale des glandes lacrymales révélant une sarcoïdose systémique.

### Bilateral hypertrophy of the lacrimal gland revealing systemic sarcoidosis.

*Ines Kechaou, Lamia Ben Hassine, Eya Cherif, Imen Boukhris  
Service de médecine interne B, hôpital Charles Nicolle / Université de  
Tunis El Manar/ Faculté de médecine de Tunis*

La sarcoïdose est une granulomateuse systémique d'étiologie indéterminée dont l'atteinte la plus fréquente est l'atteinte médiastino-pulmonaire. L'atteinte ophtalmologique est dominée par les uvéites (1). Mais, toutes les structures de l'œil peuvent être touchées avec possibilités de localisation au niveau des glandes lacrymales qui reste une localisation rare (2-4). A ce propos, nous rapportons une nouvelle observation.

## Observation

Une patiente âgée de 36 ans aux antécédents d'hépatite

B guérie en 2014 a été hospitalisée pour fièvre prolongée évoluant depuis 1 mois avant son admission, dans un contexte d'altération de l'état général avec asthénie, anorexie et amaigrissement chiffré à 4 kg. A l'examen, elle était fébrile à 38,3°C. Elle avait une tuméfaction au niveau des paupières supérieures évoquant une hypertrophie bilatérale des glandes lacrymales (Figure 1A). L'auscultation cardiaque et pulmonaire était sans anomalies. Il n'y avait pas d'hépatomégalie ni de splénomégalie et les aires ganglionnaires étaient libres. Le reste de l'examen somatique était sans particularités. La numération de la formule sanguine était normale hormis une lymphopénie à 1000/mm<sup>3</sup>. Il y avait un syndrome inflammatoire biologique (VS : 100 mm, CRP : 68 mg/L et fibrinémie : 6,2 g/L). Le bilan hépatique a montré une élévation des gamma GT à 2 fois la normale sans cytolyse hépatique (ASAT/ALAT : 34U/L/53U/L). Les phosphatases alcalines étaient normales (124 U/L). Les sérologies B, C, CMV, EBV et parvovirus B19 étaient négatives. La recherche de BK dans les crachats ainsi que l'intradermo réaction à la tuberculine étaient négatives. L'échographie cardiaque était sans anomalies. La radiographie du thorax avait montré des opacités alvéolo-interstitielles basales droites. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien a objectivé un aspect de pneumopathie infiltrante diffuse avec un épaississement péri bronchique diffus, une distorsion scissurale associée à un épaississement nodulaire des scissures et des micronodules sous-pleuraux.

Il n'y avait pas d'adénopathies médiastinales ou abdominales. Il y avait une hépatomégalie homogène à 20 cm sans splénomégalie.

Les explorations fonctionnelles respiratoires ont montré un syndrome restrictif modéré avec une capacité vitale forcée (CVF) à 70%. Le lavage broncho-alvéolaire a montré une hyper cellularité avec une alvéolite



**Figure 1** : A : hypertrophie palpébrale en rapport avec une dacryoadénite. B : disparition de l'hypertrophie bilatérale des glandes lacrymales 1 mois après corticothérapie.

lymphocytaire. Le rapport CD4/CD8 était élevé à 4,3. La biopsie bronchique a objectivé la présence d'un granulome sans nécrose caséuse. La biopsie des glandes salivaires accessoires était sans anomalies ainsi que le bilan phosphocalcique sanguin et urinaire. Le dosage de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA) était normal à 49 UECA (N: 20-70 UECA). Le diagnostic de sarcoïdose révélée par une hypertrophie bilatérale des glandes lacrymales avec atteinte pulmonaire et hépatique a été retenu. La patiente était mise sous corticothérapie orale à la dose de 20 mg/j pour sa localisation au niveau des glandes lacrymales avec bonne évolution (Figure 1B).

### Conclusion

Chez notre patiente, l'existence de signes extra-oculaires thoraciques avec confirmation histologique a permis de retenir le diagnostic de sarcoïdose. De ce fait, étant donné le polymorphisme clinique de la sarcoïdose, il est important de reconnaître toutes ses manifestations extra-thoraciques qui peuvent la révéler pour assurer une prise en charge du patient dans sa globalité pour aboutir au diagnostic positif de sarcoïdose.

### Références

1. Badelon I, Chaîne G. Ophthalmologic manifestations of sarcoidosis Ann Med Interne 2001;152(2):108-12
2. Yanardag H, Pamuk ON. Lacrimal gland involvement in sarcoidosis. The clinical features of 9 patients. Swiss Med Wkly. jul 12 2003 12;133(27-28):388-91.
3. Derrar R, Cherkao W. Dacryoadénite sarcoïdosiqne. Pan Afr Med J 2014;18:313
4. Burris CKH, Raven ML, Rodriguez ME. Sarcoidosis. Ophthalmology. 1oct 2015 ; 122(10):2062.