

# Le lymphome de Burkitt à localisation abdominale isolée : à propos d'un cas

L. C. LOUGUE/SORGHO<sup>1</sup>, R. CISSE<sup>1</sup>, D. YE<sup>2</sup>, B. SAKANDE<sup>3</sup>,  
N. ROUAMBA<sup>2</sup>, I. SANOU<sup>2</sup>, L. KAM<sup>2</sup>, A. SAWADOGO<sup>2</sup>

## Résumé

Nous rapportons le cas d'un enfant de 8 ans hospitalisé pour syndrome infectieux, avec apparition au cours de l'évolution, d'une paraplégie flasque, chez qui l'échographie abdominale et la radiographie pulmonaire ont permis de suspecter un lymphome de localisation abdominale initiale, secondairement diffus. Ce cas pose le problème de diagnostic différentiel, entre des lésions infectieuses abdominales et le lymphome abdominal spontanément nécrotique, dans un pays en voie de développement où seules l'échographie et la radiographie sont les seules techniques d'imagerie disponibles et accessibles.

**Mots-clés :** lymphome de Burkitt, échographie abdominale, radiographie pulmonaire, enfant.

## Abdominal Burkitt's lymphoma : a case report.

### Abstract

We report the case of 8-year-old children admitted to hospital for infectious syndrome, with the emergence during the progression, of a flabby paraplegis. The abdominal ultrasonography and the chest radiography allowed to suspect initial abdominal lymphoma. This case shows the difficulty to differentiate abdominal infectious lesion from lymphoma spontaneously necrosis, in a development country, where ultrasonography and radiography are the only imaging techniques available and accessible.

**Keywords :** Burkitt's lymphoma, Abdominal ultrasound, Thoracic radiographic, Children.

1. Service de Radiologie et d'imagerie médicale du Centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso.

2. Service de Pédiatrie du Centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso.

3. Service d'Anatomie pathologique du Centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso.



## Introduction

Le lymphome de Burkitt, décrit pour la première fois en 1958 par Dennis BURKITT en Ouganda (KOFFI *et al.*, 1997 ; BURKITT et O'CONOR, 1961), est une hémopathie maligne à cellule lymphoïde B.

Affection fréquente en Afrique inter-tropicale où elle représente 40 à 70 % des tumeurs malignes de l'enfant (KOFFI *et al.*, 1997) et touche essentiellement le maxillaire inférieur. En Afrique du Nord et dans les pays industrialisés, elle est de localisation surtout abdominale (TUBIANA et TURSZ, 1987). En fait, les lymphomes non hodgkiniens, dont le lymphome de Burkitt, sont des affections ubiquitaires pouvant toucher n'importe quel organe, leur diffusion se faisant par voie hématogène. Le Burkina Faso, pays tropical à température moyenne supérieure à 16 °, fait partie de la ceinture trans-africaine de Burkitt (Trans-African belt de HADDOW) (COULIBALY et GUGMA, 1983) où cette forme de lymphosarcome s'avère être la plus fréquente des cancers de l'enfant avant 20 ans (ANDONABA, 1992). Dans ce pays, la localisation maxillaire est la plus souvent rencontrée ; la localisation abdominale est sous estimée et non répertoriée dans la littérature du fait de la relative indisponibilité de l'échographie et de l'inaccessibilité de la tomographie.

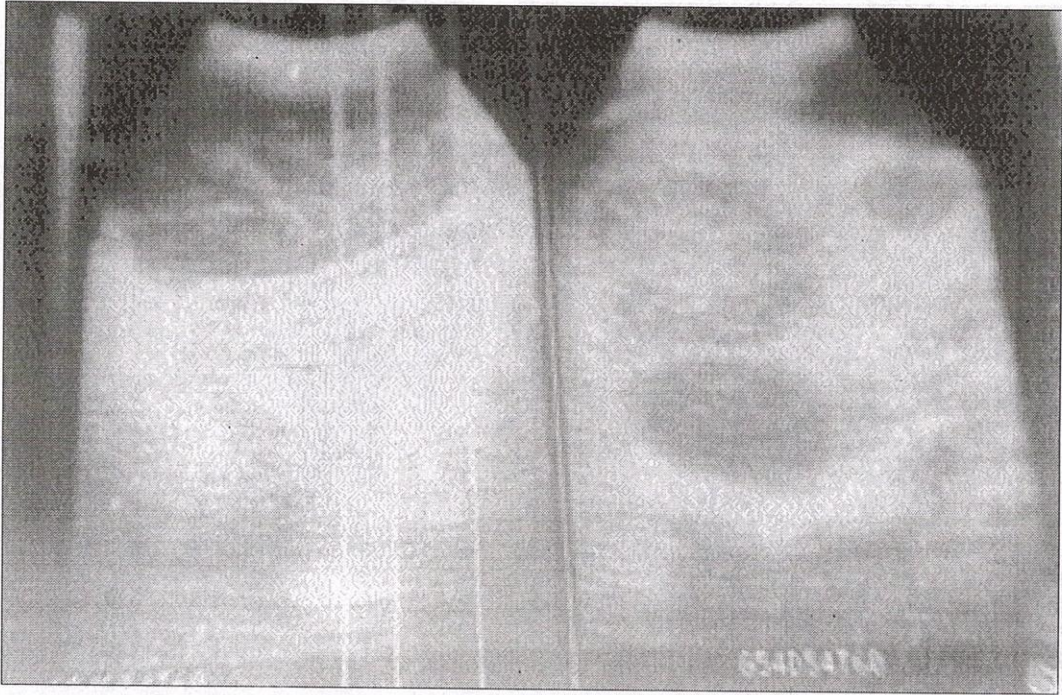
La survie des patients atteints de cette hémopathie chimiosensible est améliorée à condition que le diagnostic, le staging et la prise en charge soient précoces.

Nous rapportons un cas de lymphome de Burkitt primitivement hépatique et splénique posant des difficultés diagnostiques avec des lésions infectieuses viscérales.

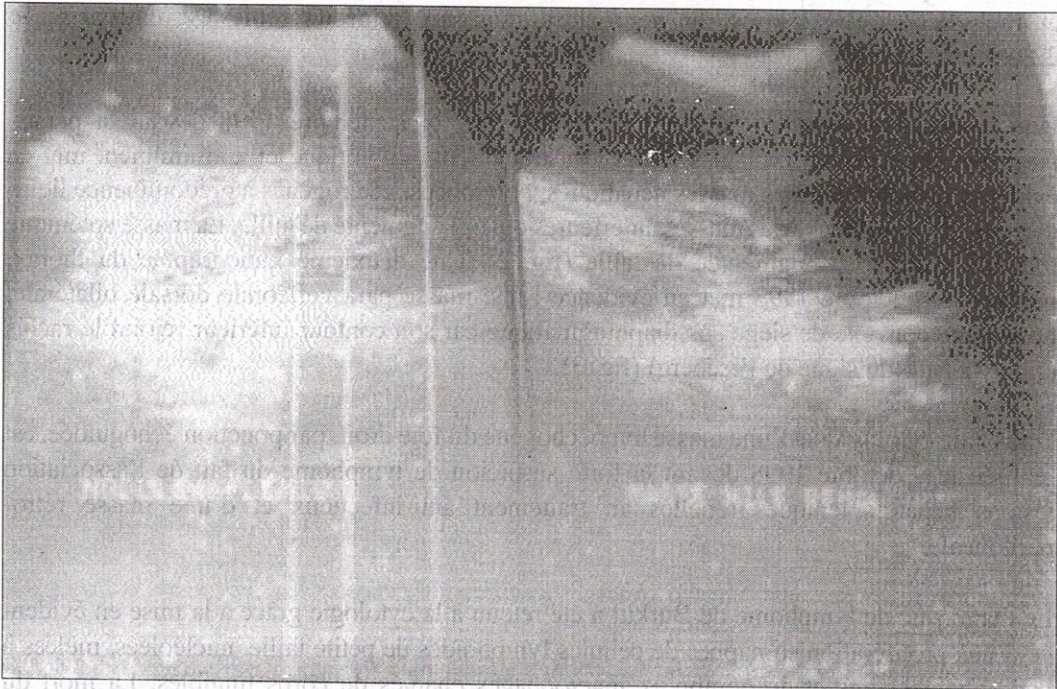
## Observation

O. L. est un enfant de 8 ans, de sexe masculin, sans antécédent particulier, admis dans le service de Pédiatrie de l'hôpital national Yalgado Ouédraogo, le 8 mai 1998 pour douleurs abdominales survenues 20 jours après un début marqué par des sciatalgies bilatérales. L'examen retrouve une altération de l'état général, une asthénie, une hyperthermie et des sueurs nocturnes, des oedèmes des membres inférieurs prenant le godet. Le 18 août 1998 survient une paraplégie flasque, avec abolition des réflexes ostéo-tendineux et de la sensibilité, remontant jusqu'aux genoux. Une radiographie standard du rachis dorso-lombaire réalisée ne retrouve aucune lésion. L'échographie abdominale retrouve de multiples lésions hépatiques hypoéchogènes hétérogènes mal limitées, de taille variable, sans renforcement postérieur, associées à une lésion identique unique splénique sans masse ganglionnaire intra abdominale associée (fig. 1) ; ce qui a fait évoquer en premier lieu des abcès multiples. La recherche du virus de la polyomyélite, de trypanosome, de cryptocoque dans le LCR est négative. La NFS réalisée le 12 août 1998 montre une anémie hypochrome microcytaire, une hyper leucocytose à 19300 GB par mm<sup>3</sup> en faveur du syndrome infectieux avec polynucléose à 69 %, un taux d'éosinophilie à 5 % et un taux de lymphocyte à 26 %. Le 1<sup>er</sup> septembre 1998, sont réapparues des douleurs abdominales initialement calmées par un traitement symptomatique.



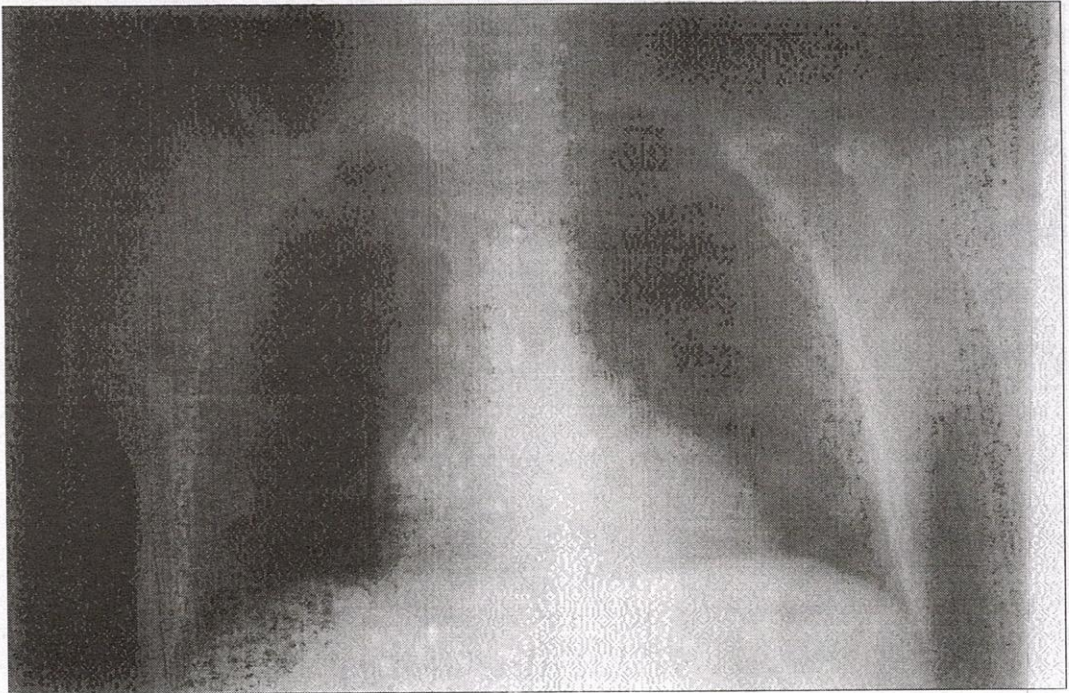


**Figure 1.** Échographie abdominale : multiples lésions hépatiques hypoéchogènes hétérogènes mal limitées.



**Figure 2.** Masse splénique, toujours unique, augmentée de taille.





**Figure 3.** Radiographie du thorax : masse paravertébrale.

Devant la pauvreté de l'examen clinique, la négativité de la radiographie pulmonaire et rachidienne et sur avis du neurochirurgien, une kinésithérapie est entreprise le 22 septembre 1998.

Une nouvelle échographie abdominale, réalisée le 24 septembre 1998 devant la persistance des douleurs abdominales malgré un traitement antibiotique et anti-amibien, met en évidence de volumineuses masses hépatiques, polylobées, hétérogènes à prédominance liquidiennes, par confluence des masses antérieures qui ont augmenté de taille. La masse splénique toujours unique est augmentée de taille (fig. 2). Une deuxième radiographie du thorax, réalisée le 8 octobre 1998 met en évidence : une masse para vertébrale dorsale bilatérale, homogène convexe de siège sus-diaphragmatique car son contour inférieur rejoint le rachis (signe négatif du signe de l'iceberg) (fig. 3).

Une étude cytologique d'une masse hypoéchogène du foie droit, par ponction échoguidée, est réalisée le 9 octobre 1998 devant la forte suspicion de lymphome du fait de l'association lésions hépato-spléniques rebelles au traitement anti-infectieux et d'une masse rétro-péritonéale.

Le diagnostic de lymphome de Burkitt a été retenu à la cytologie grâce à la mise en évidence d'une prolifération en nappes de cellules lymphoïdes de petite taille, nucléolées, mêlées à des polynucléaires et de nombreux macrophages chargés de corps tingibles. La mort du patient est survenue le 20 décembre 1998 alors qu'il était en attente d'évacuation sanitaire.



## Commentaires

Le lymphome de Burkitt, à localisation abdominale isolée sans atteinte maxillo-faciale et ganglionnaire périphérique, pose un problème de diagnostic précoce où le premier diagnostic à évoquer, face à des lésions multiples hépatiques nécrotiques et spléniques et un syndrome infectieux biologique, est l'origine infectieuse. J. L. MORENO et collaborateurs ont rencontré les mêmes problèmes diagnostiques et ont reconnu le rôle fondamental d'une échographie bien réalisée dans le diagnostic précoce de cette localisation particulière (MORENO *et al.*, 1994). A. T. DJEDJE et collaborateurs (DJEDJE *et al.*, 1990), dans leur série, ont décrit la lésion échographique de base qui est une formation nodulaire solide hypoéchogène, souvent hétérogène, présentant quelquefois des plages internes liquidiennes sans renforcement postérieur évident. Ces nodules peuvent être isolés ou groupés en amas constituant ainsi une masse hétérogène à bords polycycliques. Les mêmes caractères échographiques ont été décrits par F. Marjou et collaborateurs (MARJOU *et al.*, 1992) pour les abcès hépatiques au stade pré-collecté. Mais la présence de ganglions rétro-péritonéaux permet d'évoquer le diagnostic de lymphome sans formellement exclure la tuberculose et la sarcoïdose (SZAPIRO *et al.*, 1996).

Le rôle primordial de l'échographie, dans les localisations abdomino-pelviennes du Burkitt, n'est plus à démontrer, et certains auteurs lui reconnaissent une sensibilité diagnostique topographique voisine de 100 %, mais une spécificité difficile à apprécier, le diagnostic de certitude de cette affection étant anatomo-pathologique (DJEDJE, 1990). L'échographie dans cette affection, outre son intérêt dans le diagnostic présomptif précoce, permet un prélèvement peu traumatisant par ponction à l'aiguille fine pour l'analyse anatomo-pathologique évitant ainsi la laparotomie exploratrice susceptible de retarder la mise en place du traitement spécifique. Le diagnostic de localisation des deux cas de B. Coulibaly a été possible grâce à une laparotomie exploratrice (COULIBALY et GUIGMA, 1983). Dans la classification de ZIEGLER (DJEDJE, 1990), l'échographie joue également un rôle important au niveau de 3 des 4 stades. En effet, ZIEGLER classe la maladie de BURKITT en 4 stades :

- stade 1 : localisation maxillo-faciale ;
- stade 2 : tumeur multiple sans localisation abdominale, thoracique ou neuro-méningée ;
- stade 3 : tumeur abdominale ou thoracique avec ou sans lésion maxillo-faciale mais localisation neuro-méningée ;
- stade 4 : stade 3 avec localisation neuro-méningée.

Notre patient était probablement du stade 4 avec des localisations diverses :

- Nerveuses : probablement par coulées de tissu néoplasique qui progresse par les trous de conjugaison à partir de tumeurs abdominales ou médiastinales et comprime les artères radiculaires (COULIBALY et GUIGMA, 1983), ce qui expliquerait la négativité de la



radiographie rachidienne de début. Mais face à des moyens diagnostiques limités, les principales causes de paraplégie (poliomyélite, mal de Pott) ont été évoquées. Selon I. T. MAGRATH, cité par P. MASSO-MISSE, 15 % de patients en Afrique atteints de lymphome de Burkitt présentent une paraplégie avec une dissociation albumino-cytologique à l'étude du LCR (MASSO-MISSE *et al.*, 1996).

– Abdominales : P. MASSO-MISSE et M. T. G. MBOUNI (MASSO-MISSE *et al.*, 1996) ; (MBOUNI-ESSOMBA, 1992) trouvent 17,9 % de localisation abdominale au Cameroun et B. COULIBALY trouve 2 cas dans une série de 16 cas de lymphome de Burkitt (COULIBALY et GUIGMA, 1983) en Haute-Volta actuel Burkina Faso. Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature des cas de localisations hépato-spléniques isolées, de surcroît d'emblée nécrotiques (la nécrose survenant habituellement après chimiothérapie) surtout au Burkina Faso où A. OUEDRAOGO trouve 81,81 % de localisations abdominales à l'échographie mais toujours associées à la localisation maxillo-faciale (OUEDRAOGO, 1998).

– Médiastinale inférieure : en effet, ce n'est que l'apparition ultérieure d'adénopathies médiastinales et rétro-péritonéale qui nous a permis de suspecter un lymphome qui sera confirmé par l'anatomo-pathologie.

J. N. BRUNETON et collaborateurs (BRUNETON *et al.*, 1992) notent une atteinte médiastinale inférieure fréquente au cours des formes lymphoblastiques de lymphome non-Hodgkinien de haute malignité comme le lymphome de Burkitt.

## Conclusion

La découverte échographique de lésions tissulaires hypoéchogènes, quelquefois nécrotiques hépatiques et spléniques, doit nous faire évoquer, en même temps que les lésions infectieuses, la possibilité de lésions lymphomateuses dont le Burkitt, même si cette double localisation est rare (COULIBALY et GUIGMA, 1983) voire sous-estimée et nous inciter à pratiquer une ponction cytologique, d'autant plus que la survie du patient dépend de la précocité du diagnostic, la chimiosensibilité de la tumeur ayant été démontrée (KOFFI *et al.*, 1997) ; (COULIBALY et GUIGMA, 1983) ; (MASSO-MISSE *et al.*, 1996). Malheureusement, le diagnostic de certitude a été posé au stade de lymphome généralisé avec localisation sus-diaphragmatique ayant engendré la mort d'un patient atteint d'une affection potentiellement curable.

Si, dans les pays industrialisés, le tomodynamomètre a modifié la place de l'imagerie dans le bilan et la surveillance des lymphomes malins (BRUNETON, 1992), contribuant ainsi à mettre en exergue les atteintes abdominales (TUBIANA et TURSZ, 1987), dans la plupart des pays en voie de développement, à plateau technique en matière d'imagerie réduit, l'échographie et la radiographie standard constituent encore les seuls moyens de diagnostic et d'exploration de patients suspects de lymphome.



## Références bibliographiques

**ANDONABA J. B., 1992.** Les tumeurs malignes au Burkina Faso - A propos de 990 pièces colligées de 1983 à 1990 dans le service d'anatomie et de cytologie pathologiques du Centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo. Thèse Méd., F. S. S., Université de Ouagadougou ; Burkina Faso, 64p.

**BRUNETON J. N., MOUROU M. Y., SCHNEIDER M., RAFFAELLI C., 1992.** Imagerie des lymphomes malins. Paris. Feuilles de Radiologie, 32 : 33-48.

**BURKITT D. P., O'CONOR G. T., 1961.** Malignant Lymphome in african children. Cancer, 14 : 258.

**COULIBALY B., GUIGMA Y., 1983.** Lymphome de Burkitt en Haute-Volta. Thèse Méd., F. S. S. Université de Ouagadougou, Burkina Faso, 98 p.

**DJÉDJÉ A. T., KOUTOUAN A., OUATTARA D. N., N'GBESSO D. R., KEITA K., ABBY B. C., 1990.** Burkitt's disease : general reflexion and contribution of the abdomino-pelvic echography concerning the black african child. Radiology J. M. Bigot et al. editors : 485-492.

**KOFFI K. G., BOSSON N. M., AKA-ADJO M. A., DIOP S., DHATZ E., AHMEDOU O., SANOGO I., SANGARÉ A., 1997.** Résultat du traitement de lymphome de Burkitt africain : expérience du service d'hématologie clinique du CHU de Yopougon. Abidjan. Médecine d'Afrique noire, 44 (12).

**MARJOU F., LE GAL R., LE BOT Y., 1992.** Absès du foie. Imagerie et radiologie interventionnelles en Polynésie française. Médecine Tropicale, 52 (1).

**MASSO-MISSE P., ESSOMBA A., TCHAMFONG NJABO R., MBONDA E., SOSSO M.A., MALONGA E., 1996.** Le lymphome de Burkitt de localisation ovarienne - À propos de 3 cas. Cameroun. Médecine d'Afrique noire. (7).

**MBOUNI-ESSOMBA M. T. G., 1992.** Lymphome de Burkitt chez l'enfant : facteurs de l'échec thérapeutique à Yaoundé. Thèse Méd. FMSB, Yaoundé, Cameroun.

**MORENO J. L., NSIÉ OBAME H., NARDOU M., GENDREL D., 1994.** Lymphome de Burkitt au Gabon. Paris, Ann. Pédiatr., 41 (4) : 253-258.

**OUÉDRAOGO A. B., 1998.** Le lymphome de Burkitt : aspects épidémiologiques et cliniques ; prise en charge au Centre hospitalier national Sanou Souro de Bobo-Dioulasso. Thèse Méd. F. S. S., Université de Ouagadougou, Burkina Faso.

**TUBIANA M., TURSZ T., 1987.** La maladie de Burkitt. Paris. Ann. Pédiat. 34 (4) : 267-271.

**SZAPIRO D., BOVERIE J., DONDELINGER R. F., BRIBOIS D., 1996.** Imagerie de la rate. Paris. Feuilles de Radiologie. 36 (5) : 163-184.