

Double localisation du lymphome de Burkitt : ovarienne et mammaire chez deux africaines VIH séropositives

I. MENSAH-ADO¹, B. EFFI², V. YAO GNANGORAN¹,
M. HONDÉ², A. EHOUMAN¹

Résumé

Deux observations de double localisation gynécologique, mammaire et ovarienne, du lymphome de Burkitt, sont rapportées chez des patientes VIH séropositives.

La localisation mammaire est précoce et secondaire : 1 à 2 mois après l'atteinte ovarienne chez des femmes jeunes (19 ans en moyenne), en mauvais état général.

La cytoponction est le seul élément diagnostique car de coût réduit.

L'évolution défavorable de ces tumeurs justifie la nécessité du diagnostic précoce pour une prise en charge thérapeutique de ces patientes.

Mots-clés : Burkitt, mammaire, tumeur ovarienne, VIH séropositive, Afrique noire.

Double localisation of Burkitt's lymphoma : ovary and breast by two HIV positive african women

Abstract

We report 2 cases of Burkitt's lymphoma located in the breast and ovary.

Breast localisation is early and secondary : 1 or 2 months after the ovary tumor by young women (average age is 19 years), very weak.

Cytoponction was the only diagnosis's exam because of the price.

Bad evolution of this tumors justify the necessity of an early diagnosis to take care of those patients.

Keywords : Burkitt, Breast, Ovarian tumor, HIV seropositive, Africa.

1. Laboratoire de Cytologie clinique, CHU-Cocodi, Abidjan, Côte d'Ivoire.

2. Laboratoire d'Anatomie pathologie, CHU-Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire

Introduction

Décrit par Burkitt en 1958, le lymphome de Burkitt est un Lymphome malin non hodgkinien (LMNH), de haute malignité, qui frappe avec prédilection l'enfant africain.

La localisation et la fréquence de ce lymphome sont diverses : abdominale, neuro-méningée, mammaire. Les doubles localisations restent rares notamment chez le sujet adulte.

Deux observations de localisation mammaire secondaire à des atteintes abdomino-pelviennes primitives sont rapportées chez des patientes VIH séropositives.

Étude de cas

Observation n° 1

M^{lle} B. E., 23 ans, étudiante, nous a été adressée pour la cytoponction d'un module mammaire gauche, dans le cadre d'un bilan d'extension préopératoire d'une tumeur ovarienne encore non classée. L'anamnèse a révélé l'existence de douleurs pelviennes évoluant depuis trois mois avec le développement progressif d'une masse abdomino-pelvienne.

Deux mois plus tard, elle découvrait un petit nodule mammaire gauche.

A l'examen clinique, on notait :

- un amaigrissement non chiffré (45 kg pour 1,68 m) ;
- une masse abdomino-pelvienne (19 cm) donnant lieu à une voussure pelvienne ;
- un nodule mammaire mal limité, indolore, mesurant environ 3 centimètres de diamètre dans son grand axe et siégeant dans le quadrant supéro-externe gauche. Il n'y avait aucune modification de voisinage.

L'échographie abdomino-pelvienne identifiait des tumeurs ovariennes bilatérales mesurant 9 et 10 cm, respectivement à droite et à gauche. A l'échographie mammaire, une masse d'aspect bénin, bien circonscrite, sans calcifications, mesurant 2,5 cm dans son grand axe était objectivée.

La cytoponction mammaire ramenait des éléments cellulaires typiques du lymphome de Burkitt (photo 1). La cytoponction de la masse abdomino-pelvienne a été alors effectuée et retrouvait les mêmes éléments cellulaires que le sein.

La sérologie VIH était positive : VIH 1 (Genelavia mixte, Sanofi diagnostics Pasteur confirmé par Peptilav 1-2, Sanofi Diagnostics Pasteur - Paris).

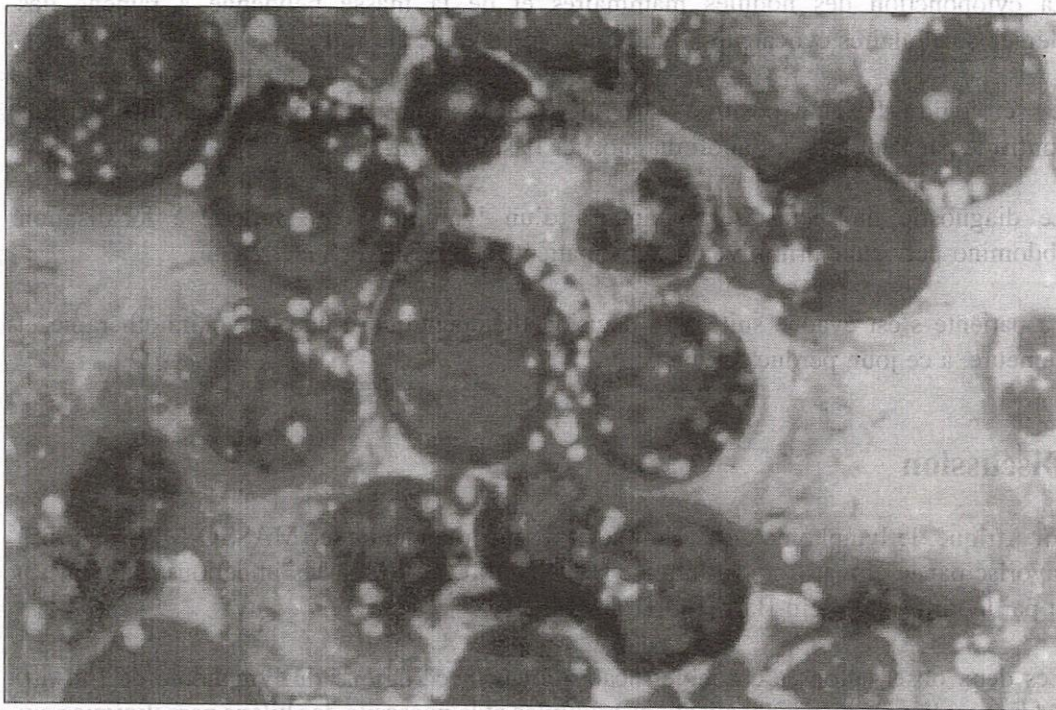


Photo 1. Éléments cellulaires typiques du lymphome de Burkitt (cytoponction mammaire).

Le diagnostic de métastase mammaire d'un lymphome de Burkitt de localisation ovarienne primitive a été retenu, la patiente ne pouvant réaliser les autres examens faute de moyens financiers. La patiente a été traitée par polychimiothérapie avec le protocole CHOP + M (Cyclophosphamide, Oncovin, Prednisone, Metrotrexate). Elle décèdera dans les suites du traitement (12 mois) dans un tableau de cachexie.

Observation n° 2

M^{lle} G. G., 16 ans, élève, adressée pour la cytoponction d'une masse abdomino-pelvienne et d'une tumeur du sein gauche, signalait l'apparition d'une masse abdomino-pelvienne progressivement croissante depuis deux mois. Le nodule du sein gauche est apparu un mois après la masse abdomino-pelvienne.

L'examen clinique mettait en évidence la présence d'une volumineuse tumeur abdomino-pelvienne (21 cm) fixée aux plans profonds et ulcérée à la peau, une altération de l'état général, trois nodules mammaires gauches, fermes, mobiles, réguliers, siégeant dans les quadrants supéro-externe, inféro-externe, inféro-interne et mesurant respectivement 3 cm, 2 cm et 5 cm de diamètre.

L'échographie abdominale montrait des tumeurs bilatérales des ovaires mesurant 8 cm chacune.

La cytoponction des nodules mammaires et de la masse pelvienne a ramené des éléments cellulaires évocateurs d'un lymphome de type Burkitt.

La sérologie VIH était positive : VIH 1 (Genelavia mixte, Sanofi diagnostics Pasteur confirmé par Peptila 1-2, Sanofi diagnostics Pasteur - Paris).

Le diagnostic de métastase mammaire d'un lymphome de Burkitt, à localisation abdomino-pelvienne primitive chez une patiente séropositive, a été retenu.

La patiente s'est évadée suite à la décision thérapeutique d'une polychimiothérapie et demeure, à ce jour, perdue de vue.

Discussion

En Afrique, le lymphome de Burkitt sévit de façon endémique (MASSO-MISSE, 1965) favorisé par le climat tropical humide (BONHOMME, 1987), les infections (paludisme) et par le virus d'Epstein-Barr (BONHOMME, 1987).

Ces deux observations, de double localisation gynécologique du lymphome de Burkitt, soulignent l'existence de localisations multiples et la nécessité des bilans paracliniques qui conditionnent la prise en charge thérapeutique des patientes.

Le caractère primitif ou secondaire des localisations n'est pas toujours aisé à définir, car les examens complémentaires sont souvent absents dans les bilans et l'histoire de la maladie n'est pas facile à reconstituer.

Au plan épidémiologique

Les localisations mammaires secondaires varient de 1,46 % (TIBERGHIEU, 1987) à 43,4 % (SCHOUTEN, 1981) selon les auteurs.

Cette localisation mammaire du Burkitt est exclusivement féminine. Les atteintes masculines sont rares et nous n'en n'avons jamais diagnostiquées dans notre pratique.

Cette double localisation mammaire et ovarienne touche des jeunes femmes : âge moyen 19,5 ans. L'âge relativement jeune des patientes, dans les localisations gynécologiques du lymphome de Burkitt, est retrouvé chez les autres auteurs (MASSO-MISSE, 1966 ; TIBERGHIEU, 1987 ; TANOHI, 1989).

Le sein gauche est le siège de la localisation mammaire dans nos deux observations, bien que certains auteurs (ANDRE, 1983 ; MANBO, 1977) rapportent une fréquence plus élevée au niveau du sein droit avec un rapport de 2/1. La bilatéralité mammaire existe avec des pourcentages variant de 9 à 13 % (TIBERGHIE, 1987).

L'incidence du lymphome de Burkitt serait plus élevée chez les sujets séropositifs (AUBRY, 1991) et favoriserait l'action du virus d'Epstein-Barr. Nos deux patientes étaient séropositives.

Au plan clinique

Dans nos deux observations, le nodule mammaire est d'apparition secondaire à la masse abdomino-pelvienne, mais les patientes consultent tard dans les hôpitaux, après avoir essayé des thérapeutiques à base de plantes. Il en est ainsi dans de nombreuses régions d'Afrique expliquant le retard du diagnostic du lymphome et de son traitement.

Les patientes sont surtout préoccupées par l'apparition de cette masse mammaire souvent inflammatoire et d'évolution rapide.

Les tumeurs sont de taille importante et la classification de Ziegler note que les deux patientes sont au stade I. Au Togo (SEGBENA, 1997) et au Bénin (HOUNKPATIN, 1987), les stades I et II sont décrits.

Au plan paraclinique

• L'imagerie

Aucune de nos patientes n'a réalisé de mammographie dans son bilan.

Le faux aspect bénin de l'échographie mammaire, est souvent rencontré dans la littérature (TIBERGHIE, 1987 ; SCHOUTEN, 1981) faisant conclure à un kyste ou à un adénofibrome mammaire, rassurant ainsi à tort les patientes qui remettent à plus tard la consultation médicale. Ce caractère bénin a été signalé par l'échographie des masses mammaires chez nos deux patientes, orientant vers un adénofibrome.

La cytoponction est donc essentielle pour l'orientation diagnostique.

• L'analyse cytologique

Le diagnostic de Burkitt mammaire et ovarien des deux patientes a été posé par la cytoponction des masses, montrant une population monomorphe de cellules lymphoréticulaires indifférenciées à cytoplasme vacuolisé et à noyau régulier, associées à des macrophages à cytoplasme clair et à des débris cellulaires donnant l'aspect classique « en ciel étoilé » (photo 1).

Dans la détermination de la nature du lymphome, le bilan fait appel à des techniques plus sophistiquées telles le typage lymphocytaire et la cytogénétique, car parfois le diagnostic de lymphome est difficile à définir.

Plusieurs classifications du lymphome de Burkitt ont été proposées (BURKITT, 1983) et nos deux observations sont des stades III de MURPHY.

• Le bilan d'extension

Il doit être réalisé afin d'établir le pronostic et de déterminer les orientations thérapeutiques. Il est fonction du caractère primitif ou secondaire de la tumeur mammaire.

Les études cytogénétiques recherchent une translocation réciproque entre les chromosomes 8 et 22, 14, 2 et la mise en évidence de l'oncogène C-Myc permet de suivre l'évolution de ce lymphome (BURKITT, 1983).

Le pronostic reste délicat à déterminer étant donné que les petites séries de la littérature et les thérapeutiques sont fonction des possibilités des centres de santé.

La polychimiothérapie reste conseillée avec de nouveaux protocoles permettant une rémission (MASSO-MISSE, 1996).

Une seule de nos patientes a bénéficié d'une chimiothérapie de courte durée (12 mois).

En conclusion, les localisations gynécologiques double mammaire et ovarienne du lymphome de Burkitt restent rares en Côte d'Ivoire.

La précocité du diagnostic repose sur la possibilité d'un bilan paraclinique incluant la cytologie étant donné les moyens financiers limités des patientes.

Les données thérapeutiques restent encore limitées dans nos régions et grèvent de ce fait le pronostic de cette affection.

Références bibliographiques

MASSO-MISSE P., ESSOMBA A., TCHAMFONG NJABO R. et coll., 1996. Le lymphome de Burkitt de localisation ovarienne. À propos de 3 cas. Médecine d'Afrique noire, 43 (7) : 401-403.

BONHOMME J., LOUBIÈRE R., BUREAU J. P. et coll., 1975. Les tumeurs de Burkitt. Caractéristiques générales et remarques concernant la Côte d'Ivoire. Médecine d'Afrique noire, 322 (7) : 509-515.

TIBERGHIE P., ROSEMBAUM A., SCHAAL J. P. et coll., 1987. Localisation mammaire des lymphomes malins non hodgkiniens. Rev. Fr. Gynecol. Obstetr. ; 82,3 : 185-192.

SCHOUTEN J. T., WEESE J. L., CARBONE P. P., 1981. Lymphoma of the breast. Ann. Surg. ; 42 : 406-416.

TANO L., AYANDHO J., ANONGBA S. et coll., 1989. Le lymphome de Burkitt de localisation ovarienne. *Afr. Med.* ; 28, 271 : 68-70.

ANDRÉ J. M., CONTESSO G., CAILLOU B. et coll., 1983. Lymphomes malins et autres hématosarcomes à localisation mammaire initiale. *Bull. Cancer (Paris)* ; 70 : 401-409.

MANBO N. C., BURKE J. S., BUTLER J. J., 1977. Primary malignant lymphomas of the breast. *Cancer* ; 39 : 2033-2040.

AUBRY P., BUBAHE A., BIGIRIMANA V. et coll., 1991. Un cas de lymphome de Burkitt à localisation maxilo-faciale chez un jeune adulte burundais séropositif pour le Virus de l'immunodéficience humaine (VIH). *Médecine Tropicale* ; 51 (2) : 221-223.

SEGBENA A. Y., KUEVIKUE M., VOVOR A. et coll., 1997. Le lymphome de Burkitt au Togo. Aspects épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif. *Médecine d'Afrique noire* ; 44 (3) : 141-145.

HOUNKPATIN S. A. P., 1987. La maladie de Burkitt en République populaire du Bénin : aspects cliniques et thérapeutiques. À propos de 23 cas observés au CNHU de Cotonou. Thèse Méd., Cotonou, n° 350.

BURKITT D. P., O'CONNOR., 1983. The discovery of Burkitt's lymphoma. *Cancer* ; 51 (10) : 1777-1786.

Soit le diabète n'est pas connu et est découvert pour la première fois au cours de la grossesse, elle prend alors le nom de diabète gestationnel (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 1980 ; HARRIS, 1988 ; VERIER-MINE, 1997).

Si la physiopathologie des deux premiers types de diabète commence à être bien comprise par l'ensemble des médecins de nos pays africains, celle du diabète gestationnel reste encore très obscure et entraîne des conséquences souvent dramatiques pour la mère et le fœtus. C'est pourquoi, ce type de diabète mérite que sa physiopathologie et ses conséquences soient bien comprises par les obstétriciens, les anesthésistes et les néonatalogistes afin de réduire la mortalité périnatale et les transformations fœtales chez la femme enceinte diabétique.

Cette revue générale a pour but de faire le point sur :

- la physiopathologie et les conséquences du diabète gestationnel ;
- la prise en charge du diabète au cours de la grossesse ;
- les objectifs du suivi obstétrical chez la femme diabétique en gestation.

1- Service de Médecine interne, CHU de Fatick, Fatick, Côte d'Ivoire.
2- Service de Gynécologie, CHU de Yopougan, Abidjan, Côte d'Ivoire.
3- Service de Médecine, CHU de Bouaké, Côte d'Ivoire.